



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - POSGRAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL - PROSS**

ANNE GISLÂYNE AMORIM MAGALHÃES

**POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR
DE SAÚDE DE SERGIPE: implicações para o trabalho do assistente
social do HUSE**

**São Cristóvão – SE
2019**

ANNE GISLÂYNE AMORIM MAGALHÃES

**POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR
DE SAÚDE DE SERGIPE: implicações para o trabalho do assistente
social do HUSE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Josefa Lusitânia de Jesus Borges

**São Cristóvão – SE
2019**

M188p Magalhães, Anne Gislâyne Amorim
Política de saúde brasileira e a Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe : implicações para o trabalho do assistente social do HUSE / Anne Gislâyne Amorim Magalhães ; orientadora Josefa Lusitânia de Jesus Borges– São Cristóvão, SE, 2019.
164 f. : il.

Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Sergipe, 2019.

1. Serviço Social. 2. Assistentes sociais - Sergipe. 3. Saúde pública. 4. Reforma do sistema de saúde. 5. Trabalhadores. I. Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho. II. Borges, Josefa Lusitânia de Jesus, orient. III. Título.

CDU 364.4:614.21(813.7)

ANNE GISLÂYNE AMORIM MAGALHÃES

**POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR
DE SAÚDE DE SERGIPE: implicações para o trabalho do assistente
social do HUSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe em 30 de agosto de 2019.

BANCA DE DEFESA

Profa. Dra. Josefa Lusitânia de Jesus Borges (Orientadora)
Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dra. Maria Cecília Tavares Leite (Examinadora externa)
Secretaria de Educação do Município de Aracaju

Profa. Dra. Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves (Examinadora interna)
Universidade Federal de Sergipe

Profa. Dra. Rosângela Marques dos Santos (Examinadora interna)
Universidade Federal de Sergipe

Aos meus pais, Carlos (in memoriam) e Ana, e aos meus irmãos Dely e Júnior, fontes de amor e segurança, o meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

*“Ninguém disse que seria fácil, mas
Ninguém jamais disse que seria tão difícil assim...”*

Nunca palavras foram tão verdadeiras como essas, o caminho foi árduo, edificante e feliz. Só eu sei quantas vezes pensei em desistir ou que não iria conseguir.... Ser convocada em um concurso, conciliar um novo emprego, uma nova cidade, um novo Estado, estar longe dos meus, viajar semanalmente mais de 500 km para ir e mais 500km para voltar, madrugadas na estrada, estudar pelas rodoviárias, encarar o doce e o amargo de um mestrado... ufa, até agora não sei como consegui dar conta. Mas no fundo eu sei, eu nunca estive sozinha, e são a essas pessoas que eu vou agradecer.

A Deus, fonte de toda força, bênção e luz, que guiou meu caminho e colocou as melhores pessoas para estarem ao meu lado. Que nunca me desamparou, foi o alento nos momentos difíceis, a paz na turbulência e a fé inabalável que me manteve em pé, mostrando a mim que sou merecedora, e que lutar e acreditar em nossos sonhos vale a pena.

À minha família, minha Mainha, e meus irmãos Dely e Júnior, que me apoiam em tudo, são minha base e força, que acreditam em mim mais do que eu mesma, que entenderam minha ausência, meu estresse, e que vibram comigo a cada conquista, essa vitória é nossa. Nunca conseguirei ser grata o suficiente a vocês. Ao meu pai, que mesmo em sua ausência se faz presente em meu coração, e em cada conquista, pois sei que onde estiver sempre está ao meu lado, comemorando cada vitória. Amo vocês com toda força do meu coração.

Ao meu namorado e companheiro Marcos, que esteve ao meu lado desde o início, segurou minha mão e nunca largou, que me apoiou nas madrugadas de escrita, sempre dizendo que eu iria conseguir, que entendeu a cada vez que eu dizia “não posso, tenho que estudar...”, sempre me apoiando e compartilhando o bom e o ruim, e que me colocou para cima quando necessário com a certeza de que eu seria vitoriosa. Amo você Bê!

À turma de mestrado 2017.1 da UFS: Dani, Diléa, Regiane, Mayara, Rosa, Jane, Edson, Jéssica, Fran, Flávia e Emmanuelle, quantas emoções desde o início

hein?! Obrigada a todos pela troca de experiências, pelo aprendizado e pelo conhecimento que construímos nessa caminhada. Cada um deixou sua marca, eu sei que nossos caminhos se separam aqui, mas a lembrança de cada um fica. Boa sorte pessoal! Foi um prazer ter vivido essa experiência com vocês.

Às amigas que o mestrado me trouxe, Dani, Regi e Dilea, vocês são joias raras, obrigada pela amizade verdadeira construída, obrigada por cada crise de riso, por cada palavra de apoio em meio aos prantos e desesperos e pelas noites de abrigo, rsrs. A amizade de vocês foi um presente e sei que vou levar vocês para a vida toda, esse mix SE/BA/AL/PE ainda vai viajar muito para matar a saudade.

Aos meus amigos de Arapiraca e Maceió, os quais não irei nominar porque com certeza seria injusta com alguém, obrigada pelo apoio, por compreender minha ausência e pela torcida. Vocês fazem parte da minha vida, da minha história e a certeza que a força de uma amizade verdadeira vai além da presença física, me trouxeram o alívio necessário, saibam que o carinho e o afeto estão presentes.

À Claudia, Marcinho e sua linda família, que me acolheram durante minha estadia em Aracaju, sendo família e me trazendo a calma necessária depois de dias de aulas intensas.

À Marta, Jaminho e sua família, por serem minha família pernambucana, por me acolherem e ajudarem. Por terem mostrado a luz no fim do túnel, sem o apoio de vocês eu não teria conseguido encarar a jornada PE/SE. Nunca conseguirei agradecer o suficiente. Sem esquecer de Jhanmille e Neto (meu menino) que sempre estiveram ali nos dias calmos e nos caóticos, com uma boa conversa ou um “vamos brincar titia?!” depois que aprendeu a falar... porque antes eram só as mordidinhas e lindos sorrisos para acalmar a alma.

Às minhas queridas companheiras e amigas do CRAS Guararapes, Ivane, Vanda e Sabrina, que viveram comigo as alegrias da vitória de cada etapa, que enxugaram minhas lágrimas e me animaram a cada desânimo.

A todos que compõem o programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFS, começando por Walter, obrigada pelo apoio e cortesia sempre que precisei. As professoras, o meu muito obrigada, cada troca de conhecimento foi enriquecedora, e todas são um exemplo de compromisso, ética, e de luta por uma sociedade mais justa, mostrando que só conseguiremos com a construção do conhecimento.

Um agradecimento especial à minha querida orientadora, Profa. Dra. Lusitânia, por ter encarado esse desafio comigo, por suas contribuições, pela

atenção e pela compreensão durante todo o percurso. Obrigada por ter acreditado em meu potencial e pelo incentivo. A palavra orientadora realmente teve em você o seu significado, obrigada por me guiar pelo mundo da pesquisa científica, me mostrando o melhor caminho e incentivando sempre para a construção do meu melhor. Fica aqui registrada minha admiração e respeito pela profissional que és.

Às professoras da banca examinadora, pelas valiosas contribuições e respeito com a pesquisa.

Aos assistentes sociais sujeitos da pesquisa, pela contribuição valiosa e pela disponibilidade de reflexão do exercício profissional. Agradeço pelo empenho na produção do conhecimento realizado nesta pesquisa. Fica aqui registrado o meu reconhecimento e admiração pelos esforços diários do trabalho que se vinculam com a luta e defesa dos direitos dos usuários e com a transformação da sociedade.

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, estiveram comigo nessa trajetória.

Ao final dessa trajetória, vejo o quão desafiador e valioso foi esse período de quase três anos. Deste ciclo saio não apenas Mestre, mas uma profissional e um ser humano melhor. Cada sacrifício valeu a pena, cada noite de sono perdida, cada não dado, tudo valeu a pena. Não foi fácil, mas foi recompensador!

*“Te mostro um trecho, uma passagem de um livro antigo
Pra te provar e mostrar que a vida é linda
Dura, sofrida, carente em qualquer continente
Mas boa de se viver em qualquer lugar...
Pra quem tem fé, a vida nunca tem fim”.*
(Marcelo Falcão)

No momento em que nos comprometemos, a providência divina também se põe em movimento. Todo um fluir de acontecimentos surge ao nosso favor. Como resultado da atitude, seguem todas as formas imprevistas de coincidências, encontros e ajuda, que nenhum ser humano jamais poderia ter sonhado encontrar. Qualquer coisa que você possa fazer ou sonhar, você pode começar. A coragem contém em si mesma, o poder, o gênio e a magia.

Johann Goethe

RESUMO

A presente pesquisa se propôs a apreender de que forma o modelo gerencial da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe (FHS) tem incidido no cotidiano profissional dos assistentes sociais do HUSE/SE. A investigação buscou a compreensão do objeto de estudo a partir da realidade vivenciada no Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), considerando as inovações no âmbito da gestão do trabalho neste. O foco da pesquisa no HUSE justifica-se por este ser o hospital mais expressivo na rede hospitalar pública do Estado, conseqüentemente, com expressivos rebatimentos para a classe trabalhadora, com destaque para os assistentes sociais. Assim, o objetivo principal do estudo é analisar como a reestruturação organizacional e política da Fundação Hospitalar de Sergipe incide no trabalho dos assistentes sociais do HUSE/SE. O método utilizado para compreender o objeto de estudo foi o materialismo histórico dialético. Assim, a pesquisa desenvolveu-se por meio de uma abordagem qualitativa que tem como caminho metodológico o Estudo de caso. Para tanto, foram utilizadas a pesquisa documental e bibliográfica, que permitiram a consulta a diferentes fontes, como relatório de gestão, leis, decretos e a entrevista semiestruturada com 12 (doze) assistentes sociais do HUSE que constituíram a amostra. Os dados apontaram que a FHS se apresenta enquanto um reflexo do desmonte da política pública de saúde em Sergipe, bem como a ineficiência na gestão do trabalho por ela executada no HUSE. Ao mesmo tempo, foram evidenciadas as dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais do HUSE, nas suas condições de trabalho e no reconhecimento/valorização profissional dentro da equipe multiprofissional e frente à gestão da FHS. Além disso, foi constatado que é preeminente e urgente encontrar caminhos que possibilitem o fortalecimento da profissão dentro do processo de trabalho coletivo em saúde, de valorização e reconhecimento diante de si e do outro enquanto um profissional de saúde.

Palavras-chave: Trabalho. Reforma do Estado. Política de Saúde. Fundação Hospitalar de Saúde. Serviço Social.

ABSTRACT

This research aims to understand how the managerial model of the Sergipe Hospital Health Foundation has focused on the professional daily life of social workers at HUSE / SE. The research will seek the understanding of the object of study from the reality lived in the Emergency Hospital of Sergipe Governor João Alves Filho (HUSE), considering the innovations in the scope of work management in this. The focus of the research in HUSE is justified by the fact that this is the most expressive hospital in the public hospital network of the state, consequently, with significant rebates for the working class, especially the social assistants. Thus, the main objective of the study is to analyze how the organizational and political restructuring of the Sergipe Hospital Foundation affect the work of social workers of HUSE / SE. The method used to understand the object of study will be dialectical historic materialism. Thus, the research will be developed through a qualitative approach that has as its methodological approach the Case Study. For this, we used the documentary and bibliographic research, which allowed the consultation to different sources, such as management report, laws, decrees and semi-structured interview with 12 (twelve) social workers of HUSE that constituted the sample. The data showed that the FHS presents itself as a reflection of the dismantling of public health policy in Sergipe, as well as the inefficiency in the management of work performed by it in HUSE. At the same time, it was highlighted the difficulties faced by HUSE social workers, in their working conditions and in the professional recognition / appreciation within the multiprofessional team and in front of the FHS management. In addition, it was found that it is preeminent and urgent to find ways to enable the strengthening of the profession within the collective work process of health work, valuing and recognizing before each other as a health professional.

Keywords: Work. State Reform. Health Policy. Hospital Health Foundation. Social Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Regiões de Saúde de Sergipe	103
Figura 2: Hospitais Locais	105
Figura 3: Hospitais Regionais	105
Figura 4: Hospitais especializados	106
Figura 5: Hospitais horizontais	106
Figura 6: Maternidades	107
Gráfico 1: Idade dos Assistentes Sociais	116
Gráfico 2: Sexo dos Assistentes Sociais	117
Gráfico 3: Estado civil	117
Gráfico 4: Filhos	118
Gráfico 5: Formação Profissional	119
Gráfico 6: Possui outra graduação	119
Gráfico 7: Setor de Trabalho	120
Gráfico 8: Tempo de trabalho no HUSE	121
Gráfico 9: Tipo de vínculo empregatício	123
Gráfico 10: Possui outro vínculo empregatício	124

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES
Central Única dos Trabalhadores – CUT
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES
Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite – COOL
Colegiado Interfederativo Estadual – CIE
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP
Conferência Nacional de Saúde – CNS
Consolidação das Leis do Trabalho – CLT
Conselho Estadual de Saúde – CES
Conselho Nacional de Saúde – CNS
Conselho Regional de Serviço Social – CRESS
Conselho Federal de Serviço Social – CFESS
Constituição Federal – CF
Desvinculação de Receitas da União – DRU
Emendas constitucionais – EC
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP
Fernando Henrique Cardoso – FHC
Fundações Estatais de Direito Privado – FEDP
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP
Fundação de Saúde Parreiras Horta – FSPH
Fundação Hospitalar de Sergipe – FHS
Fundação Estadual de Saúde – FUNESA
Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE
Ministério da Administração e da Reforma do Estado – MARE
Ministério Público Federal – MPF
Norma Operacional Básica – NOB
Organizações Públicas Não Estatais – OPNES
Organizações Sociais – OS
Organização Mundial de Saúde – OMS

Plano Diretor da Reforma do Estado – PDRE
Plano Operacional do Serviço Social – POP
Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP
Pós-Graduação de Serviço Social – PROSS
Processo Seletivo Simplificado – PSS
Recursos Humanos – RH
Regime Jurídico de Trabalho – RJU
Responsável Técnica – RT
Sala de Recuperação Pós Anestésica – SRPA
Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe - SES
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU
Sistema Único de Saúde – SUS
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE
Unidades de Terapia Intensiva – UTI
Unidade de Tratamento de Queimaduras – UTQ
Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN
Universidade Federal de Sergipe – UFS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
Contextualização e Problematização do objeto	15
Objetivo geral	20
Objetivos específicos	21
Método da pesquisa	21
CAPÍTULO 1 – Uma abordagem sobre a categoria trabalho e a relação com o Estado e as políticas públicas sociais	26
1.1 A categoria trabalho em debate	26
1.2 Reestruturação produtiva e organizacional do capital	35
CAPÍTULO 2 – Política de Saúde Brasileira: elementos para debate	49
2.1 A Política de Saúde Brasileira no contexto da contrarreforma do Estado .	49
2.2 Fundações Estatais de Direito Privado	58
CAPÍTULO 3 – O trabalho nos serviços de saúde e os processos de trabalho em que se insere o assistente social	66
3.1 O trabalho em serviços	66
3.2 O trabalho em saúde	72
3.2.1 Gestão do trabalho em saúde	81
3.3 Saúde e Serviço Social no Brasil	83
3.4 A inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho na política de saúde brasileira	89
CAPÍTULO 4 – Gestão do trabalho no HUSE sob a perspectiva dos Assistentes Sociais	101
4.1 Caracterização do cenário da pesquisa	101
4.1.1 Campo empírico	102
4.1.2 Fontes de pesquisa, Sujeito da Pesquisa e Coleta de Dados	113
4.2 Resultados e Discussões	115
4.2.1 O Perfil dos assistentes sociais do HUSE	115

4.2.2 A percepção dos Assistentes Sociais sobre a política de gestão do Trabalho desenvolvida no HUSE	124
4.2.3 Percepção dos assistentes sociais sobre o Processo de Trabalho	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
REFERÊNCIAS	149
ANEXOS	157
APÊNDICES	160

INTRODUÇÃO

Contextualização e Problematização do objeto

As mudanças ocorridas no mundo contemporâneo, provocadas pelas novas formas de organização econômica, em consonância ao desenvolvimento tecnológico, acabaram por provocar impactos na organização da produção, originando problemas, principalmente, nas áreas do trabalho e do emprego. A reestruturação produtiva e organizacional em aliança com os ajustes do Estado neoliberal global alcança as áreas da vida política, econômica, social e cultural. Observa-se, portanto, uma redefinição da divisão internacional do trabalho, o fortalecimento do capital financeiro no domínio econômico, a diminuição de espaço do setor produtivo industrial no chamado Terceiro Mundo e um ofensivo programa de privatização do setor produtivo estatal, ocasionando maior subordinação do continente aos interesses, especialmente, dos Estados Unidos. Assim, como afirma Antunes (2011), a privatização, desregulamentação, fluxo livre de capitais, financeirização, terceirização e precarização do trabalho, desemprego estrutural, trabalho temporário, parcial, aumento da miserabilidade, todas essas prerrogativas da barbárie neoliberal e de sua reestruturação produtiva passaram a caracterizar o cotidiano do mundo do trabalho.

Nesse sentido, as transformações do modelo econômico originadas da reestruturação produtiva, da integração mundial nos mercados financeiros, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura de mercados, entre outras, em suas causas e consequências político-sociais, vêm atingindo a população trabalhadora e reconfigurando o mercado de trabalho, haja vista o amplo crescimento do setor de serviços, nesta pesquisa retratado pela área da saúde, tornando-se funcional ao processo de acumulação do capitalismo e vital para o capital a assimilação dos aspectos de organização e as condições estruturais que definem os modelos de gestão e os modos de reprodução que o regem. Portanto, a dinâmica da sociedade contemporânea expressa as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, as quais se dão nos padrões de acumulação, nas inovações

tecnológicas e organizacionais, nas relações de mercado, e nos processos de trabalho, a exemplo do trabalho em saúde, bem como os profissionais deste setor.

No Brasil, damos ênfase à política de saúde a partir da década de 1990, momento de grandes conquistas sociais com a recém-promulgada Constituição Federal de 1988, cujo movimento de Reforma Sanitária teve destaque em sua atuação. Este movimento propunha a ampliação do conceito de saúde, tida como um direito, bem como a criação de um sistema único de saúde norteado por princípios como a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade, contribuindo diretamente para o processo de democratização da saúde no Brasil. Todavia, também foi um período de ampla investida neoliberal às políticas econômicas e sociais, com um projeto societário neoliberal privatista, que tem sua eficácia voltada a atender às necessidades do capital, expressas na desregulamentação e precarização dos direitos sociais e trabalhistas, no sucateamento das políticas públicas como saúde e previdência, e nas privatizações das empresas estatais.

Em oposição a isso, tendo em vista as transformações socioeconômicas em curso no Brasil, nas últimas décadas, torna-se cada vez mais evidente a afirmação de um novo modelo de organização do trabalho, o qual se expressa também no setor saúde, que se baseia na flexibilidade das relações e na sua progressiva desregulamentação nas esferas pública e privada.

Durante os anos 1990, observamos o redirecionamento do papel do Estado, que, através da lógica da política de Ajuste Neoliberal, propõe uma reforma na qual “o Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social, para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas” (BRAVO, 2009, p.100). Tal concepção deriva do suposto distanciamento do Estado de suas funções básicas ao aproximar-se do setor produtivo, sendo necessário, portanto, um novo modelo gerencial que tenha por características “a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução de custos e a produtividade” (BRAVO, 2009, p.100). Ainda de acordo com Bravo (2009), essa “reforma” do Estado, iniciada no governo de Fernando Henrique Cardoso, reflete que a

Afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural,

precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação. (BRAVO, 2009, p.100)

No contexto de contrarreformas¹ do Estado para a política de saúde, cabe sinalizar o surgimento de novos modelos de gestão para hospitais de média e alta complexidade. A contrarreforma do Estado, além de comprometer a efetivação dos direitos sociais e trabalhistas, como dito anteriormente, introduz novas formas de controle e racionalização que afetam a autonomia das instituições públicas, transformadas a partir da “reorganização da gestão de unidades hospitalares públicas, com base nos padrões de gerenciamento das empresas privadas, que visam eficiência, eficácia e lucro, denominados ‘novos modelos de gestão’ (BESERRA; SCHMALLER, 2016, p.65), como forma de proporcionar o fortalecimento do setor privado. Esses novos modelos têm por base aumentar o compartilhamento das responsabilidades entre diferentes sujeitos sociais que possuam natureza pública e privada, o que, segundo Andreazzi (2013 *apud* BESERRA; SCHMALLER, 2016, p.66), daria origem a uma “esfera pública não estatal”, constituída por ‘organizações da sociedade civil de interesse público’”. Para Behring (2010), a contrarreforma foi reatualizada pelo governo Lula na forma das Fundações Estatais. Para a autora,

Repõe-se o fetiche da iniciativa privada. Há algumas poucas diferenças entre as Fundações estatais e as organizações sociais – um projeto que não prosperou conforme as expectativas, mas que engendrou importantes transferências patrimoniais ao setor privado: as fundações fazem parte da administração indireta, enquanto as OS são instituições públicas que se transformaram em privadas, de forma que não precisam se guiar pelos parâmetros do direito administrativo mínimo – o concurso público e a lei de licitações, por exemplo. **O mix público/privado é maior no caso das Fundações estatais – propriedade pública de direito privado.** (BEHRING, 2010, p.170, grifo nosso)

Assim, a Fundação Estatal se traduz enquanto uma nova forma de descentralização administrativa integrada pela administração pública indireta ao lado das empresas públicas e sociedades de economia mista. Seu modelo foi adotado por alguns Estados, a exemplo de Sergipe, o que significa que tal fato vai incidir nas relações de trabalho, nas condições e processos de trabalho do conjunto dos trabalhadores do campo da saúde, entre eles o assistente social.

¹Behring (2008) utiliza este termo para tratar do processo de “desestruturação do Estado e perda de direitos” no Brasil a partir da década de 1990. Denomina-se contrarreforma pelo seu caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora.

A política de saúde do Estado de Sergipe apresenta como objetivo a redefinição do papel do Estado no Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto garantidor dos direitos e princípios constitucionais, adotando o modelo gerencial de Fundação Estatal de direito privado para organizar algumas áreas de produção de serviços de saúde. De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde, ao adotar as Fundações Estatais como o segmento do Estado responsável pela produção dos serviços de saúde, eles reconhecem que “a área de produção de serviços de saúde não se configura como atividade exclusiva de estado e, portanto, pode ser feita pela administração indireta regida pelo direito privado” (FUNESA, 2011a, p.59). Diante disto, vemos que o Estado de Sergipe introduz e reproduz a lógica do projeto neoliberal privatista, apresentada em um dos quatro setores da reforma do Estado iniciada no governo de Fernando Henrique, o setor de Serviços Não-Exclusivos, onde há a atuação simultânea do Estado com outras organizações públicas não-estatais e privadas.

Assim, as Fundações Estatais de direito privado de Sergipe foram criadas através de três leis estaduais, que passam a ser o instrumento gerencial para organizar os setores de produção de Saúde do Estado, que são compostos por: serviços hospitalares, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), laboratório de saúde pública, hemocentro, serviço de verificação de óbitos e formação de pessoal. As três Fundações criadas são:

1) Fundação de Saúde “Parreiras Horta” (FSPH), criada pela Lei nº 6.346/2008, voltada para a prestação de serviços relativos à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e hemoderivados, bem como serviços laboratoriais e de verificação de óbito.

2) Fundação Hospitalar de Sergipe (FHS), criada pela Lei nº 6.347/2008 com a finalidade exclusiva de, no âmbito do SUS, prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar, inclusive o SAMU, além de poder desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica na área da saúde, de acordo com os princípios, as normas e os objetivos constitucionais e legais do SUS.

3) Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), criada através da Lei nº 6.348/2008, voltada para a prestação de serviços de atenção básica, de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, de formação profissional e educação permanente na área de Saúde Pública.

O foco da pesquisa no HUSE justifica-se por este ser o maior hospital público do estado de Sergipe, o qual passou por um processo de reestruturação organizacional com a criação de uma Fundação Estatal responsável pelo seu gerenciamento, a Fundação Hospitalar de Saúde.

Assim, este projeto de pesquisa traz em sua relevância social, a partir da perspectiva da pesquisadora/sujeito implicado, a possibilidade de contribuir para a reflexão dessa proposta e os seus rebatimentos nos direitos assegurados constitucionalmente, colocando-se como fundamental para o Serviço Social mediante seu compromisso ético-político com a classe trabalhadora e seu campo de intervenção nas políticas públicas, especialmente a política de saúde, foco desta pesquisa. E, para a produção do conhecimento acadêmico, o projeto pode vir a oportunizar um debate atualizado na área de gestão do trabalho na saúde, trazendo a percepção dos aspectos gerenciais do modelo de Fundação Estatal de direito privado.

O interesse com o tema acontece, sobretudo, como fruto das vivências acumuladas pela pesquisadora. Na graduação, enquanto aluna de iniciação científica, tendo por objeto de estudo “As novas formas de Gestão do Trabalho em Saúde e o processo de precarização da força de trabalho em saúde no estado de Alagoas”, participando do processo de construção teórico, enquanto pesquisadora colaboradora do PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica), bem como do processo de pesquisa de campo, onde pôde visitar alguns municípios do Estado e comprovar *in loco* o processo de precarização do trabalho vivenciado pelos trabalhadores da política de saúde. Posteriormente, o processo de pesquisa sobre o tema também culminou na monografia de graduação do curso de Serviço Social, sob o título “Precarização do trabalho: uma análise dos vínculos precários do trabalho no setor público de saúde brasileiro”. A persistência em continuar a pesquisa sobre temática de precarização de trabalho em saúde rendeu artigos publicados em anais de congresso, o Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Política Social, e a busca pela inserção no mestrado.

Os debates vivenciados nas disciplinas Fundamentos de Política Social, Projeto Ético-Político e Instrumentalidade no debate contemporâneo do Serviço Social e Seminário de Pesquisa, do curso de mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe; as conseqüentes discussões em sala de aula e fora dela; bem como as contribuições teóricas da Profa. Dra. Lusitânia Borges,

orientadora deste estudo, suscitaram o interesse pelas Fundações Estatais de Direito Privado, uma nova face da velha precarização em saúde. A partir disso, surgiu o desejo de contribuir com a construção do debate sobre o tema no Estado de Sergipe e, assim, fortalecer, através de subsídios teóricos, a categoria profissional que está diante de mais uma investida de dominação e legitimação do capital neoliberal frente aos direitos sociais e trabalhistas.

Ao refletir sobre a temática, surgem as questões que norteiam o objeto da presente pesquisa, a saber: Como os assistentes sociais do HUSE vivenciam as mudanças organizacionais e/ou políticas da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe? Como os princípios e diretrizes da gestão para o trabalho da FHS incidem nas relações de trabalho e qualificação profissional dos assistentes sociais do HUSE/SE? Como a organização dos processos de trabalho no HUSE/SE têm dificultado e/ou possibilitado as condições para os assistentes sociais atuarem na direção da efetivação do direito à saúde?

O fio condutor deste estudo ampara-se na seguinte hipótese: a FHS apresenta-se como um reflexo do desmonte da política pública de saúde, ao mesmo tempo que produz uma lógica de mercado indutor em grande dimensão, reflexo da história das relações de trabalho no país, construídas sob condições de forte autoritarismo gerencial, resultando na necessidade de o (a) assistente social submeter-se às diversas formas e condições de trabalho como uma das únicas formas de se manter inserido no mercado de trabalho.

Objetivo geral

- Analisar como a reestruturação organizacional e política da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe incide no trabalho dos assistentes sociais do HUSE/SE.

Objetivos específicos

- Identificar a política de gestão para o trabalho da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe, com especial destaque para a política voltada para os profissionais do Serviço Social do HUSE;
- Investigar como estão sendo concebidos e organizados os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais do HUSE estão inseridos;
- Analisar como o processo de gerenciamento da gestão do trabalho da FHS repercute nos processos coletivos de trabalho dos (as) assistentes sociais do HUSE;
- Caracterizar o perfil dos (as) assistentes sociais do HUSE.

Método da Pesquisa

A aproximação com a realidade investigada se deu através do método materialismo histórico dialético, que permite compreender as múltiplas determinações que constituem a realidade social e sua dinamicidade, onde os fenômenos sociais não podem ser definidos como coisas acabadas, uma vez que estão em estado permanente de transformação. Nesta tarefa, o sujeito que pesquisa deve utilizar a criatividade para se aproximar das características do objeto que aparecem à realidade de forma fenomênica, tomando um posicionamento ativo e inquieto na busca por respostas a partir da indagação do objeto em sua interação com a totalidade social. Assim, tomando por base o referido método, e de acordo com Behring e Boschetti (2011, p.38),

[...] o sujeito procura reproduzir idealmente o movimento do objeto, extrai do objeto as suas características e determinações, reconstruindo-o no nível do pensamento como um conjunto rico de determinações que vão além das suas sugestões imediatas.

Desse modo, o materialismo histórico dialético se constitui como um caminho epistemológico que permite compreender a materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, procurando evidenciar o caráter contraditório das relações

que se estabelecem entre eles, e faz o pesquisador enxergar além daquilo que está dado a ver através da ultrapassagem do aparente imediato, chegando à essência do fenômeno.

O método adotado permite analisar os conflitos e contradições efetivados na instituição, bem como a maneira como os profissionais enfrentam o cotidiano de trabalho, considerando as peculiaridades da realidade do sistema de saúde. Além disso, através do confronto das teorias com a realidade, possibilita a compreensão e a aproximação gradual com o real e concreto que se processa o crescimento do conhecimento.

Assim, o método dialético como forma de aproximação da realidade investigada oportuniza “penetrar o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade” (MARCONI; LAKATOS, 2009, p.110). Partindo da aparência fenomênica, ou seja, como o fenômeno se apresenta, Neto (2011, p.22) aponta:

[...] capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto.

A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma análise qualitativa, do tipo Estudo de caso. Minayo (2004) entende a pesquisa qualitativa como aquela capaz de incorporar à análise, não somente a questão do significado, mas da intencionalidade dos atos, relações e estruturas sociais. Um trabalho de investigação que considere os aspectos mais profundos das relações sociais não pode retratá-los em números e variáveis, diferentemente de outros métodos científicos.

Dessa forma, a pesquisa baseou-se na análise qualitativa, que tem por objetivo “o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem [...] a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2007, p. 57).

O método qualitativo de pesquisa possibilitou não só atender determinadas demandas, mas, principalmente, criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, no sentido de falar de uma ordem que é oculta ao olhar

comum. Assim, a opção pela pesquisa qualitativa se deu em virtude desta trabalhar “[...] com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2007, p.23).

Dentro desse universo, a pesquisa se caracteriza como um Estudo de caso, pois se propõe a olhar a realidade objetiva,

[...] através da investigação e interpretação dos fatos sociais que dão contorno e conteúdo a essa realidade. Na captação da expressividade humana, objetividade em atividades quotidianas, o estudo de caso propõe a exploração e o aprofundamento dos dados, para a transcendência da realidade investigada, ao submetê-lo a referências analíticas mais complexas [...] é usado quando se deseja analisar situações concretas, nas suas particularidades” (MINAYO, 2007, p. 45-46).

Embora a pesquisa, através do Estudo de caso, seja de natureza qualitativa, não existem impedimentos ao uso de técnicas quantitativas, não sendo, portanto, descartadas, visto que não serão utilizados em nenhum momento os termos quantitativos e qualitativos como oponentes, mas sim como complementares. De acordo com Martinelli (1999, p.47),

[...] questionários, entrevistas e observações dos fatos são algumas das técnicas auxiliares no aprofundamento do estudo de caso. Além disso, gráficos e dados estatísticos auxiliam o pesquisador na investigação, mostrando que, por vezes, é melhor buscar a ajuda dos números para deter o conhecimento mais detalhado da realidade.

Compreende-se que a realidade abrangida por dados quantitativos e qualitativos interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia, além de viabilizar o estudo das características referentes a determinado grupo e suas especificidades (GIL, 2010).

Assim, o Estudo de caso, como estratégia escolhida para o exame de acontecimentos contemporâneos, conta com diversas técnicas usadas nas pesquisas históricas e “[...] acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistemática de entrevista” (YIN, 2005, p.27).

O universo da pesquisa é composto por profissionais de Serviço Social que trabalham no HUSE. E a amostra escolhida é do tipo não probabilístico, que

segundo Marsiglia (2001), não utiliza formas aleatórias de seleção e estão preocupadas em capturar a diversidade do universo.

Desse modo, o critério para participação dos entrevistados se deu de acordo com a amostra por conveniência e consistiu na seleção de uma amostragem da população que esteve acessível, pois, ao considerar a natureza do objetivo de pesquisa proposto, existe a possibilidade de haver profissionais que não se sintam à vontade em colaborar com esse processo de construção, tendo em vista que a definição de qualidade de dados da pesquisa independe do quantitativo de profissionais participantes.

No que se refere às pesquisas qualitativas, é indispensável ter presente que, muito mais do que descrever um objeto, buscam conhecer trajetórias de vida, experiências sociais dos sujeitos, o que exige uma grande disponibilidade do pesquisador e um real interesse em vivenciar a experiência da pesquisa. [...] (MARTINELLI, 1999, p.25).

No que se refere às fontes para coleta de dados, o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada, além das pesquisas bibliográfica e documental. A entrevista semiestruturada parte de um roteiro e consiste em enumerar as questões que o pesquisador quer abordar no campo, sendo definida

[...] como uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação (GIL, 2010, p.109).

No que se refere às fontes bibliográficas, estão fundamentadas na Revisão de literatura, com base na leitura de livros, artigos em periódicos, revistas, teses e dissertações do banco de dados da CAPES, publicações de órgão de referência, entre outros. Com a pesquisa documental, pretende-se utilizar os dados oficiais da instituição a partir de análises de leis, pareceres, decretos, atas, ofícios e relatórios sobre a instituição e sobre a situação de trabalho dos assistentes sociais, que estejam disponíveis na internet e que sejam obtidos no campo da pesquisa.

O processo de análise dos dados utilizados baseou-se na análise de conteúdo, que se fundamenta em pressupostos críticos e dinâmicos da linguagem, elaborando e desenvolvendo representações sociais, estabelecendo-se entre linguagem, pensamento e ação.

A análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens... A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção das mensagens, inferências esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não) (BARDIN, 1997 *apud* FRANCO, 2003, p.20).

A escolha dessa forma de análise se deu pelo fato de que para analisar, compreender e interpretar um material qualitativo faz-se necessário penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade. Nessa direção,

A análise de conteúdo tem como suporte instrumental qualquer tipo de mensagem, formas de expressão dos sujeitos sociais, e, como produto, um conhecimento não linear, por conseguinte não-espasmódico, já que sua derivação se dá pela observação social do objeto de estudo, onde o tempo e a circularidade da comunicação são considerados significativos. Constitui-se uma outra forma de olhar para as comunicações que, dependendo da postura teórica, política e cultural do pesquisador, poderá conduzir à produção de um novo conhecimento, onde a história e a cultura se fazem presentes (MARTINELLI, 1999, p. 59-60).

No que se refere às questões éticas, esta pesquisa respeitou os aspectos éticos determinados pelas Resoluções nº 196/96, nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde e este projeto de pesquisa passou pela comissão de ética da instituição de ensino. Os sujeitos da pesquisa receberam as informações do pesquisador sobre os objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo, preservando-se o anonimato dos participantes e a identificação organizada por nomes fictícios. Somente foram entrevistados aqueles que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que também tiveram a liberdade de recusar a participação na pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento. A pesquisa obedeceu a todos os critérios previstos nas referidas resoluções.

CAPÍTULO I – Uma abordagem sobre a categoria trabalho e a relação com o Estado e as políticas públicas sociais

1.1 A categoria trabalho em debate

Antes de iniciar a discussão sobre as mudanças no mundo do trabalho e sua relação com o Estado, é fundamental uma análise de conjuntura, com base na perspectiva marxista da categoria trabalho, em sua dimensão universal e em sua particularidade no capitalismo, que se configura em trabalho abstrato, ou seja, trabalho produtivo e trabalho improdutivo, ambos essenciais à reprodução do capital.

A discussão da categoria trabalho, analisada a partir da tradição marxista, se dá a partir de duas análises: 1) o trabalho como categoria ontológica do ser social e 2) o trabalho no Modo de Produção Capitalista. Desse modo, para entender o trabalho enquanto uma categoria universal se faz necessário, inicialmente, trazeremos alguns elementos fundamentais para contextualizar a relação do homem com a divisão do trabalho.

Conforme o pensamento marxista, o trabalho é considerado como dimensão fundante do ser social, dado historicamente: o primeiro ato de sociabilidade do ser humano é o ato de trabalhar. Para Marx (1983, p.149), “[...] o processo de trabalho deve ser considerado de início independentemente de qualquer forma social determinada”. Para o autor, o trabalho é, antes de tudo, “[...] um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media (sic), regula e controla seu metabolismo com a Natureza” (1983, p.149). Essa relação do homem com a natureza, para Marx (1983), é o processo em que o homem a transforma, a fim de satisfazer suas necessidades.

O trabalho é assim uma atividade teleológica (orientada conscientemente por finalidades e condições racionalmente compreendidas), de transformação da natureza (onde o homem se relaciona com a natureza, para, dados seus limites, transformá-la). O trabalho, portanto, como modelo de práxis social, caracteriza o salto ontológico, o momento fundante [...] que peculiariza o ser social. (MONTAÑO, DURIGUETTO, 2011, p.79-80)

De acordo com Marx (1983), no processo de trabalho, o próprio homem medeia e coordena sua ação de intervenção na natureza, no sentido de dominar a totalidade do processo de trabalho a partir do desenvolvimento de um autocontrole e de uma autorregulação de suas ações sobre as atividades desenvolvidas.

Assim, o trabalho se configura como uma atividade exclusivamente humana, que não demanda controle ou interferência externa, sendo controlada pelo próprio homem em sua troca material com a natureza. O trabalho, conforme evidencia Marx (1983), é a categoria fundante do mundo dos homens, que fomenta o elemento determinante no caminho da esfera orgânica para o ser social.

Nesse sentido, o processo de trabalho diferencia os homens dos animais, pois o homem é capaz de idealizar e prever idealmente o resultado de suas ações e planeja, de forma consciente, o meio pelo qual alcançará seu objetivo. Ou seja, a atividade humana é idealizada e executada através do processo de trabalho, a fim de transformar e extrair da natureza os meios para a sua sobrevivência.

Segundo Marx (1983, p.150), “os elementos simples do processo de trabalho são a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios”, e ainda, “o meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 1983, p.150). Para o autor, diferentes meios de trabalho podem diferenciar distintas épocas econômicas.

Portanto, podemos entender que o homem transforma a natureza através de processos de trabalho, buscando meios para alcançar sua finalidade. Essa transformação é idealizada no início do processo, a fim de satisfazer as necessidades do homem. Tal processo, assim como o meio e o objeto de trabalho são considerados por Marx como meios de produção, nos quais o trabalho se apresenta de forma produtiva.

Quando um valor de uso sai do processo de trabalho como produto, outros valores de uso, produtos de processos anteriores de trabalho, entram nele como meios de produção. O mesmo valor de uso constitui o produto desse trabalho, e o meio de produção daquele. Produtos são, por isso, não só resultados, mas ao mesmo tempo condições de processo de trabalho. (MARX, 1983, p.151)

Com base na análise de Marx (1983), faz-se necessário ressaltar que é no processo de trabalho que o valor de uso pode ser produto, meio de trabalho e

matéria-prima, sendo sua diferenciação dependente da função que desempenhará no processo de trabalho.

[...] o processo de trabalho, como o apresentamos em seus elementos simples e abstratos, é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais. Por isso, não tivemos necessidade de apresentar o trabalhador em sua relação com outros trabalhadores. O homem e seu trabalho, de um lado, a Natureza e suas matérias, do outro, bastavam. (MARX, 1983, p.153-154)

A partir dessa sucinta aproximação com a categoria trabalho, analisadas a partir da visão de Marx (1983), demonstramos as determinações sociais iniciadas pelo processo de trabalho. Em síntese, o trabalho apresenta a definição ontológica determinante do ser social, pois, ao transformar a natureza, os homens modificam a si próprios, criando novas necessidades e possibilidades, até então desconhecidas, e meios de atendê-las.

Tais afirmações remetem ao trabalho em seu sentido ontológico, universal, como troca orgânica entre o homem e a natureza. Entretanto, por serem universais, não conseguem alcançar a explicação necessária em cada formação social, pois essa categoria possui configurações distintas. No decorrer do tempo, o trabalho adquiriu contornos diversos, relacionados tanto à estrutura econômica quanto social de cada época, bem como complexidade, à medida que as necessidades humanas se modificaram e evoluíram para além da sobrevivência. Dessa forma, para entender a particularidade do trabalho na sociedade burguesa, ou seja, no modo de produção capitalista, convém entender o trabalho abstrato.

Entre o trabalho e o trabalho abstrato existe uma distinção essencial, o primeiro, conforme Marx (1983, p.50), é “[...] criador de valores de uso, condição de existência do homem”; já o segundo só pode ser realizado sob a dinâmica do modo de produção capitalista, sob a égide do capital, visando à produção de mercadorias.

No modo de produção capitalista o trabalho utilizado para valor de uso perde espaço para o trabalho voltado para o valor de troca, ou seja, o processo sofre alterações: por um lado, o trabalho permanece como atividade orientada a produzir valores de uso e a satisfazer às necessidades humanas; e, por outro, reproduz dois fenômenos particulares: primeiro, o trabalhador atua sob o controle do capitalista a quem pertence seu trabalho e, segundo, o produto é propriedade do capitalista e não do trabalhador. Nessas relações, o trabalho se configura numa relação assalariada,

alienada e fetichizada, consequência de uma relação social fundada na propriedade privada, em que o trabalhador não tem o controle sobre os processos produtivos, estando o trabalho mais preso ao reino das necessidades do que ao da liberdade. (CAVALCANTE; PRÉDES, 2010, p.04)

De acordo com Marx (1983), a relação entre capital e trabalho, personalizada na relação entre as classes capitalistas e o proletariado, fundamenta-se na expropriação do excedente produzido pelo trabalhador (produtor direto), originando, dessa relação antagônica, a “lei geral da acumulação capitalista”.

Para Montaño e Duriguetto (2011), no âmbito do modo de produção capitalista, o trabalho só pode ocorrer sob o domínio do capital, onde o trabalhador necessita vender sua força de trabalho, fomentando a relação de emprego e de assalariamento com o empregador.

Essa relação (entre capital e trabalho), longe de realizar a “liberdade” (no sentido apontado), é uma relação de exploração e alienação. Portanto, o trabalho, ontologicamente determinante do ser social e da liberdade, na sociedade comandada pelo capital promove a exploração e alienação do trabalhador – o trabalho assalariado, portanto, desumaniza o trabalhador. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.81)

Para Lessa (2008), entre trabalho e trabalho abstrato há uma grande distinção ontológica, onde o trabalho abstrato engloba a maior parte do intercâmbio orgânico com a natureza, incluindo um conjunto de práxis que se articulam com o metabolismo homem/natureza. Ainda assim, não pode haver, com isso, qualquer semelhança entre trabalho e trabalho abstrato, pois eles possuem funções sociais distintas.

O trabalho abstrato é precisamente isso: o processo social pelo qual o capital, em sua autovalorização, desconsidera as diferenças ontológicas entre as diferentes práxis sociais reduzindo-as, todas, àquilo que, para ele, é essencial: as suas diferentes capacidades de produzir mais valia. Nessa dimensão, e apenas nela, não tem qualquer importância a distinção entre o trabalho que transforma a natureza e o trabalho abstrato de um professor ou de um gerente de fábrica: são eles momentos da reprodução do capital. (LESSA, 2008, p.20, grifos do autor)

Com isso, na perspectiva do autor, o trabalho abstrato é tido como categoria que integra a produção capitalista, que tem por propósito atender às necessidades de reprodução do capital, através da produção de mais-valia, sendo esta a propriedade que o trabalho humano alcança quando destinado à produção de mercadorias.

Ainda segundo Lessa (2008), o trabalho abstrato, em seu interior, possui diferentes relações com o capital,

Uma parte do trabalho abstrato produz a mais-valia, uma outra parte realiza a transformação dessa mais-valia em dinheiro, [...] e, uma terceira, como os funcionários públicos, apenas prestam serviços imprescindíveis (com as devidas mediações) à dominação de classe, e, portanto, à continuidade da valorização do capital. (LESSA, 2008, p. 21-22)

Na sociedade capitalista, a reprodução do capital se dá através da apropriação da mais-valia, cuja produção é o que move o capitalismo. Conforme explicita Marx (1969, p.42-43),

A função verdadeira, função específica do capital é, pois, a *produção de valor excedentário* [...], *produção de sobretrabalho, apropriação* – no decurso do processo de produção real – de *trabalho não pago*, que se apresenta à vista e se objetiva como *mais-valia*. (Grifos do autor)

Na esteira dessas afirmações, o capital alinha as atividades humanas à relação mercantil, onde o trabalho abstrato representa a atividade produtiva do homem enquanto mercadoria, que tem sua força de trabalho comprada pelo salário pago ao trabalhador. Assim, “o processo de trabalho não é mais do que um meio do processo de valorização, processo que, por sua vez, enquanto tal, é essencialmente *produção de mais-valia*” (MARX, 1969, p.57, grifo do autor).

Cabe aqui aludir a intrínseca relação que a categoria trabalho abstrato possui com o trabalho assalariado, onde trabalho abstrato, como dito anteriormente, se apresenta enquanto trabalho produtivo (que gera a mais-valia) e o trabalho improdutivo (que não gera mais-valia), e que no âmbito do modo de produção capitalista, todo trabalho se converte em trabalho abstrato.

Para Marx (1969), a análise de distinção entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo coloca-se como uma discussão de grande relevância, apontando que a diferença entre ambos está em sua função social de produzir ou não a mais-valia dentro da ótica de reprodução do capital. Assim, podemos classificar os trabalhadores da seguinte forma: 1) assalariados que não produzem mais-valia, (trabalhadores improdutivos); 2) assalariados que produzem mais-valia, porém não transformam a natureza (trabalhadores produtivos); e os 3) assalariados que transformam a natureza, os proletários, produzindo os meios de produção e de subsistência necessários à reprodução humana (trabalhadores produtivos).

Portanto, trabalho produtivo, independentemente da atividade que realiza, gera riqueza material através do produto do seu trabalho. Todavia, é importante salientar que esta riqueza produzida pelo trabalhador não é sua, mas pertencente ao capitalista.

Trabalho produtivo [...] é o trabalho assalariado que, na troca pela parte variável do capital (a parte do capital despendida em salário), além de reproduzir essa parte do capital (ou o valor da própria força de trabalho), ainda produz mais-valia para o capitalista. Só por esse meio, mercadoria ou dinheiro se converte em capital, se produz como capital. Só é produtivo o trabalho assalariado que produz capital. (Isso equivale a dizer que o trabalho assalariado reproduz, aumentada, a soma de valor nele empregada ou que restitui mais trabalho do que recebe na forma de salário. Por conseguinte, só é produtiva a força de trabalho que produz valor maior que o próprio.). (MARX, 1987, p.132-133 *apud* DIAS, 2006, p.25)

Segundo Dias (2006), trabalho produtivo é o trabalho que se troca por capital e que, dadas as condições dessa troca, produz mais valor do que custa. “Sob o capital, trabalho produtivo é aquele que produz ‘valor excedente’, valor novo que ‘não só repõe um valor precedente’, mas supera o ‘equivalente recebido como salário’” (DIAS, 2006, p.26). Perante o capital o trabalho que produz lucro é trabalho produtivo, o qual não somente restitui um valor antecedente, mas vai além do equivalente recebido como salário e produz mais-valia.

Após conceituar trabalho produtivo, convém fazer algumas considerações acerca do trabalho improdutivo: “é trabalho que não se troca por capital, mas *diretamente* por renda, ou seja, por salário ou lucro (sem dúvida, pelas diversas rubricas, como juros e renda fundiária, co-participantes do lucro do capitalista)” (MARX, 1987, p.137 *apud* DIAS, 2006, p.27).

Ainda de acordo com Dias (2006), para Marx, o trabalho improdutivo apresenta algumas características: a primeira delas, já elucidada acima, é o fato de este trabalho ser trocado diretamente por renda; a segunda é que este produz valores de uso e não mercadorias; a terceira é o fato de que “com o desenvolvimento da produção capitalista, além de não produzir mercadorias, só uma parcela diminuta dos trabalhadores improdutivos ‘participará diretamente da produção material’ (ou seja, produzirá ‘valores de uso concretos’)” (DIAS, 2006, p.34); a quarta é o fato de, “à semelhança do trabalhador produtivo, a força de trabalho do trabalhador improdutivo ser uma mercadoria” (DIAS, 2006, p.34); e a quinta é “o fato de ser o valor desta ‘determinado ou determinável de modo igual (ou

análogo) ao dos trabalhadores produtivos: isto é, pelos custos de produção necessários para sustentá-los ou produzi-los” (MARX, 1987, p.139 *apud* DIAS, 2006, p.34).

Entendemos, portanto, que ainda que a diferenciação entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo se constitua na distinção entre trabalho (assalariado) que se troca por capital e trabalho (assalariado) que se troca por renda, ela é insuficiente para diferenciá-los.

Essa análise nos remete à questão da divisão do trabalho, pois é a partir dela que ocorre a cisão entre a atividade manual e a atividade intelectual, que são atribuídas a diferentes indivíduos. Esta divisão do trabalho apresenta condições necessárias para que os indivíduos produzam valores de troca. Tal separação é característica às sociedades de classes, tendo por particularidade cada momento histórico vivenciado.

A divisão do trabalho, analisada a partir da conjuntura histórica da sociedade burguesa, afasta como inimigos o trabalho manual do trabalho intelectual e da formação do trabalhador coletivo, que são um conjunto de trabalhadores que desempenham a função de transformar a natureza nos meios de produção e subsistência. Assim, tendo em vista que os trabalhadores manuais são responsáveis por modificar diretamente a natureza, podemos afirmar que o trabalho intelectual dentro do processo produtivo cumpre a função de controle, sendo, portanto, um trabalhador improdutivo. Para que possa ser possível esse modo de colaboração entre os trabalhadores, faz-se necessária a ação de controle sobre esses mesmos trabalhadores que, nesse caso, é exercida pelo trabalho intelectual/improdutivo. E é nesse contexto que a função do controle é materializada no trabalho intelectual/improdutivo, sendo a função do trabalho intelectual contribuir para a exploração capitalista os trabalhadores.

De acordo com Yamamoto (2000, p.55), a divisão do trabalho social cresce à medida que a satisfação das necessidades sociais se torna mediatizada pelo mercado, podendo ser considerada nas suas formas gerais, singulares e particulares, dentro dos ramos da reprodução, até a divisão de trabalho dentro das fábricas. A divisão do trabalho na sociedade define as específicas vinculações profissionais dos indivíduos e, assim, o trabalho adquire um caráter social, desenvolvido na sociedade e através dela.

A partir da criação da manufatura, a cooperação baseada na divisão do trabalho adquire a sua forma clássica. A manufatura “implica um processo de produção coletivo, executado por numerosos trabalhadores em cooperação, entre os quais, se dividem as diversas operações parciais da produção” (IAMAMOTO, 2000, p.61). Cada trabalhador passa a ter uma função particular e, dessa forma, torna-se um trabalhador parcial, e o produto final torna-se um produto comum a todos os trabalhadores parciais. Assim, o trabalho se torna social e ao mesmo tempo os instrumentos de produção adquirem um caráter social.

Com a divisão do trabalho na grande indústria, a eficácia do manejo dos instrumentos passa do trabalhador para as máquinas. “Enquanto na manufatura o movimento parte do trabalhador que se serve de suas ferramentas, na fábrica ele serve a máquina que se torna o sujeito da produção” (IAMAMOTO, 2000, p.68). A apropriação do trabalho vivo pelo trabalho morto intensifica-se na grande indústria.

Nesse sentido, a divisão do trabalho gera especialidades de trabalho e todos os trabalhadores que estão envolvidos num sistema de cooperação são produtivos. É irrelevante se o trabalhador é manual, intelectual ou se é apenas um supervisor do processo de trabalho, o importante é que ele participe do processo de realização do produto e, conseqüentemente, gere mais-valia para o capital.

Conforme abordado anteriormente, tanto trabalhadores manuais como intelectuais são produtivos se tiverem a capacidade de produzir mais-valia. “Nessa categoria de trabalhadores produtivos figuram naturalmente os que, seja como for, contribuem para produzir a mercadoria, desde o verdadeiro trabalhador manual até o gerente, o engenheiro (distintos do capitalista)” (MARX, 1978, p.136 *apud* DIAS, 2006, p.30). Ou seja, o trabalhador só será produtivo se autovalorizar o capital, independentemente de ser trabalhador manual ou intelectual.

[...] todos os trabalhos intelectuais que são consumidos diretamente na produção material. Não só o trabalho manual direto ou o trabalho com máquinas, mas também o supervisor, engenheiro, gerente, empregado de escritório etc., em suma, o trabalho de todo o pessoal requerido num determinado ramo da produção material, para produzir determinada mercadoria, e cujo trabalho conjunto (cooperação) é necessário para a fabricação das mercadorias. Na realidade acrescentam eles ao capital constante a totalidade de seu trabalho e aumentam desse montante o valor do produto (MARX, 1978, p.143-144 *apud* DIAS, 2006, p.30-31).

Desse modo, no âmbito do modo de produção capitalista, a diferença de trabalho produtivo e trabalho improdutivo não depende de ser trabalho físico ou

intelectual, “tanto o engenheiro que projeta, quanto o trabalhador manual que transforma o projeto em uma máquina, por exemplo, são trabalhadores produtivos” (DIAS, 2006, p.32); nem mesmo o trabalho precisa estar ligado à produção de bens materiais, “são produtivos tanto o trabalhador que fabrica pianos, quanto o ator, o palhaço, o escritor, o cozinheiro ou o garçom, desde que empregados por um capitalista, em sua função de agente do capital” (DIAS, 2006, p.32).

Na contemporaneidade, já na fase do capitalismo monopolista, vemos o trabalho improdutivo em sua função de controle, fator que contribui decisivamente para a reprodução do capital, garantindo a manutenção e o desenvolvimento da ordem burguesa. Desse modo, o trabalho improdutivo assume formas e características diferentes na história, mas sem perder seu caráter e função social exercida.

Diante do exposto, destacamos a visão de Antunes (2009) em relação à classe trabalhadora. Pautado no conceito marxiano, o autor defende a amplitude do ser social que trabalha. Concordamos com ele, pois entendemos que para se compreender a nova forma de ser do trabalho e a classe trabalhadora em nossos dias é preciso partir de uma concepção ampliada de trabalho. Para Antunes (2009), de modo ampliado, a classe trabalhadora é denominada de *classe-que-vive-do-trabalho*, que inclui a totalidade dos que vendem sua força de trabalho, sendo o núcleo central os trabalhadores produtivos incorporando a totalidade do trabalho coletivo assalariado. Estes que são o proletariado industrial, que criam diretamente mais-valia e que participam diretamente do processo de valorização do capital.

Assim, Antunes (2009) afirma que a *classe-que-vive-do-trabalho* engloba também os trabalhadores improdutivos, aqueles cuja forma de trabalho é utilizada para o serviço público, como é o caso dos assistentes sociais que trabalham no HUSE e/ou para o capitalista como serviço, não produzindo diretamente mais-valia e não contribuindo diretamente para o processo de valorização do capital.

Portanto, este autor sintetiza que “todo trabalhador produtivo é assalariado e nem todo trabalhador assalariado é produtivo” e que “uma noção contemporânea de classe trabalhadora, visto de modo ampliado, deve, em nosso entendimento, incorporar a totalidade dos trabalhadores assalariados” (ANTUNES, 2009, p.102). A noção ampliada da classe trabalhadora engloba todos os trabalhadores que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incluindo, além do proletariado industrial e dos assalariados do setor de serviços, o proletariado rural, que também vende sua

força de trabalho para o capital. Assim, essa noção de classe trabalhadora compõe-se,

[...] do proletariado precarizado, o subproletariado moderno, *part time*, o novo proletariado dos Mc Donalds, os trabalhadores terceirizados e precarizados das empresas liofilizadas de que falou Juan José Castillo, os trabalhadores assalariados da chamada 'economia informal', que muitas vezes são indiretamente subordinados ao capital, além dos trabalhadores desempregados, expulsos do processo produtivo e do mercado de trabalho pela reestruturação do capital e que hipertrofiaram o exército industrial de reserva, na fase de expansão do desemprego estrutural. (ANTUNES, 2009, p.103-104)

À luz dessa discussão, nota-se que o capitalismo vai metamorfoseando o mundo do trabalho, adequando os meios de reprodução para manter seu ciclo reprodutivo. Nesse sentido, veremos a seguir as mutações do mundo do trabalho e como a reprodução do capital se expande e complexifica, a fim de compreendermos as suas distintas peculiaridades e o objeto de estudo. A sociedade capitalista vai transformando o mundo do trabalho, ao mesmo tempo que mantém sua exploração de diversas formas, desde a cooperativa até a grande indústria, englobando o setor de serviços, campo em que o assistente social exerce seu trabalho. Sobre essa particularidade nos aprofundaremos mais adiante.

1.2 Reestruturação produtiva e organizacional do capital

A partir do início dos anos 1970, o capitalismo começou a dar sinais de esgotamento, embora este já apresentasse seus primeiros indícios ainda na década de 1960, após um longo período de acumulação de capitais ocasionada pelo apogeu do fordismo. O capitalismo se viu num quadro crítico e acentuado, sofrendo uma crise estrutural que causou impactos diversos de ordem objetiva e subjetiva na vida da classe trabalhadora. “Com o desencadeamento de sua crise estrutural, começava também a desmoronar o mecanismo de ‘regulação’ que vigorou, durante o pós-guerra, em vários países capitalistas avançados, especialmente da Europa” (ANTUNES, 2009, p.33).

Diante dessa crise, viu-se a urgência em se implementar um processo para reverter esse quadro, iniciando-se assim um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, seguido de um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho no intuito de recuperação do seu ciclo reprodutivo, que inevitavelmente afetou fortemente o mundo do trabalho. Seus traços mais expressivos manifestaram-se com o

[...] advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal (...); a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores. (ANTUNES, 2009, p.33)

Com início dessa reorganização da ideologia capitalista, instaurou-se o processo de reestruturação do trabalho e da produção como estratégias do capital para conseguir refutar a crise. O cenário instituído pelo capitalismo representava, de forma geral, uma ofensiva para classe trabalhadora que naquele momento precisava, como meio de sobrevivência, vender sua força de trabalho.

No centro do complexo reestruturativo do capital coloca-se a *reestruturação produtiva* que impulsiona um complexo de inovações tecnológico-organizacionais e inovações sociometabólicas do mais amplo espectro social. Na verdade, a crise estrutural coloca a *necessidade sistêmica da reestruturação da produção do capital* como produção de sobretrabalho alienado. (ALVES, 2010, p.44, grifos do autor)

Apesar da crise estrutural do capital ter determinações mais profundas, a resposta capitalista a ela se deu de forma superficial, não alterando a essência do modo de produção capitalista. Desse modo, propôs-se a reestruturação do padrão produtivo que se estruturava segundo o binômio taylorismo e fordismo, visando recuperar seus índices de acumulação existentes no pós-1945 (após a Segunda Guerra Mundial) por meio de novos e velhos mecanismos de acumulação. Tais mecanismos trouxeram um maior dinamismo para o processo produtivo que já dava claros sinais de esgotamento e desgaste. E, portanto, foi dado início a operação de transição do padrão taylorista e fordista anterior para as novas formas de acumulação flexível.

O binômio taylorismo/fordismo, expressão dominante do sistema produtivo e seu processo de trabalho, predominaram no processo produtivo durante o século

XX, a partir dos anos 1930 e, principalmente, entre 1945-1975, baseando sua produção na fabricação em massa de mercadorias e na produção homogeneizada e verticalizada. Esse padrão se estruturava no trabalho parcelado e fragmentado, onde o operário executava um conjunto repetitivo de atividades que, ao fim, com sua somatória, formava-se o produto. Esse processo de desantropomorfização do trabalho, segundo Antunes (2009), possibilitava ao capital intensificar a extração do sobretrabalho.

Esse processo produtivo reduz a atividade do operário a ações repetitivas, tornando-o “parte das máquinas”. Sua característica fundamental é a produção em série através da esteira mecânica, que articulava os diferentes trabalhos entre as ações individuais, dando o tom da velocidade (ritmo e tempo) para realização das tarefas. Todas as ações dos trabalhadores eram cronometradas, mecânicas e repetitivas. “Esse processo produtivo caracterizou-se, portanto, pela mescla da produção em série fordista com o cronometro taylorista, além da vigência de uma separação nítida entre elaboração e execução” (ANTUNES, 2009, p.39).

Juntamente com o processo de trabalho taylorista/fordista, estabeleceu-se um sistema de compromisso e de regulação que garantiu a ilusão que o sistema de metabolismo social do capital poderia ser efetivo, duradouro e definitivamente controlado, a partir de uma relação entre capital e trabalho, tendo o Estado como mediador. Tal compromisso foi consequência do desenvolvimento anterior do capitalismo e do equilíbrio de forças entre burguesia e proletariado, firmou-se após anos de embate entre operários e capitalistas, e não foi resultado de um consenso entre as duas classes sociais. O espaço de discussão entre ambos eram os sindicatos e partidos políticos que representavam trabalhadores e patrões. O Estado simbolicamente fazia a mediação, mas, na realidade, defendia os interesses do capital, tratando de torná-los aceitáveis aos operários e patronato.

Assim, o caráter social-democrata que o movimento operário assumiu e sua relação com o capital, que é intermediada pelo Estado, conseguiria liberta-se da opressão imposta pelo capital, ou conseguir minimizar o seu peso. Desse modo, confirmava-se e fortalecia-se a tese da legitimidade do estatismo presente no projeto e na estratégia do modelo social-democrata do movimento operário.

De fato, constata-se que o Estado significou para o proletariado o acesso à seguridade social, pois foi o responsável pela fixação do salário mínimo dos trabalhadores, pela geração direta ou indireta do salário indireto e que impulsionou a

conclusão e garantiu o respeito das convenções coletivas. De tal maneira que tais fatores contribuíram para a criação de um fetiche em torno do Estado e seus ideais democráticos – um fetichismo, que o mesmo tratou de reiterar “ao garantir de algum modo o direito ao trabalho, à moradia, à saúde, à educação, à formação profissional, ao lazer, etc.” (BIHR, 1991, p.59-60 *apud* ANTUNES, 2009, p.42).

No entanto, o ciclo de expansão e vigência do Welfare State começou a dar sinais de enfraquecimento, por todas as razões discutidas anteriormente e pela erosão das revoltas dos trabalhadores e o conseqüente transbordamento da luta de classes. Assim sendo, a mobilização da classe trabalhadora surge como outro fator de expressiva importância na cooperação para o enfraquecimento do padrão taylorista/fordista.

Após a derrota das lutas operárias pelo controle social da produção, o capitalismo encontra as bases sociais e ideológicas para retomar o processo de reestruturação do capital e, para tanto, se utiliza de um novo padrão produtivo de acumulação distinto para se recuperar de sua crise estrutural.

O Estado atuou no papel de agente social e fomentou a criação das condições de produção necessárias ao período pós-guerra, que são: a construção de linhas férreas, das infraestruturas para a geração de energia e para meios de comunicação, a viabilização da estrutura de produção por meio do financiamento de plantas produtivas, entre outros. Todos os serviços prestados pelo Estado acarretaram o acúmulo de dívidas internas e externas que resultaram em um quadro de *déficit* público.

O período entre 1965 a 1973 inaugura aquilo que Mészáros (2006) vai chamar de *crise estrutural do capital*. O capitalismo entrou nessa crise estrutural, que se estende até os dias atuais, tornando cada vez mais evidente a incapacidade do padrão de acumulação taylorista/fordista de conter as contradições inerentes ao capitalismo, sendo esta a expressão dessa crise que se iniciara.

Diante disso, o capital tem necessidade de adotar um novo padrão de acumulação para superar a crise, como também manter ou alcançar uma taxa de lucros maior. Nesse contexto, o capital buscou alternativas a partir da implementação de um vasto processo de reestruturação, “visando recuperar do seu ciclo reprodutivo e, ao mesmo tempo repor seu projeto de dominação societal, abalado pela confrontação e conflitualidade do trabalho [...]” (ANTUNES, 2009, p.49). Portanto, a acumulação flexível é o novo padrão de acumulação adotado pelo

capital para superação da sua crise e contradições internas, permitindo à elite capitalista deter em suas mãos a reprodução e concentração do capital. Diferentemente do que ocorreu no período fordista/taylorista, em que a acumulação era baseada em padrões rígidos, agora ela se baseia no padrão flexível, tal como o mercado, o processo de produção e a exploração da força de trabalho.

Para a superação da crise, Netto e Braz (2009) apontam que o capital definiu a execução de um conjunto de respostas em amplo espectro que modificou todo o cenário global, a exemplo de mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram rapidamente e em grande escala. Assim, esses autores indicam, de forma sintetizada, duas respostas dadas pelo capital: a reestruturação produtiva e a ideologia neoliberal. E é sob a égide da acumulação flexível que a reestruturação produtiva se desdobrará.

Motaño e Duriguetto (2011) discorrem que o capital e o Estado são obrigados, sob as orientações dos postulados neoliberais, a serem atores ativos no processo de promoção de reestruturação (produtiva, cultural e política).

Nesse sentido, não foi o neoliberalismo que concebeu e criou a reestruturação produtiva; foi a necessidade de recuperação do lucro nos patamares exigidos pelo capital que, dada as novas possibilidades e necessidades do capital e a situação atual das lutas de classes – no contexto da terceira revolução tecnológica, da crise e da nova fase do processo de mundialização do capital ('globalização') -, exigiu *uma nova estratégia hegemônica, o neoliberalismo*. (MOTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.199, grifo do autor)

Conforme Netto e Braz (2009, p.216), a produção flexível direciona-se para mercados específicos, no intuito de romper com a estandarização e, assim, atender variedades culturais e regionais. Volta-se também para as peculiaridades de ramos particulares de consumos, porém, conserva a característica de se realizar em grande escala. Por outro lado, está ocorrendo uma desterritorialização da produção².

Nessa nova fase do capital, nominada de capitalismo de acumulação flexível, as mudanças fomentadas pela ruptura do modelo fordista/taylorista acarretaram um novo meio de trabalho e de vida, definidos pela flexibilização e precarização do trabalho, em estrita resposta à necessidade de mundialização do capital e

² Com a desterritorialização da produção “unidades produtivas (completas ou desmembradas) são deslocadas para novos espaços territoriais (especialmente subdesenvolvidas e periféricas) onde a exploração da força de trabalho pode ser mais intensa (seja pelo seu baixo preço, seja pela ausência de legislação protetora do trabalho e tradições de luta sindical). Tal desterritorialização acentua ainda mais o caráter desigual e combinado da dinâmica capitalista” (NETTO; BRAZ, 2009, p. 216).

financeirização da economia. Nota-se a completa sujeição do Estado às pressões do capital internacional, quando passa a atuar em defesa da desregulamentação dos mercados, principalmente, do financeiro e o de trabalho. Nesse contexto, os direitos sociais e trabalhistas passam a ser vistos enquanto barreira à acumulação do capital. Dessa forma, implementa-se uma agenda neoliberal, que traz em seu cerne ao processo de flexibilidade no direito do trabalho o corte dos gastos públicos com direitos sociais e ainda a privatização das empresas estatais.

Na concepção de Harvey (1992 p.140 *apud* ANTUNES, 2005, p.29), de forma sintética, a acumulação flexível é

Marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego chamado 'setor de serviços', bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas.

Harvey (1992), citado por Antunes (2005), segue sua tese de que a acumulação flexível, na medida que ainda é uma forma própria do capitalismo, possui três características fundamentais desse processo. A primeira é voltada para o crescimento; na segunda, tal crescimento em valores reais apoia-se na exploração do trabalho vivo no universo da produção; e na terceira, o capitalismo tem uma intrínseca dinâmica tecnológica e organizacional. Em se tratando da acumulação flexível, ela trouxe muitas consequências em variadas direções, porém, foi o toyotismo ou o modelo japonês que causou maior impacto, tanto pela revolução técnica operada na indústria japonesa, quanto pela potencialidade de propagação que alguns pontos básicos do toyotismo têm demonstrado, expandindo-se mundialmente.

O toyotismo inaugura uma era de avanço tecnológico e, contraditoriamente, uma era de intensa geração de desigualdades sociais. Dentre as muitas transformações ocorridas no processo produtivo, o desemprego é uma delas, que encontra no toyotismo aquele que causou maior impacto na ordem mundializada e globalizada do capital. Deste modo, a ocidentalização do toyotismo é uma decisiva aquisição do capital contra o trabalho. Assim,

[...] a substituição do fordismo pelo toyotismo não deve ser entendida como um novo modo de organização societária, não deve nem mesmo ser concebido como um avanço em relação ao capitalismo da era fordista e taylorista [...] queremos aqui tão somente enfatizar que a referida diminuição entre elaboração e execução. Entre concepção e produção, que constantemente se atribui ao toyotismo, só é possível porque se realiza no universo restrito e rigorosamente concebido do sistema produtor de mercadorias, do processo de criação e valorização do capital. (ANTUNES, 2005, p.41)

Portanto, o toyotismo foi o elemento, enquanto novo modelo de organização da produção, no padrão produtivo, que o capital utilizou para se recuperar da crise da década de 1970, sendo a base material para se erguer o ideário e o conjunto de regras neoliberais no fim dos anos 1970 e início dos anos 1980.

Esse modelo não transformou apenas o setor industrial, impactos da reestruturação do capital alcançam o setor de serviços e este reflete as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, passando por um processo de mercantilização e mercadorização. Com isso, setores como telecomunicações, conforme descrito anteriormente, energia, previdência, saúde, entre outros, são impactados e com eles a classe trabalhadora de âmbito público e estatal.

Trazendo essa realidade para o Brasil, pode-se dizer que essas transformações ocorreram tardiamente. O Brasil desenvolveu seu padrão de acumulação industrial, principalmente, no pós-64, tratando-se de uma estrutura produtiva bi-fronte, que se voltava para a produção de bens de consumo duráveis para um mercado interno, como também para exportação (produtos primários e industrializados). Desse modo, estruturava-se através da superexploração da força de trabalho, dada pela

Articulação entre baixos salários, jornada de trabalho prolongada e de fortíssima intensidade em seus ritmos, dentro de um patamar industrial significativo para um país que apesar de sua inserção subordinada, chegou a se alinhar entre as oito grandes potências industriais (ANTUNES, 2004, p.15).

Esse modelo econômico expandiu-se durante as décadas de 1950 a 1970, porém, foi apenas durante os anos de 1980, ao fim da ditadura militar, que começou a passar por suas primeiras alterações. Mantendo seus traços genéricos, ocorreram mudanças organizacionais e tecnológicas no interior do processo produtivo e de serviços.

Diferente dos países capitalistas centrais, o Brasil, ao fim da Ditadura Militar, encontrava-se relativamente distante do processo de reestruturação produtiva e do projeto neoliberal. Porém, já sofria com a influência da nova divisão internacional do trabalho. Sendo assim, foi por volta dos anos 1980 que ocorreram os primeiros impulsos do processo de reestruturação produtiva no Brasil, que levaram as empresas a adotarem de forma restrita os novos padrões organizacionais e tecnológicos, novas formas de organização social e sexual do trabalho.

Iniciava-se o processo de liofilização organizacional³, cujos determinantes, segundo Antunes (2004, p.17), foram: 1) a necessidade das empresas brasileiras se inserirem na competitividade internacional; 2) as ações das empresas transnacionais que fizeram suas subsidiárias brasileiras adotarem os novos padrões organizacionais e tecnológicos inspirados no “toyotismo” e nas formas flexíveis de acumulação; 3) a necessidade das empresas nacionais de responder ao avanço do novo sindicalismo, que procurava estruturar-se nos locais de trabalho e que teve forte traço de confrontação.

Ainda nos primeiros anos da década de 1980,

[...] A reestruturação produtiva caracterizou-se pela redução dos custos através da redução da força de trabalho. Pode-se dizer que a necessidade de elevação da produtividade ocorreu através de reorganização da produção, redução do número de trabalhadores, intensificação da jornada de trabalho dos empregados, surgimento dos CQC's (Círculos de Controle de Qualidade) e dos sistemas de produção *just-in-time* e *kanban*, dentre os principais elementos [...]. (ANTUNES, 2004, p.17)

Contudo, foi nos anos de 1990 que a reestruturação produtiva do capital se desenvolveu de forma intensa no Brasil, por meio da implantação de vários receituários originários da acumulação flexível e do ideário japonês, com a intensificação da *lean production*, do sistema *just-in-time*, *kanban*, do processo de qualidade total das formas de subcontratação e de terceirização da força de trabalho. Da mesma maneira, foi verificado um processo de descentralização produtiva que iniciou um movimento de mudanças geográfico-espaciais, que

³Antunes (2009) utiliza-se o termo liofilização organizacional, criado por Juan Jose Castillo, que “é um processo no qual, substâncias vivas são eliminadas – trata-se do trabalho vivo – que é substituído pelo maquinário técnico-científico, pelo trabalho morto. A liofilização organizacional não é outra coisa senão o processo de ‘enxugamento’ das empresas”.

buscava níveis rebaixados de remuneração da força de trabalho, conseqüentemente, acentuando os traços de superexploração do trabalho.

O processo de reestruturação produtiva no Brasil que, durante a década de 1980, se deu de forma limitada e seletiva, amplia-se na década seguinte, fortalecido através do Plano de Estabilização Econômica (Plano Real), a partir de 1994, no governo de Itamar Franco, sob o comando do então Ministro da Fazenda Fernando Henrique Cardoso, quando

[...] os programas de qualidade total, o sistema *just in time* e *kanban*, bem como a introdução de ganhos salariais vinculados à lucratividade e à produtividade das empresas, sob a pragmática que se adequava fortemente aos desígnios neoliberais, encontraram uma contextualidade propícia para o desmanche vigoroso da reestruturação produtiva, da liofilização organizacional e do enxugamento (ANTUNES, 2004, p.19-20).

Um exemplo importante do impacto intenso desse processo de reestruturação pode ser encontrado também no setor financeiro. Tendo em vista que os trabalhadores (as) bancários (as) foram afetados (as) pelas transformações do seu trabalho, fundamentadas, essencialmente, “nas tecnologias de base microeletrônica e em mutações organizacionais. Essas novas políticas foram implementadas nos bancos, essencialmente por meio de seus programas de ‘qualidade total’ e de ‘remuneração variável’”. (ANTUNES, 2004, p.20)

As conseqüências das práticas flexíveis de contratação da força de trabalho nos bancos, através da ampliação significativa da terceirização da contratação de trabalhadores por tarefas ou em tempo parcial, resultaram em uma “maior precarização dos empregos e dos salários, aumentando o processo de desregulamentação do trabalho e da redução dos direitos sociais para os empregados em geral e para os terceirizados em particular” (JINKINGS, 2002; SEGNINI, 1998 *apud* ANTUNES, 2004, p.21).

Do ponto de vista do capital financeiro, essas formas de contratação permitem às empresas ganhos enormes de lucratividade, concomitantemente em que atingem a capacidade dos bancários em resistir, fragmentando-os e dificultando sua organização sindical. Essas mudanças nas características pessoais e profissionais dos bancários são expressões da reestruturação produtiva em andamento e seus movimentos de tecnificação e racionalização do trabalho. Num contexto de crescente desemprego e do aumento das formas precárias de contratação, os

bancários assalariados são coagidos a desenvolver uma formação geral e polivalente, na tentativa de manter seus vínculos de trabalho, submetendo-se à grande sobrecarga de tarefas e a jornadas de trabalho extenuantes. (JINKINGS, 2002 *apud* ANTUNES, 2004, p.21).

O processo de reestruturação produtiva, exemplificado através dos setores automobilísticos e bancários, também atingiu quase todos os ramos produtivos e/ou de serviços, além de acarretar alterações significativas na estrutura de empregos no Brasil, Atualmente,

O aumento do desemprego aberto reflete justamente a incapacidade da economia brasileira para gerar expressivos postos de trabalho, não obstante o setor de serviços continuar absorvendo uma parte dos trabalhadores que anualmente ingressam no mercado de trabalho ou que são demitidas dos setores industrial e agropecuário (POCHMANN, 2000 *apud* ANTUNES, 2004, p.24).

A flexibilização, desregulamentação, terceirização, as novas formas de gestão do trabalho, entre outros aspectos, estão presentes de forma intensa, sugerindo que, se o “fordismo” ainda parece dominar o conjunto da estrutura produtiva industrial e de serviços do país, ele também se mescla com novos processos produtivos, consequência da liofilização organizacional, dos mecanismos da acumulação flexível e das práticas toyotistas que foram parcialmente assimiladas no setor produtivo brasileiro.

Segundo Antunes (2004), a combinação obtida pela superexploração da força de trabalho com padrões produtivos mais avançados constitui-se em elemento que continua particularizando o capitalismo no Brasil. Isso por que,

[...] para os capitais nacionais e transnacionais produtivos, interessa a confluência entre força de trabalho qualificada, polivalente, multifuncional, preparada para operar com os equipamentos informacionais, percebendo, porém, salários bastante dilapidados, sub-remunerados, em patamares muito inferiores aqueles percebidos nas economias avançadas. E vale acrescentar, vivenciando condições de trabalho fortemente precarizadas. (ANTUNES, 2004, p.26).

A crise estrutural do capital causou vários impactos na vida da classe trabalhadora, pois no caminho para recuperar seu ciclo produtivo, o capital implementou um processo de reestruturação produtiva, estruturado por modelos de acumulação, caracterizados pela rigidez do binômio fordismo e taylorismo e o

flexível Toyotismo, que impactou diretamente a classe trabalhadora. Em primeiro momento, o modelo de produção taylorista/fordista instaurou a exploração do trabalho através de mecanismos de trabalho repetitivos, com carga horária exagerada, e, posteriormente, o modelo toyotista/acumulação flexível instituiu programas nos quais o trabalhador passou a integrar o processo produtivo, tornando-se polivalente, livre para participar e interferir no processo de produção.

Como se pode observar, as respostas dadas pelo capital às suas crises ignoram o trabalho, no sentido de que a reestruturação produtiva, flexibilização, precarização e terceirização são usadas pelo capital como estratégias de controle da classe trabalhadora, a fim de aumentar a exploração de sua força de trabalho, que é imprescindível para a reprodução do capital.

Constata-se que é sob o modelo toyotista/acumulação flexível que as mais fortes mudanças no mundo do trabalho acentuam-se frente ao desmonte de um padrão de proteção social, que se baseia na flexibilização das relações de trabalho e dos direitos sociais, estabelecendo-se um intenso processo de precarização do trabalho. Dessa forma, o processo de acumulação flexível transformou o mundo do trabalho a partir da exploração através da flexibilização, introdução a novas modalidades de contratação e ampliação das formas de exploração da força de trabalho.

Com isso, percebe-se que as transformações que ocorreram no modo de produção capitalista produziram fortes impactos sobre as forças de trabalho, conseqüentemente, as transformações do modelo econômico originadas da reestruturação produtiva, da integração mundial nos mercados financeiros, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura de mercados, entre outras, vêm atingindo amplos setores da população trabalhadora em todos os setores de trabalho. Como resultado final dessas transformações, tem-se um aumento da riqueza do lado do capital e um condizente aumento da pobreza do lado do trabalho.

Assim, entende-se que a reestruturação produtiva do capital, descrita anteriormente, baseado em um modelo liberal do setor privado, com mínima intervenção do Estado, acarreta novos métodos de flexibilização da produção e das relações sociais e trabalhistas. O mercado acaba por impor ao Estado um posicionamento frente ao cenário, requerendo uma preocupação mínima em relação aos gastos com o social e ampliação de espaço para o fortalecimento do capital. Por

consequência, temos o fortalecimento do crescente projeto neoliberal, que atinge a classe subalterna com a mercantilização dos direitos sociais e trabalhistas. Na visão de Yasbek (2007), é a camada mais pobre da população que recorre às políticas sociais.

Desse modo, a reestruturação produtiva serve como base principal das estratégias de mudanças usadas para os ajustes neoliberais, a exemplo da privatização dos serviços públicos, utilizada como uma das medidas de superação da crise pós-1970 e óbice para efetivação dos direitos sociais e trabalhistas. Em tempo que o Estado se utiliza do setor privado como meio de gerir a política pública, a iniciativa privada o utiliza como forma de lucratividade, assim, não existe possibilidade de garantir a efetivação dos direitos sociais e trabalhistas no contexto dessa relação, considerando que o próprio Estado se abstém de cumprir o seu papel.

Por parte do Estado, existe um discurso da crise fiscal como argumento de justificativa para redução e restrição dos direitos sociais e trabalhistas, o que, segundo Behring e Boschetti (2009), transforma as políticas sociais em ações pontuais e focalistas. Nesse sentido, a privatização no campo das políticas públicas sociais expressa um “processo mais profundo da supercapitalização” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.159-160), gerando “uma dualidade discriminatória entre os que podem e os que não podem pagar pelos serviços, no mesmo passo em que propicia um nicho lucrativo para o capital” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.159).

Na concepção de Netto e Braz (2009, p.225),

[...] o capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas trabalhadoras.

As estratégias do grande capital priorizam a supressão de direitos sociais e as conquistas dos direitos trabalhistas em favor da flexibilização. Para tanto, faz-se necessário o rompimento com as amarras extra-econômicas e as restrições sociopolíticas, a fim de obter liberdade necessária para sua expansão. Nesse sentido,

[...] o Estado foi demonizado pelos neoliberais e apresentado como um trambolho anacrônico que deveria ser reformado – e, pela primeira vez na história do capitalismo, a palavra *reforma* perdeu o seu sentido tradicional

de conjunto de mudanças para ampliar direitos; *a partir dos anos oitenta do século XX, sob o rótulo de reforma (s) o que vem sendo conduzido pelo grande capital é um gigantesco **processo de contra-reforma (s)**, destinado à supressão ou redução de direitos e garantias sociais. (...).* Contudo, melhor que ninguém, os representantes dos monopólios sabem que a economia capitalista *não* pode funcionar sem a intervenção estatal; por isso mesmo, o grande capital continua demandando essa intervenção. (NETTO; BRAZ, 2009, p.227, grifos do autor)

A política social, em sua totalidade de tendências e contratendências, traz por conseqüências fragmentos das respostas do capital, que as redireciona para implementação de uma política pobre - com a diminuição dos gastos sociais -, focalista e residual.

As políticas sociais são concessões/conquistas mais ou menos elásticas, a depender da correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais e seus segmentos envolvidos na questão. No período de expansão, a margem de negociação se amplia; na recessão, ela se restringe. Portanto, *os ciclos econômicos, que não se definem por qualquer movimento natural da economia, mas pela interação de um conjunto de decisões ético-políticas e econômicas de homens de carne e osso, balizam as possibilidades e limites da política social.* (BEHRING, 2009, p.19, grifo do autor)

Paulatinamente, as mudanças contemporâneas, como a reestruturação produtiva e a financeirização do capital, impactam fortemente o cotidiano do trabalho nas condições e relações trabalhistas, aumentando, assim, a necessidade de serviços e benefícios, conseqüência do aumento da desigualdade e pauperização, em tempo que diminuem as possibilidades de atendimento físicas, éticas e técnicas, impactando, também, na remuneração do funcionalismo público (BEHRING, 2009). Behring (2009) corrobora o pensamento de Netto, quando aponta as tendências que operam no campo das políticas sociais. São elas:

- 1 - a desresponsabilização do Estado e do setor público com uma política social de redução da pobreza articulada coerentemente com outras políticas sociais (de trabalho, emprego, saúde, educação e previdência); o combate à pobreza opera-se como uma política específica;
- 2 - a desresponsabilização do Estado e do setor público, concretizada em fundos reduzidos, corresponde à responsabilização abstrata da "sociedade civil" e da "família" pela ação assistencial; enorme relevo é concedido às *organizações não-governamentais* e ao chamado *terceiro setor*;
- 3 - desdobra-se o sistema de proteção social: para aqueles segmentos populacionais que dispõem de alguma renda, há a privatização/mercantilização dos serviços a que podem recorrer; para os segmentos mais pauperizados, há serviços públicos de baixa qualidade;
- 4 - a política voltada para a pobreza é prioritariamente *emergencial, focalizada* e, no geral, reduzida à *dimensão assistencial*. (NETTO, 2006, *apud* BEHRING, 2009, p.22, grifo do autor)

O neoliberalismo legitima o projeto do capital monopolista e objetiva a existência de um “Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital” (NETTO; BRAZ, 2009, p.227). E esse processo de contrarreforma do Estado incide em retrocessos nas políticas sociais, com o corte nos gastos sociais e a redução do espaço para o setor público, através de privatizações e terceirizações, bem como a incorporação dos meios característicos do mercado, como destacado anteriormente, na administração do setor público, com ênfase na terceirização dos serviços públicos e flexibilização da administração e das modalidades de contratação de trabalhadores, bem como na diminuição de meios de contratos entre governo e instituições públicas, direcionando as políticas sociais num sentido contrário ao garantido legalmente, rebaixando-as a programas seletivos, focais e assistenciais. Tal reforma foi idealizada no governo de Fernando Collor de Melo (Collor) e efetivada nos governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Luís Inácio Lula da Silva (Lula).

Com o neoliberalismo, as políticas sociais ficam embasadas no trinômio, “caracterizado pela privatização, focalização/seletividade e descentralização” (BEHRING; BOSCHETTI, 2009, p.155). Para Behring e Boschetti (2009), os principais setores das políticas públicas que sofreram os impactos dessa mercantilização foram saúde, educação e previdência. Neste trabalho, versamos somente sobre a política de saúde, trazendo, no capítulo seguinte, o aprofundamento das particularidades desta política.

CAPÍTULO 2 – Política de Saúde brasileira: elementos para debate

2.1 A Política de saúde brasileira no contexto da contrarreforma do Estado

Como discorrido no capítulo anterior, a resposta do capital à crise nos anos de 1970 foi evidenciada pela reconfiguração dos Estados nacionais, bem como pelo processo de reestruturação produtiva, que trouxe consequências diretas para os processos de trabalho e trabalhadores. No Brasil, vemos o início desse processo avultar-se após a promulgação da Constituição Federal de 1988, nomeada de “Constituição Cidadã”, e com o governo de Fernando Henrique Cardoso culminou por ter grandes mudanças, impactadas por um intenso processo de privatização e proêmio de mudanças constitucionais, que se apresentam como o advento do neoliberalismo ao Estado brasileiro.

Nessa conjuntura, não houve elaboração de políticas públicas consistentes para disponibilizar e regular a oferta de trabalho para o SUS. Como se pode observar, as raízes históricas da precarização do trabalho em saúde residem no fato de que os interesses do SUS foram omitidos enquanto prevaleceram as diretrizes da política econômica, as quais, a partir da década de 1990, tinham como prioridade a viabilização das medidas de ajuste estrutural da economia e, por essa razão, houve a redução da capacidade de investimentos do Estado em políticas sociais. Cabe ressaltar que, ao pontuarmos a precarização do trabalho, analisamos na forma ampla do debate, no processo desregulamentação das leis trabalhistas e contratos de trabalho, com efeito da perda de direitos dos trabalhadores, bem como do deterioramento das relações de trabalho advindos da crescente flexibilização do trabalho.

No Brasil, a década de 1990 foi marcada pelo êxito do projeto neoliberal e sua ideologia mercadológica, onde podemos observar um novo rumo do papel do Estado, influenciado pela política de Ajuste Neoliberal. O capital reafirma a defesa de um Estado mínimo para as questões do âmbito social, além de promover uma reestruturação do mundo do trabalho, onde as conquistas trabalhistas e sociais são revistas e colocadas em perigo.

A diminuição da participação do Estado nas transações econômicas e nas relações sociais teria como fundamento três pontos principais:

Primeiro: romper o processo de concorrência entre os setores públicos e privados pela repartição da poupança existente. Segundo: contrair os gastos públicos no sentido de permitir uma redução dos custos salariais indiretos do setor privado. Terceiro: reduzir a regulação pública sobre as relações de trabalho para que as empresas possam restabelecê-las em bases mais compatíveis com a nova conjuntura econômica. (TEIXEIRA, 1999, p.28)

Dessa forma, observa-se que o Estado tem se colocado cada vez mais a serviço dos interesses do capital. Sader (1999 *apud* CORREIA, 2005) vai chamar esse tipo de Estado de Estado mini-max, ou seja, máximo para o capital, através de subsídios, créditos, perdão de dívidas, investimentos e obras de infraestrutura dirigidos a apoiar a acumulação privada, e políticas econômicas e financeiras com conotação de classe evidente; e mínimo para o trabalho, através do corte de gastos sociais, da precarização das políticas públicas, do congelamento dos salários do funcionalismo público, entre outras medidas.

Matos (2009) relembra uma análise anteriormente realizada sobre os anos noventa, onde ele próprio (MATOS, 2000) e Bravo (BRAVO; MATOS, 2001) afirmam que há a existência de duas inflexões fundamentais no Brasil:

A primeira é o plano real – que mais que, a eleição de FHC, possibilitou a coalizão de forças necessária para a implementação do ajuste econômico chancelado pelo Banco Mundial (Fiori, 1994) –; a segunda é a Reforma do Estado, defendida por FHC e seus intelectuais – que se constituía em uma estratégia de corte de direitos e por isso expressava, na realidade, uma contra-reforma (BEHRING, 2003). (MATOS, 2009, p. 55)

A Reforma do Estado ou Contrarreforma, segundo Bravo (2009), trata-se de uma estratégia do Estado, além de pressupor que o modelo econômico vigente foi ameaçado e que o Estado se distanciou de suas mais básicas funções, ampliando sua presença no setor produtivo.

De acordo com Behring (2008), a Reforma do Estado, defendida por Fernando Henrique Cardoso (FHC) e seus intelectuais, trata-se de uma reforma incorporada como projeto de governo no mandato de FHC, através do Plano Diretor da Reforma do Estado do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (PDRE - MARE), em 1995, que demonstra alguns pontos relevantes para o entendimento da realidade contida nesta reforma, a qual se caracterizou de forma

conservadora e regressiva, trazendo implicações diretas para as políticas públicas brasileiras, especialmente para a saúde.

O Plano Diretor da Reforma do Estado foi elaborado pelo MARE e aprovado em setembro de 1995 na Câmara da Reforma do Estado, um órgão interministerial criado para esse fim, e que orientou, dentre outros processos e legislações, a Emenda Constitucional nº 19, de 19 de junho de 1998, que trata da reforma da administração pública. No documento, FHC reitera os argumentos utilizados anteriormente por Bresser Pereira, de que a crise brasileira de 1980 foi uma crise do Estado, que se desviou de suas funções básicas, causando por consequência a deteriorização dos serviços públicos e o agravamento da crise e da inflação. Nas palavras de Behring (2008, p.177), “[...] o Estado brasileiro é caracterizado como rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa”. Assim, o próximo passo é “a proposição da reforma gerencial voltada para o controle dos resultados e baseada na descentralização, visando qualidade e produtividade no serviço público” (BEHRING, 2008, p.177).

O Plano Diretor da reforma considera que há um esgotamento do método de execução do Estado e que a administração pública burocrática precisa ser superada. Assim, o novo modelo gerencial seria baseado nessa vertente, tendo como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. Nesse sentido, a consolidação da hegemonia neoliberal no Brasil “tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (BRAVO, 2009, p.100).

Esse projeto de reforma de Fernando Henrique Cardoso representou um novo pacto político em torno do Estado intermediário (este que não é nem liberal, nem intervencionista, e cuja existência está condicionada aos processos de privatização [vistos por Bresser Pereira como solução natural] e de liberalização comercial), configurando uma renovação da esquerda, a partir do momento em que ficou órfã do Estado comunista e desenvolvimentista (BEHRING, 2008). Após a quebra dos estados sociais (a crise do Estado de Bem-Estar Social nos países desenvolvidos, a crise do Estado desenvolvimentista nos países em desenvolvimento, a crise do Estado socialista nos países socialistas), sugeria-se a criação de um novo Estado, que seria “social-liberal”, social porque estaria preocupado com a sociedade e liberal porque não seria estatizante.

Nesse sentido, de acordo com Matos (2009), a proposta de reforma do Estado identificava quatro setores.

O primeiro seria o 'núcleo estratégico', composto pelo Executivo, Judiciário, Ministério Público e outros, que deveriam permanecer na órbita do Estado. O segundo, as 'atividades exclusivas do Estado', que seriam aqueles setores capazes de policiar, fiscalizar, definir políticas e outros; é que como o próprio nome sugeria seriam deveres do Estado. O terceiro núcleo seriam os 'serviços sociais e científicos', que a reforma considera que deveriam ser públicos, mas não prestados pelo Estado (até por que este já teria "comprovado" a sua ineficiência para isto). E, por fim, o quarto núcleo seriam aqueles destinados à 'produção de bens e serviços', que a Reforma do Estado sugeria que não fossem mais responsabilidade do Estado. (MATOS, 2009, p. 55)

No que concerne às privatizações, estas se configuraram na prática, conforme expressa Matos (2009, p.56), "como repasse, já que tais empresas foram vendidas, estrategicamente, desvalorizadas e com preços bem abaixo do mercado". Acerca do terceiro setor, referentes aos serviços sociais e científicos tratava-se de um ponto crucial da reforma do Estado.

Primeiro por que partia do aparente consenso de que o Estado é incapaz de executar estas políticas, ao mesmo tempo em que há uma valorização da ação não-governamental. Concretamente, aquilo que Atilio Borón (1996) tão bem já caracterizou: a 'satanização do Estado' e o 'endeusamento do mercado'. E segundo, por que sugeria a criação de OS's – Organizações Sociais ou OPNES – Organizações Públicas Não-Estatais. A reforma propunha que as atuais instituições públicas fossem transformadas em OS/OPNES, entidades de direito privado. Tais entidades seriam geridas por instituições sem fins lucrativos, com repasse de financiamento do governo para tal. Ao mesmo tempo, a reforma abria precedente para que estas OS/OPNES buscassem recursos próprios. Sobre as esferas de controle social, a dita reforma apenas apontava para a criação de conselhos curadores que não seriam nem paritários na sua composição nem teriam poderes deliberativos. (MATOS, 2009, p.56)

O projeto de reforma apresentado pelo então governo passou a ver as políticas sociais, dentre elas a política de saúde, como serviços de não exclusividade do Estado, e, assim sendo, estas, deveriam ser prestadas pelas Organizações Sociais. No sentido amplo, propôs-se uma redefinição do papel do Estado, partindo do princípio de que suas funções deveriam ser apenas de coordenar e financiar as políticas públicas e não mais de executá-las. Tal redefinição implicou na constatação de que nem tudo que é público é estatal, afirmando que o Estado deveria passar a socializar com a iniciativa privada a responsabilidade na diminuição das mazelas

provocadas pelo mercado. E ainda avaliou que “se o Estado não deixar de ser produtor de serviços, ainda que na área de políticas públicas sociais, para ser agente estimulador coordenador e financiador, ele não irá recuperar a poupança pública” (REZENDE, 1997). Assim, ao Estado competia apenas coordenar e financiar as políticas públicas, passando para o setor “público não estatal” a sua execução, seguindo a lógica do privado. Nota-se aqui um grande conflito, pois não se pode considerar público como sinônimo de estatal, e, portanto, usa-se recursos, recursos humanos, patrimônio e equipamentos públicos em uma gestão privada.

Nessa perspectiva, Soares (2010) afirma que

[...] cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado. O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e essa lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia de que independente dos interesses privados presentes na gestão pública esta sempre será pública, o que tem consequências drásticas para as práticas sociais no cotidiano do sistema. (SOARES, 2010, p. 86)

Nesse contexto, podemos observar que o recém-criado Sistema Único de Saúde - SUS, já a partir de 1990, passou a sofrer incontáveis ataques à sua consolidação e essência pelo ideário neoliberal do Estado brasileiro, que via uma saída para os “problemas” do Estado em uma política focalista, privatista, seletiva e descentralizada, pautada no sistema assistencialista, não tão distante.

Essas mudanças engendradas nas políticas sociais, a partir de 1990, guiadas pelo ideário neoliberal, impactaram fortemente a política de saúde e o menino SUS. Conforme ponderam Borges *et al.* (2012, p.54-55),

Na década de 90, o neoliberalismo personificou-se, no Brasil, com os governos dos presidentes Fernando Collor de Melo (1990 a 1992) e Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), com uma singela resistência do presidente Itamar Franco (1992 a 1994). Nesse tempo, foi postulada, aos quatro cantos do país, a impotência do governo em garantir políticas sociais, trazendo dúvidas sobre o papel do Estado, associado a uma postura econômica de austeridade fiscal, achatamento salarial e corte de gastos sociais. No final do governo Fernando Henrique, evidenciou-se a verdade sobre o neoliberalismo no Brasil com o colapso das contas externas, a estagnação da economia (crescimento de 1,3%, em 2001) e a escalada inflacionária (o IGP da Fundação Getúlio Vargas atingiu a taxa de 26,41%, em 2002). Esses foram os momentos mais críticos do SUS, em que, na sua infância, houve investidas pesadas neoliberais, as quais repercutiram na institucionalidade do sistema, tornando-o fragmentado,

mercantilizado e subfinanciado.

Assim, o projeto de reforma está ancorado em três eixos básicos: a privatização, a publicização e a terceirização. A privatização transfere para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, a exemplo das empresas estatais; a publicização atinge diretamente as políticas sociais; e a terceirização permite que Governo transfira a sua função de executor para o setor privado, através de contratos, serviços auxiliares ou de apoio. Em seu texto, o governo defendia uma flexibilização nos controles da sociedade sobre as ações do Poder Executivo, dizendo que “a Constituição de 1988 exagerou neste aspecto, retirando do executivo a capacidade de iniciativa”.

Para a implementação do Projeto de Reforma do Estado, o Governo propôs algumas Emendas constitucionais, utilizadas como estratégias, que foram consolidadas no documento chamado Propostas de Emenda Constitucional – quadro comparativo – elaborado pelo MARE. Neste documento, encontram-se as emendas de reformas públicas “EC nº19” e “das Políticas Sociais”, principalmente a Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social).

Nesse sentido, de forma sucinta, podemos afirmar que a reforma do Estado, legitimada pelo governo FHC, apontou para a diminuição do espaço público, a perda de direitos trabalhistas e sociais, o desmonte das políticas públicas entendidas como direitos dos cidadãos e dever do Estado, entre outros. Em vista disso, apresentou-se claramente como uma contrarreforma, com impacto negativo na desregulamentação da força de trabalho, com as privatizações e o ataque à seguridade social pública, sendo uma intenção em desenvolvimento com clara ideologia neoliberal. Para os trabalhadores - estatais ou não - a reforma apresentada pelo governo incluía a “polivalência ou multifuncionalidade e a consolidação da avaliação de desempenho como principal mecanismo para a concessão de incentivos e reajustes e diferenciação no interior das carreiras” (MARCH, 2011, p.180).

De acordo com Rezende (1997), uma das principais características desse Governo é também o fato de realizar um dos maiores ataques aos mecanismos de controle Jurídico, Institucional ou Social do Estado, pela influência patrimonialista, clientelista e fisiológica, que, durante a história republicana do Brasil, sempre se apropriou do Estado para satisfazer interesses próprios ou de grupos econômicos. Neste caso, as expressões mais utilizadas são: “flexibilização das relações de

trabalho", "flexibilização da constituição e das leis", "desburocratização", "autonomia", "eficiência", "qualidade", entre outros.

Na ótica de Bravo (2009), a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Nesse sentido, o setor de saúde experimenta fortes impactos dessa reforma. Dentre os quatro núcleos do Plano Diretor, mencionados anteriormente, os serviços de saúde se enquadram no terceiro núcleo *dos serviços sociais e científicos*, que não devem ser privatizados, mas também não cabem ser executados pelo Estado, assim, precisam ser transformados em Organizações Públicas Não Estatais (OPNES) ou Organizações Sociais (OS), que são entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que irão administrar com subsídios financeiros públicos. Dentro do plano, Bresser Pereira apresenta uma reforma direcionada ao setor de saúde, voltada para a assistência ambulatorial e hospitalar, apresentada no documento como uma das partes mais caras e fundamentais do SUS. Muitas são as normatizações dirigidas para o setor de saúde a partir de 1995, a exemplo da Norma Operacional Básica (NOB-96), da regulamentação dos planos e seguros de saúde e da regulamentação dos preços dos medicamentos.

Observa-se, ainda, que a proposta da contrarreforma na saúde tenciona “que os trabalhadores sejam os novos financiadores do capital através dos planos de saúde privados, com a despolitização da esfera pública e a defesa da solidariedade interclasses” (BRAVO; MATOS, 2012, p.216).

Ao adentrarmos aos anos 2000, com a chegada de um partido popular e de esquerda ao poder, reacendem-se as esperanças de que os ataques sofridos nas políticas sociais sejam interrompidos e revertidos, e que, finalmente, a política de saúde, que tão duramente sofreu ataques do ajuste neoliberal durante a década anterior e que foi conduzida por um caminho antidemocrático, fosse poupada e reestabelecida. A saúde pública vislumbrava, com sua afirmação enquanto direito, uma promessa de consolidação de suas diretrizes e princípios, conquistados constitucionalmente com muitas lutas.

Contudo, esta não é a realidade que podemos pautar acerca do governo de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010). Durante o governo Lula, percebe-se a conservação do plano econômico de FHC, baseado nos aspectos macroeconômicos

do antigo governo, como o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União – DRU; apostas na política de exportação, com base no agronegócio; o inesgotável pagamento dos juros, encargos e amortizações da dívida pública; entre outros.

As políticas sociais desenvolvidas durante o governo Lula, segundo Bravo (2007), estruturam-se em três eixos:

O primeiro é o Projeto Fome Zero, que ficou basicamente concentrado no programa bolsa família; o segundo, a contra-reforma da Previdência Social e o terceiro refere-se ao trato da equipe econômica aos recursos da seguridade social. (MARQUES; MENDES, 2005 *apud* BRAVO, 2007, p.134)

Por estarem subordinadas à estabilidade fiscal, as políticas sociais tem por consequência uma significativa redução de investimentos. Na política de saúde, esse processo não se diferenciou, mesmo sendo apontada no plano de Governo como uma política de direito fundamental, tal como é defendido na Constituição Federal de 1988. No que concerne ao acesso universal, equânime e integral, há claramente o descumprimento desses princípios e, como consequência, o enfraquecimento do Projeto de Reforma Sanitária na saúde.

Bravo (2009), ao analisar o primeiro mandato do governo Lula, identifica na política de saúde do governo duas dimensões: uma de inovação e outra de continuidade. De acordo com Matos (2009),

[...] como aspectos de *inovação*, a autora indica: o retorno da concepção de reforma sanitária; a escolha de profissionais comprometidos com a reforma sanitária para o segundo escalão; a redefinição da estrutura do Ministério da Saúde com a criação da secretaria de gestão do trabalho, da secretaria de gestão participativa e da secretaria de atenção à saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência em 2003 e a elaboração de um documento preliminar para discussão nas conferências preparatórias; a escolha da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Sobre os aspectos de *continuidade* aponta: a ênfase na precarização do trabalho em saúde; a focalização, expressa, por exemplo, na ênfase da Estratégia Saúde da Família, sem alterá-la significativamente, e no programa de farmácia popular; a terceirização dos recursos humanos, da qual a expressão cabal é o caso dos agentes comunitários de saúde; a ampliação do conceito de “ações de serviços de saúde” para gastos com saneamento e segurança alimentar; a utilização sistemática dos recursos da seguridade social para outros gastos; a falta de vontade de construir a seguridade social e o desfinanciamento da política de saúde. (MATOS, 2009, p.69-70, grifos do autor)

Na política de saúde do governo Lula também podemos observar a prevalência do ajuste econômico em detrimento da efetivação de políticas sociais públicas e universais. Outro dado relevante a ser mencionado, trata-se da rearticulação do movimento sanitário que, apesar de não ter sido desfeito por inteiro, estava recuado, na defensiva, resistindo aos ataques ao SUS. Para Matos (2009), a expressão disto foi a “Carta de Brasília”, resultante do “8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde”, realizado na Câmara dos Deputados em junho de 2005, que retomou temas estimados ao movimento sanitário.

De acordo com Bravo e Menezes (2007), em seu início de governo, o Ministério da Saúde mostra “como um dos desafios a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária”, mas ainda é evidente a disputa entre os projetos da Reforma Sanitária e o privatista. Ou seja, o governo ficou entre os dois projetos, dando ênfase em alguns aspectos para o primeiro projeto e em outros para o segundo. Aqui damos destaque para a escolha de profissionais comprometidos com a luta pela reforma para ocupar o segundo escalão do Ministério, as alterações na estrutura organizativa do Ministério da Saúde; a convocação da XII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e sua realização em dezembro de 2003 e a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do CNS, que poderiam até ser aspectos inovadores da política de saúde e capazes de viabilizar o primeiro projeto, se não fossem as ênfases na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para fortalecer a seguridade social, que servem como uma sucessão ininterrupta da política de saúde da década de 1990.

Em continuidade, cabe ressaltar que foi escolhido para Ministro da Saúde, no segundo governo Lula, um dos participantes que esteve presente na formulação do Projeto de Reforma Sanitária dos anos 1980, José Gomes Temporão⁴, professor da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, profissional historicamente

⁴O ministro Temporão trouxe para o debate questões polêmicas como a legalização do aborto, considerado como um problema de saúde pública; a ampliação das restrições à publicidade de bebidas alcoólicas e a necessidade de fiscalizar as farmácias, foram levadas ao debate com o atual ministro, entre outros. Mas, por outro lado, o ministro deixou de lado algumas questões centrais, como a concepção de Seguridade Social, a Política de Recursos Humanos e/ou Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e Saúde do Trabalhador. Ao contrário, apresenta proposições que são contrárias ao projeto de Reforma Sanitária, criado em 1970, como a criação de um novo modelo jurídico-institucional para a rede pública de hospitais, a criação das Fundações Estatais de Direito Privado. (MATOS, 2009, p.68)

vinculado ao movimento sanitário, ex-presidente do CEBES. Segundo Bravo e Menezes (2007 *apud* Matos, 2009), em seu discurso de posse, o ministro Temporão

[...] reconheceu a existência de uma tensão permanente entre o ideário da reforma sanitária e o projeto real em construção. Também se referiu aos aspectos culturais e ideológicos em disputa, como as propostas de redução do Estado, de individualização do risco, a negação da solidariedade e a banalização da violência. Mas, por outro lado, em seu discurso de posse nada referiu sobre as questões centrais do ideário da reforma sanitária em suas origens, sobre a concepção de seguridade social, sobre a saúde do trabalhador e sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde. (BRAVO; MENEZES, 2007, p.18 *apud* MATOS, 2009, p.70)

Todavia, a mais cabal demonstração de afirmação da contrarreforma da saúde expressa no governo Lula trata-se da regulamentação das Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão das instituições públicas de saúde, dentro da gestão no Ministério da Saúde de Temporão, um modelo aprimorado aos anteriores, que aprofunda as privatizações das políticas sociais, valendo-se dos recursos públicos em um setor público não estatal.

2.2 Fundações Estatais de Direito Privado

As Fundações Estatais de Direito Privado foram criadas através do Projeto de Lei Complementar 92/2007, apresentado ao Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, em 13/07/2007, que propõe regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, para definir as áreas de atuação de fundações, instituições fundadas pelo poder público.

Mediante lei específica, poderá ser instituída ou autorizada a instituição de fundação sem fins lucrativos, integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito público ou privado, e, somente direito privado, para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva do Estado, nas seguintes áreas: saúde, incluindo os hospitais universitários [...], assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social e promoção do turismo nacional. (BRAVO; MENEZES, 2007, p.38)

Tal iniciativa tenciona que o poder público institua Fundações Estatais com personalidade jurídica de direito privado em diferentes áreas consideradas de

atividade estatal, mas não exclusivas do Estado. Segundo Matos,

[...] na proposta original são elencadas as seguintes áreas: saúde; assistência social; cultura; desporto; ciência e tecnologia; meio ambiente; previdência complementar do servidor público; comunicação social e promoção do turismo nacional. Mesmo que caso seja aprovada a proposta e se estenda para várias áreas, é na saúde que esse debate tem sido feito, sobretudo por que foi dessa política setorial que emergiu a proposta de regulamentação das fundações. Nesse caso é a transformação, inicialmente dos serviços de saúde, notadamente os hospitais, em fundações. A proposta da criação das fundações parte, de fato, do principal argumento para a reforma do Estado apregoada pelo governo de FHC e revisitada pelo atual governo, que é a ineficácia do Estado, sendo razões centrais para isso a estabilidade dos servidores públicos, a burocracia, que dificultaria a agilidade na gestão (tanto para compra de insumos e materiais, como para poder demitir funcionários) e a necessidade de um melhor gerenciamento. (MATOS, 2009, p. 77)

Isso significa o repasse da gestão das políticas públicas para o setor privado por meio da transferência de recursos públicos, de instalações públicas e de pessoal. O argumento basilar usado como justificativa para esse processo de privatização é a crise da gestão dos hospitais federais, principalmente os do Rio de Janeiro.

Sob a ótica do governo, as Fundações Estatais de Direito Privado são um novo modelo de descentralização administrativa, introduzida na administração pública indireta contíguo às empresas públicas e sociedades de economia mista, que se sujeitam ao controle estatal de forma que os desígnios do ente público sejam cumpridos. O compromisso atrelado a este modelo defende que o novo modelo jurídico possui potencial de aperfeiçoamento da gestão dos serviços públicos, aperfeiçoando o atendimento do Estado, prioritariamente, nas áreas sociais.

A proposta da instituição de fundações estatais visaria substituir o tal modelo de terceirização. Entidades públicas dotadas de maior agilidade de gestão tomariam o lugar das organizações não-governamentais na gestão de estruturas públicas do SUS. As fundações estatais permitiriam, pois, uma retomada pelo Poder Público da prestação direta dos serviços de saúde do SUS, em contraponto à fase de privatização que vigorou na década passada. (WEICHERT, 2009, p.84)

Ao compararmos o modelo da Fundação Estatal de Direito Privado com outras entidades da sociedade civil, que estabelecem relação de parceria e fomento com o Estado, a exemplo das OS e OSCIPs, entre outros, encontramos alguns

aspectos de diferenciação na sua introdução na administração pública indireta, e, conseqüentemente, em sua submissão aos princípios da administração pública.

Segundo Granemann (2007), uma vez diagnosticados os problemas, o que se propõe é a resolução dos mesmos através das reformas de gestão. É certo que são necessárias reformas físicas nos estabelecimentos públicos, porém, há um equívoco ao acreditar que a expansão e a melhoria dos serviços de saúde se reduzam à gestão. Em suma, para esse diagnóstico, a ineficiência e alto custo são resultados da burocracia presente na legislação em relação ao processo de compras públicas e ao contrato de trabalho. As diversas soluções para os problemas relacionados às compras no Estado brasileiro são vastamente conhecidas, sendo datadas desde 1995:

Soluções gerenciais e administrativas para um problema social, de classe social; produzidos pela miséria, milhões de doentes agonizam em hospitais públicos. O propalado equacionamento do problema transmuta a questão social em habilidades gerenciais. Constrói-se outro ente jurídico para acelerar a resolução dos problemas pela flexibilização das regras e das formas de contratação dos trabalhadores. (GRANEMANN, 2007b, p.33)

Destarte, esse projeto não surge aleatoriamente no Brasil. Em 13 de julho de 2007, é enviado para o Congresso Nacional, pelo Poder Executivo, o Projeto de Lei Complementar 92/2007⁵ que concebe as Fundações Estatais de Direito Privado. Dessa forma,

O poder público poderá instituir fundações estatais com personalidade jurídica de direito privado para o desenvolvimento de atividades que não tenham fins lucrativos, não sejam exclusivas do Estado e não exijam o exercício do poder de autoridade, em áreas como assistência social, saúde, ciência e tecnologia, meio ambiente, cultura, desporto e previdência complementar do servidor público [...]. (MPOG, 2007, p.12).

Ressalta-se, portanto, que a base legal do projeto de Fundação Estatal está inscrita na Constituição Federal, na EC 19/98 – art. 37 – inciso XIX, e algumas de suas principais características dizem respeito a constituir-se como:

⁵Este Projeto de Lei Complementar visa regulamentar o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal. Esta Emenda Constitucional, determinou que as entidades de administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em razão de sua finalidade e de sua competência. A regulamentação deste artigo foi o ponto favorável que permitiu ao governo e seus aliados a realização das contrarreformas do Estado de interesse do capital, por meio das fundações estatais (GRANEMANN, 2007, p.44).

- a) entidade pública sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, a ser instituída pelo Poder Público;
- b) modalidade de descentralização administrativa, inserida na Administração Pública indireta, ao lado das empresas públicas e sociedades de economia mista;
- c) possuindo flexibilidade, autonomia gerencial, orçamentária e financeira, além de prever a possibilidade de patrimônio e receitas próprias;
- d) sistema de governança estatal público e colegiado, onde o processo decisório se mantém dentro do espaço público;
- e) sujeita à supervisão de órgão ou entidade de direito público ao qual se acha legalmente vinculada, apesar de não se subordinar hierarquicamente a qualquer autoridade pública;
- f) fiscalizada pelos órgãos de controle interno e externo da Administração Pública;
- g) subordinada às regras públicas de licitação e contratos;
- h) receitas constituídas pelas rendas da prestação de serviços ao Poder Público e desenvolvimento das atividades e doações;
- i) obrigada a contratar via concurso público, com regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), garantindo plano de carreira, empregos e salários próprios para seus trabalhadores e acordo coletivo de trabalho.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) posicionou-se contra o Projeto de Lei das Fundações Estatais, argumentando a não inserção da entidade no debate do referido projeto, como consta na LOS (CNS, 2007). No informativo, lançado em novembro de 2007, o CNS pontuava a necessidade de ampliação do debate com a sociedade civil organizada e se colocava de forma contrária a outras formas de parcerias do Estado com setores privados que viessem a considerar uma incompetência do Estado em gerir e/ou administrar estabelecimentos de saúde, sendo necessário que alguma entidade externa à organização do Estado o faça.

A criação das fundações estatais de direito privado é apresentada como a única solução possível para garantir a viabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, uma leitura mais atenta da legislação vigente deixa claro que o caminho da superação dos gargalos à implementação do SUS já está apontado. O que se faz urgente é um novo direcionamento das políticas de saúde. (CNS, 2007, p.04)

A centralidade da proposta das Fundações é o contrato de gestão e, neste sentido, as instâncias centrais de gestão do SUS “coordenarão as fundações”. O papel do Estado nas Fundações deixará de ser executor direto dos serviços para, somente, repassar os recursos públicos para os setores que não serão exclusivos do Estado.

De acordo com Granemann (2007 *apud* MATOS, 2009), existem várias questões problemáticas nessa proposição:

[...] a contratação dos servidores seria por meio de concurso, mas via CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) e não mais pelo RJU (Regime Jurídico Único), consagrado como o modelo único de contratação para os servidores públicos pela Constituição Federal de 1988; não está ainda devidamente claro, mas supõe-se que a remuneração dos trabalhadores estará subordinada ao contrato de gestão que cada fundação firmar com o Estado e com agentes do mercado; cada fundação terá seu próprio plano de carreira, empregos e salários e isso, por consequência, fragilizará a organização dos trabalhadores; as fundações receberiam subsídios públicos, mas não contribuiriam para a formação do fundo público; um inexistente controle social, com a criação de conselhos 'moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas', como 'conselho curador, diretoria-executiva, conselho fiscal e conselho consultivo social'. Se fala em sociedade civil apenas na composição do conselho consultivo social. (GRANEMANN, 2007 *apud* MATOS 2009, p.77-78)

O projeto de Fundações representa uma das grandes contrarreformas de Estado brasileiro, pois atinge precisamente o capítulo da constituição referente às políticas públicas, que são as áreas centrais que viabilizam a população os direitos garantidos legalmente e que foram resultados de árduas lutas diárias. As Fundações Estatais de Direito Privado evidenciam o mínimo para o trabalho e o máximo para o capital; elas não serão obrigadas a contribuir para a formação do fundo público responsável pela política social, que é o que dá suporte aos direitos e à proteção social da força de trabalho.

Embora submetidos a concursos, os trabalhadores não terão mais estabilidade no emprego, pois o regime jurídico que vai gerir o contrato de trabalho é a CLT. Além disso, essas Fundações Estatais restringem (se não acabam) o Controle Social; esse projeto substituirá o Controle Social, fruto de reivindicações da sociedade civil articulada e "tão caro aos princípios fundamentais do SUS, por conselhos moldados nas grandes empresas capitalistas" (GRANEMANN, 2007). O Controle Social passa a ser gerido por um conselho administrativo. Certamente, dentro desse conselho, não existe espaço para o Controle Social, tendo em vista que já é difícil esse controle na esfera do Estado.

Uma reforma do Estado pode ampliar direito dos trabalhadores ou atender às exigências da reprodução do capital, sendo, nessa segunda hipótese, uma contrarreforma do Estado. Nessa direção, ao analisar os documentos produzidos pelo governo, sob o Projeto Fundação Estatal, constatamos a identificação com os argumentos apresentados por Bresser Pereira na contrarreforma estatal em 1995.

O Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado menciona seu objetivo de regulamentar a Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998, conhecida como a emenda da contrarreforma do Estado brasileiro, realizada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso. A Emenda Constitucional nº 19/98, em seu artigo 26, conforme o invocam os autores do Projeto Fundação Estatal, definiu que as entidades de administração indireta deveriam rever seus estatutos quanto à natureza jurídica em razão de sua finalidade e de sua competência. A 'necessidade' de regulamentação desse artigo oportunizou ao governo e seus aliados a 'brecha' para a realização das contrarreformas do Estado de interesse do capital, sob a forma de fundações estatais (GRANEMANN, 2007, p.44).

Matos (2009) apresenta trechos da carta de manifestação da CEBES, em 11 de abril de 2008, direcionada para o deputado Pepe Vargas, na gestão da então presidente professora Sônia Fleury, na qual apresenta importantes reflexões, parte da citação:

A discussão sobre as Fundações Estatais foi sempre limitada por que não se propôs a desenhar uma Reforma do Estado nem mesmo no setor saúde. Precisamos pensar em instrumentos que, mais além de respostas à crise conjuntural, sejam estruturantes de uma reforma democrática do Estado, o que, no caso do setor saúde, significa fortalecer o SUS e garantir sua organicidade e integração sistêmica para assegurar a centralidade do cidadão usuário. O projeto das Fundações Estatais pretende dar resposta a muitas de nossas indagações e por isto vemos muitos pontos positivos nesta proposta. No entanto, seguem obscuros outros tantos pontos, tais como: (i) como será efetivado o exercício do controle social no âmbito das Fundações; (ii) as vantagens e os riscos associados à contratação com base na CLT e à adoção de planos de cargos e salários próprios para os funcionários das Fundações; (iii) a ausência de garantias de que as relações contratuais entre as Fundações e o contrato de gestão sejam firmadas sob a lógica da coordenação sistêmica do SUS e que, também, sejam publicizadas (transparentes); (iv) a falta de garantias de que a aplicação de recursos para a instalação e o funcionamento das Fundações Estatais não resultará na subtração de recursos hoje alocados na realização de outras ações de saúde. A nosso ver, o enfrentamento desses pontos requer o aprofundamento do debate em relação a um projeto integral de reforma da gestão setorial". (CEBES, 2008 *apud* MATOS, 2009, p.78-79).

Para Granemann (2007, p.48), "o fetiche da gestão, da técnica autônoma dos processos sociais e das lutas sociais é uma forma que embala e envolve a fundação estatal; forma ilusória para criar a relação com o mercado e de mercado nas políticas sociais". Esses projetos que visam mudanças no modelo de gestão das políticas sociais estão em consonância com as imposições dos agentes financeiros internacionais que, ao argumentarem uma ineficiência do setor público, buscam introduzir meios privatizantes na esfera pública com o objetivo de expandir a acumulação do capital financeiro internacional, sempre em detrimento de políticas públicas universais.

Como resultado, tem-se uma continuidade nos ataques à política de saúde, um retrocesso no SUS dentro desse contexto. A realidade nos mostra uma prática voltada para os interesses do capital, com uma política de forte cunho neoliberal, com a desregulamentação da política pública e dos direitos sociais e trabalhistas.

É notório que o setor de saúde, historicamente, vem crescendo e vivenciando resultados engrandecedores, cabe aqui evidenciar as conquistas advindas da implantação do SUS, que trouxe mudanças na organização das práticas e dos serviços de saúde, na gestão em saúde, e, também, na gestão de recursos humanos, representando para a história da saúde pública brasileira uma inovação, tanto no que diz respeito ao setor da política de saúde, quanto na macropolítica de reforma do Estado.

Todavia, são cada vez mais nítidos os grandes desafios para a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária, e da integralidade, universalização, equidade, e intersectorialidade do SUS, como também do controle social, já que os ataques são constantes e cada vez mais fortes. O desmonte do SUS está cada dia mais iminente, o processo de precarização do trabalho está consolidado, o viés da política de saúde voltado para uma política focalista, desregulamentada, seletiva, e desfinanciada está posto.

Cabe aqui aludir que a estruturação dos novos modelos de gestão no SUS, propostos pelos governos FHC e aprofundados no governo Lula,

[...] além de se tornarem contraditórios aos princípios e diretrizes propostos desde a construção do Movimento de Reforma Sanitária, possibilitam a maximização dos lucros do capital privado e incidem sobre as formas de contratação e, conseqüentemente, nos processos de trabalho de vários profissionais que atuam nas unidades de saúde, entre estes, assistentes sociais. (BESERRA; SCHMALLER, 2016, p.70)

Observa-se que a disputa dos dois projetos em evidência, o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária, continua tensionado dentro da esfera da política de saúde com mais força do que no início da década de 1990, trazendo conseqüências diretas para o trabalhador, inclusive, para o Assistente Social que, assim como todo trabalhador assalariado, recebe os impactos de tais mudanças. Considerando que, sob a influência da contrarreforma e dos novos modelos de gestão propostos por ela, com ênfase aqui para as Fundações Estatais de Direito Privado, acarretam mudanças significativas para os processos de trabalho em saúde e,

consequentemente, para a realidade do exercício profissional das várias categorias que tem sua prática profissional neste espaço, entre elas os assistentes sociais.

Podemos destacar alguns pontos apresentados por essa nova racionalidade, que se baseia no produtivismo excessivo, no atendimento que visa quantidade em detrimento da qualidade e na expansão de preenchimento de vagas. Para a classe trabalhadora, esse novo modelo se efetiva em aumento de demandas, flexibilização/terceirização/precarização do trabalho, perda de direitos trabalhistas, altas jornadas de trabalho e baixos salários, diminuição de concursos públicos e ingresso no serviço público por processo simplificado, rotatividade profissional, aumento das demandas institucionais, rotatividade profissional, entre outros. Os assistentes sociais, enquanto trabalhadores assalariados, inseridos no campo da saúde, não estão isentos dos impactos das imposições do projeto neoliberal aos novos rebatimentos da contrarreforma da saúde, aqui materializados pelas FEDP.

A análise elencada anteriormente serve como base para a percepção de que as contrarreformas estatais, em nível local, não podem ser analisadas e estudadas sem a interlocução com a macropolítica e com os acontecimentos históricos, em nível mundial. Assim, com base nessa análise, poderemos compreender o corolário da Fundação Hospitalar de Sergipe, a partir da realidade do HUSE e sua constituição enquanto uma contrarreforma estatal, dentro da lógica das Fundações Estatais, visto que esta foi adotada pelo governo de Sergipe como a parte do Estado responsável pelos cuidados da produção dos serviços em saúde. Todavia, para melhor entender como o modelo gerencial implantado pela Fundação Hospitalar de Saúde no HUSE vem incidindo no trabalho dos assistentes sociais, vamos primeiramente aprofundar nossas discussões no trabalho em saúde, bem como no processo de trabalho em que se insere o assistente social.

CAPÍTULO 3 – O trabalho nos serviços de saúde e os processos de trabalho em que se insere o assistente social

3.1 O trabalho em serviços

Conforme Iamamoto e Carvalho (2006), a expansão dos serviços sociais no século XX está relacionada ao desenvolvimento da noção de cidadania. Assim, os autores conceituam os serviços sociais como uma forma transfigurada de parcela de valor criado pelos trabalhadores e apropriado pelos capitalistas e pelo Estado, que é devolvido à sociedade sobre a forma transformada de serviços sociais. Estes serviços, por um lado, favorecem os trabalhadores, como resultado de suas próprias conquistas, mas, por outro lado, passam a se constituir em um dos instrumentos políticos de reforço do poder da classe capitalista.

[...] se tais serviços, de um lado, favorecem os trabalhadores, como resultante de suas próprias conquistas no sentido de suprir necessidades básicas de sobrevivência nessa sociedade, por outro lado, sua implementação, ao ser mediatizada e gerida pela classe capitalista, passa a se constituir em um dos instrumentos políticos de reforço do seu poder, face ao conjunto da sociedade. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p.93)

Tal expansão dos serviços sociais apresenta uma relação intrínseca com o advento da política social pública, que, de acordo com Netto (2001), apenas tornou-se possível com a emergência do capitalismo monopolista. Conforme o autor, neste período, o Estado burguês buscou administrar as expressões da questão social através da política social, com o intuito de manter a ordem monopólica. A intervenção do Estado, neste período, se deu através do sistema de previdência social (aposentadoria e pensão), das políticas educacionais, dos programas de qualificação técnica científica e das políticas setoriais (reformas urbanas, habitação, saneamento básico etc.). Além disso, também se pode constatar uma maior organização da área da saúde e, por decorrência disso, o crescimento dos serviços de saúde.

Sobre a expansão e diversificação do setor de serviços, Costa (1998, p.98) aponta que este

[...] ao mesmo tempo [que] imprime novas características ao trabalho, também expressa a dinâmica da atual recomposição do capital que modifica demarcações tradicionalmente reconhecidas entre os setores industriais, financeiros, comerciais e de serviços.

No início do século XX, tanto o trabalho no setor industrial como o trabalho no setor de serviços sofreram influência dos resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, fundamentados nas formulações de Taylor que começam a ser difundidas neste período.

Surgem estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registros das quantidades de trabalho desempenhado, rotinizações, reorganização física dos ambientes de trabalho para diminuição dos tempos gastos sem produção, etc. Para aumentar a produtividade, expande-se a divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção. Com o aumento do fluxo de trabalho e a aplicação de novos métodos de gerência, o processo é dividido em operações mínimas, e os trabalhadores perdem a compreensão da totalidade do processo de trabalho. O tempo empregado na atividade está sob constante exame e controle. O trabalho pensante fica restrito a um pequeno grupo, esperando-se da maioria a execução das atividades delegadas de cunho manual (RIBEIRO *et al.*, 2004, p.439).

Ribeiro *et al.* (2004) coloca que diversos autores apontam para o conjunto de atividades que não estão diretamente envolvidas na produção industrial e que não estão no setor primário da economia que vem crescendo, gradativamente, desde a Revolução Industrial. Neste contexto, fica claro que esse conjunto de atividades faz referência ao denominado setor de serviços. Muitas dessas atividades, que antes eram desenvolvidas na esfera da empresa, passam a ser realizadas por serviços especializados fora dela. E, igualmente, vê-se crescer o conjunto de atividades comerciais, de serviços de educação, de saúde, de segurança pública, dentre outros.

De acordo com Braverman (1981 *apud* RIBEIRO *et al.*, 2004, p.439), mesmo com o desenvolvimento do setor de serviços, “a tendência não é de ampliação de uma outra racionalidade diferente da encontrada no trabalho industrial”. Segundo o autor, esse grupo de trabalhadores possui alguns privilégios em relação ao proletariado industrial, mas a sua relação com o capital continua sendo de subordinação.

Ribeiro *et al.* (2004) ilustram o pensamento de Braverman acerca destes trabalhadores:

[...] essas 'camadas médias de emprego' incluem, dentre outros, trabalhadores especializados como engenheiros, enfermeiros, técnicos, empregados de vendas, da administração financeira e organizacional e assemelhados. Os trabalhadores deste extrato estão submetidos a variadas condições de trabalho e o excedente de mão-de-obra permite não só a diminuição dos salários, como também a piora das condições de trabalho. (RIBEIRO *et al.*, 2004, p.439, grifos do autor)

Sabe-se que o setor de serviços possui incontáveis peculiaridades, dentre as quais podemos indicar as atividades relacionadas às práticas desenvolvidas por assistentes sociais, médicos, enfermeiras, psicólogos, entre outros. Tais atividades, em geral, compreendem particularidades eminentemente humanas, como é o caso do saber dos profissionais anteriormente citados. Assim, podemos constatar que um dos atributos identificados no setor de serviços se baseia na qualificação do trabalhador, que é imprescindível para a execução da atividade na área.

De acordo com Tristão (2007), os serviços cumprem variadas funções no modo de produção capitalista, a exemplo da contribuição na venda do produto, realizando ou auxiliando na produção da mais-valia. Muitos são os serviços que colaboram para a venda das mercadorias e, conseqüentemente, para a reprodução do capital, considerando que é através da venda das mercadorias, vale ressaltar, produzidas pelos proletários, que os capitalistas se apropriam da mais-valia, tornando esses serviços vitais para o sistema vigente. A autora ressalta ainda a movimentação da mais-valia social e, ainda, a reprodução das relações sociais baseada nos princípios capitalistas da propriedade privada, sendo esta última uma função política e econômica. Política, no sentido de que alguns serviços contribuem para difundir a ideologia burguesa diante da classe trabalhadora, e econômica, pelo fato de que os serviços produtivos, através da produção da mais-valia, reproduzem o capital, que, por sua vez, é regido pelo trabalho abstrato.

No capitalismo, as atividades de serviços podem ser classificadas como improdutivas ou produtivas, categorias discutidas no capítulo anterior. A prestação dos serviços improdutivos, mesmo sendo conduzida pelo trabalho assalariado, não produz mais-valia, pois realiza uma troca de trabalho por dinheiro e não por capital. Esses serviços, apesar de serem essenciais para a manutenção do capitalismo, não criam diretamente valor, são utilizados como valor de uso. E, com isso, podemos observar que, apesar de possuir características peculiares, o setor de serviços, no âmbito do modo de produção capitalista, pode se configurar como produtivo ou

improdutivo, e que, a partir de sua expansão no capitalismo monopolista, tornou-se imprescindível para a reprodução do capital.

Com a expansão do capitalismo monopolista e o crescimento das forças produtivas, emergem novas necessidades para os homens, as quais são integradas pelo capital como um meio para alcançar mais lucro durante sua execução através dos serviços. Nessa conjuntura que a atividade de serviços se expande,

Com o crescimento dos serviços, alteram-se não apenas as fronteiras da divisão social e técnica do trabalho, especialmente aquelas que dizem respeito às fronteiras existentes entre os serviços de consumo privado e coletivo, entre os serviços de consumo, de produção e de circulação, mas, essencialmente a função que têm os serviços no processo de acumulação capitalista, na realidade atual. (COSTA, 1998, p.101)

No final do século XX, como mostra Antunes (2009), o setor de serviços passa por diversas mudanças. Conforme o autor, o processo de reestruturação produtiva, discutido anteriormente, aliado ao neoliberalismo e às privatizações, resultou na integração pelo setor de serviços de uma fração de trabalhadores não absorvidos pelo trabalho das indústrias, desencadeando uma redução da classe operária tradicional. Contudo, faz-se necessário elucidar que essa crescente expansão do setor de serviços não o torna independente do trabalho nas indústrias,

Pois não se trata de setores com acumulação de capital autônomo; ao contrário, o setor de serviços permanece dependente da acumulação industrial propriamente dita e, com isso, da capacidade das indústrias correspondentes de realizar mais-valia nos mercados mundiais. Somente quando essa capacidade se mantém para toda economia nacional em conjunto, os serviços industriais e não-industriais (relativo a pessoas) podem sobreviver, e expandir-se. (KURZ, 1992, p.209 *apud* ANTUNES, 2005, p.55)

Ainda de acordo com este autor, a grande absorção pelo setor de serviços da parcela de trabalhadores expulsa das indústrias culminou em uma maior submissão deste setor à lógica capitalista, em consequência às suas mutações organizacionais, tecnológicas e de gestão. Como exemplo, “podemos lembrar a enorme redução, nos anos 1990, do contingente de trabalhadores bancários no Brasil em função da reestruturação do setor, ou ainda, a redução daqueles serviços públicos que foram privatizados, gerando enorme desemprego” (ANTUNES, 2003, p.232).

De acordo com Costa (1998), as atividades de serviços passam a integrar o processo de acumulação, assumindo destaque nas transformações societárias,

como a reestruturação produtiva e a globalização da economia. E, nesse contexto, o setor de serviços torna-se suscetível aos redirecionamentos do processo de acumulação, que “modificam as relações entre os diversos capitais, entre as esferas da produção, distribuição e circulação e os requerimentos e mecanismos necessários à reprodução da força de trabalho” (COSTA, 1998, p.98).

Costa (1998) acredita que foram essas mudanças que direcionaram alguns cientistas sociais a defender a tese do fim da centralidade do trabalho na determinação da sociedade capitalista. As afirmações se baseiam, entre outras, no crescimento dos serviços e/ou integração de algumas de suas características nos processos produtivos.

Schütz e Miotto (2012) abordam os argumentos de Offe (1989) acerca dessa questão. As autoras colocam que, para Offe (1989), a categoria trabalho não seria apropriada para esclarecer o funcionamento da sociedade, entre os argumentos elencados por ele está a questão da expansão do trabalho assalariado, que, para Offe, é acompanhada de sua diferenciação interna.

Para o autor a homogeneidade é fundamentada em cinco aspectos: 1) dependência da força de trabalho em relação ao salário; 2) subordinação ao controle de autoridades; 3) risco de interrupção do trabalho por motivos diversos (exemplo. Doença); 4) unificação da força de trabalho através das associações de classes (como sindicatos); e 5) o orgulho coletivo, pertencente à ideia de que trabalho produz riqueza e cultura. (SCHÜTZ; MIOTO, 2012, p.89)

As autoras descrevem que, para Offe (1989), essas características unificadoras do trabalho não conseguem se sustentar pela diversificação do mundo do trabalho, ressaltando a distinção entre os modelos de trabalho das produtoras de bens para as geradoras de serviços. Assim, o aumento no setor de serviços, para o citado autor,

[...] indica problemas de escassez e de eficiência, determinantes da racionalidade da produção industrial de bens, se confrontam com problemas de ordenamento e normatização que não podem ser adequadamente processados com os meios de superação técnica e econômica da escassez, estando pelo contrário sujeitos a uma racionalidade própria do trabalho em serviços. Uma característica essencial daquele trabalho reflexivo em serviços me parece consistir em que ele mesmo elabora e mantém o próprio trabalho, e produz a produção mental e organizatoriamente. (OFFE, 1989, p.22-23 *apud* SCHÜTZ; MIOTO, 2012, p.89)

Na ótica de Offe (1989 *apud* SCHÜTZ; MIOTO, 2012), o setor de serviços possui aspectos de difícil previsibilidades e controle, além de serem ausentes as referências que captam quantitativamente a utilidade desenvolvida pelo serviço. Mediante o exposto, as autoras refutam a perspectiva de Offe, ao colocarem que a expansão do setor de serviços não representa o fim da centralidade do trabalho, pois, ambos os trabalhos, o de serviços e o da produção de bens, resguardando suas especificidades, tem como semelhança a relação assalariada ou a mercantilização da força de trabalho, indicando, portanto, uma “generalização da relação de venda da força de trabalho e a conseqüente incorporação do setor de serviços à lógica de acumulação.” (OFFE, 1989 *apud* SCHÜTZ; MIOTO, 2012, p.90).

Salienta-se que as novas necessidades sociais proporcionam a utilidade dos serviços, que cada vez mais são apropriados pelo capital, assumindo a função de contribuir na formação de condições de produção que incentivam o consumo de mercadorias. Desse modo,

[...] a expansão dos serviços não se confunde com a emergência de uma nova forma de organização social da produção e do trabalho. A proeminência dos serviços está longe de representar uma “sociedade pós-industrial; ela representa um movimento de expansão e centralização do capital que penetra em todos os setores da vida social. (MANDEL, 1982, p.272 *apud* CAVALCANTE; PRÉDES, 2010, p.09)

A expansão dos serviços também passa pelos impactos das mudanças organizacionais, tecnológicas e de gestão, que regulam os distintos processos produtivos à racionalidade do capital e à lógica do mercado. Entende-se, assim, que esse crescimento ocupa um papel de relevância no modo de produção, pois responde às exigências de acumulação do capitalismo contemporâneo.

O setor de serviços, apesar da imensa diversidade de atividades, de formas de produzir e de lógica organizacional, é parte da totalidade sócio- histórica e modifica a sua organização e processo de trabalho no conjunto da dinâmica social que provoca mudanças na produção material industrial. Foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, e, também, está sendo influenciado pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva. (PIRES, 2000, p.253)

Ou seja, como o progresso desse setor, transfiguram-se não somente os limites da divisão social e técnica do trabalho, como a função dos serviços na acumulação. O que se constata é o uso do setor de serviços pelos capitalistas, com

o intuito de aumentar sua acumulação, realizando, para isso, uma fusão de novas atividades de serviços com as tradicionais. Desse modo,

As mudanças no processo de produção mobilizam novas formas de combinação entre os trabalhos dos assalariados dos serviços e daqueles inseridos na produção material, originando uma nova composição do trabalhador coletivo e novas formas de cooperação. Assim, atualmente, novas atividades do setor de serviços estão combinadas com serviços tradicionais e com as novas formas de produção material. (COSTA, 1998, p.99)

Desse modo, a expansão do setor de serviços altera a sua própria forma de ser, crescendo dos serviços pessoais para os serviços coletivos, tendo em vista o aumento das necessidades coletivas, como saúde, educação, previdência, moradia, entre outros, com o intuito de avolumar as necessidades de reprodução do capital, ampliando a oferta de serviços sociais, que são respostas às necessidades de reprodução do capital e do trabalho.

Em suma, a expansão do setor de serviços não indica o fim da sociedade do trabalho, mas sim um novo modo do capital introduzir-se em outro setor da sociedade e garantir sua reprodução. Para isso, novas profissões são necessárias para operacionalizar o setor de serviços, no núcleo da divisão social do trabalho, dentre elas o assistente social.

Após essas considerações a respeito dos serviços, identificamos sua expansão a partir do capitalismo monopolista e constatamos que este, dentre outras características, não possui um produto separado do seu produtor e pode se configurar como produtivo e improdutivo. Constatamos ainda que as semelhanças entre o proletariado e os trabalhadores do setor de serviços se expressam em sua condição de trabalhador assalariado. E, por fim, também foi possível visualizar que a saúde se caracteriza como um dos serviços sociais.

3.2 O trabalho em saúde

A partir da compreensão da categoria trabalho e das mutações ocorridas na contemporaneidade, faz-se necessário o debate de trabalho no âmbito da saúde, uma vez que este passa pela influência tecnicista e por ser indispensável para o

entendimento acerca das mudanças contemporâneas. No campo da saúde, o trabalho integra o setor de serviços e é estabelecido como essencial à vida dos homens, situando-se na esfera de produção não material. O trabalho em saúde se completa no ato de sua realização, pois seu produto é indissociável do seu processo de produção, ele é a própria realização da atividade.

De acordo com Borges (2009), as transformações em curso, que reincidentem sobre o trabalho em saúde nos últimos séculos, advêm de sua construção enquanto um campo de práticas e técnicas aceitas pela sociedade. “É factual que esses novos modelos produtivos apontam para um novo perfil de qualificação dos trabalhadores que exigem deles um conjunto de habilidades, competência capaz de imprimir um novo tipo de saber” (BORGES, 2009, p.50).

Partimos do entendimento que o processo de reestruturação do capital, discutido anteriormente, possui um papel essencial ao uso da tecnologia e ciência, como meio de ampliação do seu processo de acumulação, além de atuar como justificativa de redução do trabalho vivo e de flexibilização da produção.

Ao abordar essa discussão, Amaral (2008, p. 48) coloca a tecnologia e a ciência como “expressão do processo de desvalorização da força de trabalho” e identifica as forças produtivas como “mero resultado da aplicação das tecnologias e cujos avanços decorrentes do seu uso para a sociedade são um atributo inerente às forças do capital” (AMARAL, 2008, p. 49). Além disso, define capital morto como uso da tecnologia, e o capital vivo, na substituição de trabalhadores, como meio de resolução da crise do capital.

Entendemos, assim, que o processo do trabalho em saúde é moldado pela acumulação capitalista, submetendo-se à sua lógica, finalidades e meios, e que, presumivelmente, são desconhecidas dos trabalhadores. E, neste sentido, os processos de trabalho em saúde, ao concentrar os processos decisórios, bem como os políticos, e a fragmentação do trabalho, acabam por conduzir os profissionais “à alienação e à desresponsabilização em relação aos resultados finais”. (CASTRO; OLIVEIRA, 2001, p.31)

Em sua análise, Amaral (2008) recorre a Marx para explicar como o capital se utiliza da força produtiva para eliminar politicamente a força do trabalho vivo que, nesse processo, é utilizado como forma de valorização do capital.

[...] o processo de trabalho propriamente dito, apresenta-se só como meio do processo de valorização, tal como o valor de uso do produto aparece apenas como portador do seu valor de troca. A autovalorização do capital – a criação da mais valia – é, pois, objetivo determinante, predominante e avassalador do capitalista, impulso e conteúdo absoluto das suas ações; na realidade não é outra coisa senão o afã e a finalidade racionalizados do entesourador. (MARX, s/d, p.56 *apud* AMARAL, 2008, p.50)

Nota-se, portanto, uma inversão de papéis na relação entre trabalhador e capital, de modo que o trabalhador passa a ser de controle do capitalista.

Não é o operário que emprega os meios de produção, são os meios de produção que empregam o operário. Não é o trabalho vivo que se realiza no trabalho material como seu órgão objetivo; é o trabalho material que se conserva e se acrescenta pela sucção do trabalho vivo, graças ao qual se converte num valor que se valoriza, em capital, e funciona como tal. Os meios de produção aparecem já unicamente como sorvedouros do maior quantum possível de trabalho vivo. (MARX, s/d, p.53-54 *apud* AMARAL, 2008, p.50)

Em seu estudo sobre o trabalho em saúde, Merhy (2002) traz a conceituação marxista sobre trabalho vivo e trabalho morto, no qual o trabalho vivo pode ser compreendido como o ato criativo, a etapa da produção em que o trabalhador faz uso de seu potencial inventivo para concretizar o objetivo do seu trabalho; e trabalho morto se caracteriza como o conjunto de elementos conhecidos que desempenham sobre a produção uma forma rígida.

Ainda nesse sentido, Malta e Merhy (2003, p.63) conceituam trabalho vivo como o “trabalho em ato, o trabalho criador” e, trabalho morto, como “todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e o homem os utiliza para realizar um dado trabalho”.

Chamamos o trabalho feito em ato de ‘trabalho vivo em ato’, e o trabalho feito antes, que só chega através do seu produto – o aço – chamamos de ‘trabalho morto’. O trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões: uma, é a da atividade como construtora de produtos, de sua realização através da produção de bens, de diferentes tipos, e que está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que ‘valor de uso’ ele tem?); a outra dimensão é a que se vincula ao produtor do ato, o trabalhador, e à sua relação com seu ato produtivo e os produtos que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. (MEHRY; FRANCO, s/d, p.281)

Cabe salientar que, para Malta e Merhy (2003), é difícil capturar o trabalho vivo em ato na saúde, por conta dos conflitos existentes nesse ambiente, que acarretam possibilidades de desdobramentos variados.

À luz dessa discussão, elucidamos que o processo de reestruturação produtiva no campo da saúde apresenta-se a partir das inovações introduzidas nos sistemas de produção, impactando os processos de trabalho, forjando mudanças na elaboração de produtos, bem como no modo de assistir às pessoas.

De acordo com Merhy (2013), tais inovações podem acontecer de variadas formas, não determinadas anteriormente, mas verificado a contar do ponto em que são concebidos os novos modos de produção e organização dos processos de trabalho.

Em geral, buscam alterar a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos mesmos. Como são processos, podem ser analisados como sistemas completos, em que os ciclos de mudança já tenham se completado; como em andamento ou operar de acordo com diversas combinações entre si. Vale dizer que a reestruturação produtiva pode promover a inversão das tecnologias de trabalho, em um dado sistema de produção, ou não, pode atuar apenas como uma forma nova de se organizar a produção da saúde, sem necessariamente alterar seu núcleo tecnológico. (MERHY, 2013, p.103)

Merhy (2007) aponta para a introdução de novas tecnologias ou mesmo tecnologias reconfiguradas da reestruturação produtiva. Entretanto, para o autor, a reestruturação produtiva não pode ser aplicada no setor de saúde brasileiro, uma vez que

[...] pela própria 'modelagem' da gestão do cuidado em saúde, quanto pela possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos. [...] A entrada de equipamentos nos processos produtivos em saúde, sob a modelagem de gestão médico hegemônica, que sob a forma da medicina tecnológica já havia delimitado uma transição significativa na organização do trabalho em saúde em geral, e do médico em particular. (MEHRY, 2007, p.27-28)

Todavia, Pires (2000) aponta que, em situações de crise, a dinâmica nos serviços de saúde adota algumas alternativas de sobrevivência, que podem ser:

[...] a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho qualificada; a introdução de medidas para o aumento do rendimento do trabalho; o congelamento ou redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a externalização, dentre outras. A implementação, de uma ou outra medida,

ou de um conjunto delas, depende de diversos atores, especialmente da capacidade dos diversos grupos e classes sociais fazerem valer os seus interesses. (PIRES, 2000, p.256)

Nesse sentido, também encontramos os apontamentos de Merhy (2007, p.23), para quem “o trabalho em saúde, apesar de ser especial, tem sofrido influência das mudanças tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho na atualidade”. O estudo de Pires (1996) ressalta a relação do trabalho em saúde, que se encontra dentro do campo do trabalho em serviços, com as características do trabalho industrial, e aponta para as influências que o campo da saúde sofre das organizações produtivas hegemônicas, que temos, por exemplo, o taylorismo e fordismo, discutidos anteriormente neste trabalho.

Em concordância com Borges (2009), ressalta-se que o campo da saúde, por integrar o setor de serviços, possui uma relação em seu processo de trabalho que pode ser caracterizada enquanto uma necessidade social e, portanto, necessita de intervenção pública.

Cabe destacar também o pensamento de Merhy (2007), que expõe as diferenciações entre características da relação de produtos realizados nos setores de produção fabril e de serviços.

Um trabalho fabril típico relaciona-se com o consumidor por intermédio do produto que este usa, ao passo que em um trabalho de serviço, o ato de produção do produto e de seu consumo ocorrem ao mesmo tempo. Por isso, denomino que no primeiro caso a relação é objetual e no segundo ‘interseçora’, e, nesta última situação, o modo como o consumidor valoriza a utilidade do produto para si está sempre presente na relação imediata de produção e consumo, ao passo que no do tipo objetual a utilidade do produto para o consumidor só irá realizar-se na obtenção do produto e de seu consumo, e que ocorre de modo separado do mundo da produção do produto. [...]. Quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para produção dos atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço interseçor (sic) que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de interseção entre dois conjuntos, ressaltando que não é só na saúde que há processos interseçores. E, além de reconhecer a existência desse processo singular, é fundamental, na análise dos processos de trabalho, descobrir o tipo de interseção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior. (MERHY, 2007, p.56-57)

Para a análise dos processos de trabalho em saúde, faz-se necessário entender suas peculiaridades e especificidades, de forma geral, mas, principalmente, dentro da sociedade capitalista, pois

[...] o trabalho em saúde, apesar de suas particularidades, constitui-se em um ato humano pelo qual os homens em sociedade produzem e reproduzem sua existência, não apenas no plano material, mas também no da subjetividade, ambos condicionando-se mutuamente, sendo as necessidades sociais que movem o sujeito à ação, tendo ele introjetado o que é a finalidade do caráter social do processo de trabalho (TAVARES, 2009, p.201)

De acordo com Duarte (2014), existe uma diferenciação entre os processos de trabalho em saúde para os processos de trabalho na produção de bens de consumo, atrelados às especificidades de suas demandas, a exemplo das prestações de serviço na saúde. Entre as particularidades no processo de trabalho mencionadas pelo autor, “[...] uma que é pertinente ao trabalho em saúde se destaca: o usuário é o objeto no processo de trabalho, mas é também um agente. Isso porque é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. (DUARTE, 2014, p.100).

Ainda segundo Duarte (2014), devemos reconhecer a saúde enquanto um valor de uso. Com base no pensamento marxista, entendemos que tal conceito é usado para a utilidade que bens e serviços possuem para sujeitos concretos que vivem em situações específicas. Portanto,

Ninguém conseguiria fazer circular uma mercadoria sem valor de uso. A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no SUS, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, conserva o caráter de valor de uso. (DUARTE, 2014, p.100)

Nota-se a importância que a saúde possui como valor de uso, oportunizando a reprodução do sujeito, permitindo que ele esteja no mundo e que o viva em sua totalidade. Assim, segundo Borges (2009), tem-se

[...] uma tensão e disputa entre valor de uso e valor de troca que envolve os sujeitos dessa relação nas sociedades capitalistas que cada vez mais, subjuga o primeiro ao segundo, subvertendo desse modo a preservação de funções vitais da reprodução a interesses econômicos. [...]. Contudo, há que se considerar que o caráter de trabalho vivo que permeia o processo de trabalho em saúde e a qualidade de trabalhador e potencial usuário dos serviços que marca as relações desses atores, acrescida de autonomia [...] permite ir de encontro às forças hegemônicas e pautar um olhar implicado na luta e na defesa da vida fundamentada, sobretudo na ética e na ideia da saúde como direito de cidadania. (BORGES, 2009, p.52)

Em situações de crise, a dinâmica nos serviços de saúde adota algumas alternativas de sobrevivência, que podem ser:

A introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho qualificada; a introdução de medidas para o aumento do rendimento do trabalho; o congelamento ou redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a externalização, dentre outras. A implementação, de uma ou outra medida, ou de um conjunto delas, depende de diversos atores, especialmente da capacidade dos diversos grupos e classes sociais fazerem valer os seus interesses. (PIRES, 2000, p.256)

Salientamos que as mudanças no campo da saúde não passam sem impacto para os trabalhadores deste setor, ao que diz respeito a formação dessa categoria, tendo em conta a ausência de um quantitativo de profissionais qualificados, com uma visão ampliada de saúde e um olhar integral para as singularidades dos problemas da população.

Na esteira dessas informações, vemos o campo da saúde brasileira enquanto um ambiente com instabilidades, incertezas e tensões entre a política e os atores que a constituem. No entanto, também podemos vislumbrar as forças que nela atuam e que forjam os novos modos de fazer saúde, particularmente no Brasil, onde temos uma política de saúde fruto de conquistas sociais, o Sistema Único de Saúde, resultado das lutas sociais, oriundas do Movimento da Reforma Sanitária.

Destarte, o trabalho no âmbito da saúde se configura como uma realidade peculiar, com características específicas e distintas, complexas e dinâmicas, na qual o trabalho define-se por ser essencial para a vida dos homens, sendo parte do setor de serviços. Este trabalho localiza-se no campo da produção não material, portanto, seu produto se completa no mesmo momento de sua realização, pois seu produto é intrínseco ao seu processo de produção, sendo a própria realização da atividade.

O trabalho em saúde apresenta-se enquanto um trabalho coletivo,

[...] realizado por diferentes profissionais e seus saberes. Realiza-se por profissionais que se inserem na intervenção direta da ação em saúde, como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas etc.; e por um grupo diversificado de trabalhadores que atuam indiretamente nos serviços, mas que suas atividades são fundamentais para a assistência, como: porteiros, cozinheiros, funcionários dos serviços gerais e administrativos (PIRES, 1998 *apud* CASTRO; OLIVEIRA, 2011, p.30).

Portanto, tem-se um processo de trabalho baseado na junção entre variados sujeitos, como múltiplas concepções e ideias em relação à saúde e em como este trabalho deve ser desenvolvido. Todavia, a cooperação entre esses sujeitos, coloca-se como elemento central para a efetivação desse trabalho e em todo o processo de produção, considerando as distintas opiniões e experiências, pois um trabalhador isolado é incapaz de executar as ações em saúde.

Assim, as ações não são de ordem somente executora e nem guiadas somente por escolhas individuais, já que sempre há envolvimento em normas antecedentes que foram construídas de forma coletiva ao longo da história. (LOUZADA; BONALDI; BARROS DE BARROS, 2007 *apud* CASTRO; OLIVEIRA, 2011, p.30)

Na perspectiva de Pires (2000, p.255),

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional. [...] No trabalho coletivo, os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde. São atividades diferenciadas, que estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência à seres humanos que são totalidades complexas. (PIRES, 2000, p. 255)

De modo geral, vemos que o modo de produzir saúde, e, portanto, o modo de organização dos processos produtivos deste campo, tornou-se uma das temáticas mais estimulantes nas discussões de todos os envolvidos com o campo da saúde no Brasil, e, em particular, a partir da ótica da questão do público e do privado.

Essa contemporaneidade faz jus ao que vem se configurando como processo histórico: o fato de que o campo da saúde, nas sociedades atuais, tem tido a primazia de ser o principal referente social e cultural em relação às várias representações, individuais e coletivas, sobre o mundo da vida; construindo imaginariamente, que a saúde e a vida não são, de maneira simples e direta, constituídas no âmbito da natureza, mas referem-se sobretudo aos processos sociais e históricos produzidos pelos distintos agrupamentos sociais e conformados pela intensa atividade dos trabalhadores, usuários, agentes governamentais, empresários e operadores de serviços de saúde, e os vários setores produtivos do complexo médico-industrial (Mendes Gonçalves, 1986), vinculados a formação dos insumos e equipamentos da saúde. (MERHY; FRANCO, 2013, p.87)

De modo geral, podemos entender que mudanças no mundo do trabalho, as opções tecnológicas, a organização do trabalho, a tensão sobre as práticas e os comportamentos dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, revelam que a discussão sobre o processo de trabalho em saúde objetiva realizar mudanças no modo de trabalhar na área, o que, conforme Malta e Merhy (2003, p.63), “passa necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando publicizar o espaço e buscar novos sentidos e formatos”. Assim, o processo de trabalho, enquanto micropolítica, consegue ser a zona estratégica da mudança, “pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários” (MALTA; MERHY (2003, p.65).

De acordo com Costa (2009 *apud* NOGUEIRA, 1991), na esfera dos serviços, o trabalho possui uma singularidade, que é marcada pela natureza e por processos de cooperação, a saber:

[...] a *cooperação vertical* – diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia – e a *cooperação horizontal* – diversas subunidades que participam do cuidado em saúde. Ambos os níveis de cooperação envolvem uma complexidade de relações com a organização da política administrativa dos serviços de saúde, com as demandas dos usuários, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos. (NOGUEIRA, 1991, p.02 *apud* COSTA, 2009, p.307)

Segundo Costa (2009), Nogueira (1991) defende que esse processo tem sua natureza e abrangência, determinando também o incremento do mercado de trabalho na área da saúde, um dos maiores campos sócio-ocupacionais do assistente social, pois no campo da saúde, diferente de outros campos de produção de bens e serviços, não ocorre a redução da força de trabalho quando se implementam novos serviços parciais, não havendo a extinção dos mais antigos em detrimento dos novos.

Concordamos com Costa (2009, p.308) quando coloca que refletir sobre o processo de trabalho em saúde demanda entender as dimensões tecnológica, organizacional e política daquela prática social. Necessita pensar a saúde como uma política social pública materializada como um serviço, do qual sua finalidade,

conteúdo e processo de trabalho requerem conceituações de natureza teórica e histórica.

Assim, no processo de trabalho em saúde, o trabalhador estabelece uma relação direta com o usuário, que imprime a direção no seu trabalho na perspectiva de uma autonomia relativa, processo de trabalho que identificamos na prática do assistente social. Todavia, sabe-se que a sua organização se dá via instituição empregadora, o que significa dizer que seu direcionamento tem relação direta com o modo como é concebido e gerenciado o trabalho na particularidade do SUS.

3.2.1 Gestão do trabalho no SUS

A gestão do trabalho é um assunto relevante na atualidade, pois trata das necessidades da população usuária, das necessidades dos profissionais e do alcance dos objetivos institucionais. Tem se constituído enquanto um dos pilares para a concretização do SUS, pois é através dos recursos humanos que as ações e serviços de saúde são viabilizados, de modo que uma política de valorização do trabalho em saúde é vital nesse processo. Diante disso, para a efetivação dos princípios do SUS, propôs-se uma política de recursos humanos que considerasse a admissão dos trabalhadores por concurso público, a isonomia salarial, a estabilidade do trabalho, os Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) para os trabalhadores de saúde e a qualificação profissional.

Pensar em gestão do trabalho, como eixo da estrutura organizacional dos serviços de saúde, significa pensar estrategicamente, uma vez que a produtividade e a qualidade do serviço oferecido à sociedade serão, em boa parte, reflexos da forma e das condições com que são tratados os que atuam profissionalmente na organização. (ARIAS *et al.*, 2006, p.112)

A gestão do trabalho no SUS, segundo o Ministério da Saúde (2009), refere-se à política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Nela, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o

trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos.

Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros. A implementação dessa proposta vem sendo difundida a partir de 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, e de seus dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges).

Todavia, o processo de gestão que incorporou as tendências da desregulamentação do trabalho, efetivadas através dos “novos” modelos de gestão, a exemplo das Fundações Estatais de Direito Privado, colocou uma série de desafios no que se refere às questões da gestão do trabalho, com destaques para a baixa remuneração, ausência de reajuste salarial e motivação das equipes, a iniquidade no tratamento das categorias, ausência de condições de trabalho, entre outros.

3.3 Saúde e Serviço Social no Brasil

Do ponto de vista da profissão, o Serviço Social surge relacionado ao agravamento das mazelas sociais, exercendo a função de realizar as ações sociais direcionadas à população pauperizada, e, conseqüentemente, amenizar os conflitos entre a burguesia e a classe operária. Portanto, é sabido, que a origem do Serviço Social se baseia na relação antagônica dos interesses entre as duas classes sociais fundamentais, realidade vivida até os dias atuais.

Salienta-se ainda que a profissão é uma especialização do trabalho coletivo, inserida na divisão social e técnica do trabalho, e que atua na produção e reprodução das relações sociais, particularizando-se pela sua relação com a questão

social, expressões que definem as desigualdades da sociedade advinda do modo de acumulação do capital.

Assim, esta profissão surge no trânsito do capitalismo concorrencial para o monopolista. Frente à agudização da questão social fazia-se necessário um profissional que lidasse com as suas expressões. Portanto, mesmo que o Serviço Social tenha características próprias construídas pelos seus pioneiros, não é esta profissão fruto somente do desejo destes. Ao contrário, o Serviço Social, tal qual as outras profissões, só existe e permanece por ter uma função a ser desenvolvida na divisão social e técnica do trabalho. (MATOS, 2009, p.151)

De forma ampla, existe um consenso dentro do Serviço Social brasileiro quanto à identificação do Serviço e trabalho, e aqui convém o resgate do direcionamento das diretrizes curriculares dos cursos de Serviço Social adotadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), em 1996, que toma por base, dentre outros aspectos, o posicionamento de Yamamoto (2008; 2015), para quem o Serviço Social é visto como uma profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho como especialização do trabalho coletivo. Entretanto, no interior da profissão, não há uma homogeneidade sobre a identificação entre Serviço Social e trabalho. Assim, no Serviço Social brasileiro, o principal debate sobre o Serviço Social ser ou não trabalho concentra-se na produção teórica de Yamamoto e Sergio Lessa.

Lessa (2007a; 2007b), em suas obras, imprime a afirmação de que não há qualquer identificação entre Serviço Social e trabalho, pois compete ao trabalho a função social de categoria fundante dos demais complexos sociais, assim sendo, o papel exercido pelo assistente social na sua ação profissional não elimina a condição de complexo social medianamente fundado pelo trabalho. Para Lessa (2007a; 2007b), o trabalho tem a função de transformar a natureza nos bens necessários à sociedade, sendo, portanto, o ato de trabalho um ato social. Com isso, o autor advoga que Serviço Social não é trabalho, inserindo a profissão na organização humana, em virtude de atuar nas relações entre os homens e não no ato de trabalho em si. Enfim, para este autor,

[...] conceber o Serviço Social como trabalho não possibilita delimitar a identidade da profissão, nem pensar seu instrumental e táticas. Diferente do intercâmbio orgânico com a natureza, que atua sobre a matéria natural (ou matéria-prima, a matéria natural já inicialmente transformada), o Serviço Social não gera um 'produto' que subsista para além do final de sua atividade. O trabalho, ao invés, gera ao seu término meios de produção e de

subsistência que, em sendo matéria natural transformada, são 'produtos' que não são consumidos no próprio ato de produção. Pensar as consequências das ações dos assistentes sociais para a sociedade em termos de 'produto' de um 'processo de trabalho', e tentar aplicar aqui as categorias que Marx empregou para analisar o intercâmbio com a natureza, gera mais confusões do que esclarece a particularidade da profissão. (LESSA, 2007b, p.84)

Contrariamente ao posto por Lessa, lamamoto (2008; 2015) discorre que o ato de trabalho não se limita à relação homem x natureza, trazendo, com isso, o debate sobre a análise do trabalho na sociedade capitalista, e insere o trabalho do assistente social na divisão sócio-técnica do trabalho. Para esta autora, encontra-se na relação capital x trabalho a expressão das coisas e a materialização das relações sociais. Neste sentido, lamamoto (2008, p.27) afirma que o Serviço Social “é considerado como uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social uma manifestação de seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social”. A autora pontua ainda que

[...] todo processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho direcionado a um fim, que resulta em um produto. (IAMAMOTO, 2008, p.61-62)

A análise do Serviço Social como trabalho, abordada por lamamoto (2008), inaugurou um processo de discussão aprofundado sobre a atuação do profissional nas mais diversas atividades e gerou um amplo debate,

Mas o interesse é pensar o Serviço Social como trabalho, sendo esta uma porta de entrada muito provocativa para a análise da 'prática profissional'. Nos anos de 1980, os assistentes sociais descobriram a importância da consideração da dinâmica das instituições e das relações de poder institucional para se pensar o Serviço Social, assim como as políticas sociais, os movimentos e lutas sociais. A imagem que poderia representar o esquema dominante de análise tinha no centro a “prática do Serviço Social” e, no seu entorno, a dinâmica institucional, as políticas sociais, os movimentos sociais como fatores relacionados o exercício profissional. Mas, geralmente, ao se falar em prática referia-se, exclusivamente, à atividade do Assistente Social. Os demais elementos citados eram tidos como condicionantes dessa prática, com uma certa relação de externalidade em relação a ela. (IAMAMOTO, 2008, p.61)

À luz dessa discussão, cabe elucidar que este trabalho corrobora a identificação entre Serviço Social e trabalho, conforme as diretrizes curriculares da ABEPSS e o posicionamento de lamamoto (2008; 2015). Também está de acordo

com a afirmação de lamamoto (2008, p. 25), no que se refere ao fato de que “tratar o Serviço Social como trabalho supõe privilegiar a produção e a reprodução da vida social, como determinantes na constituição da materialidade e da subjetividade das ‘classes que vivem do trabalho’, nos termos do Antunes”, autor também utilizado como base teórica neste trabalho, a fim de guiar nosso direcionamento acerca da classe trabalhadora e da centralidade do trabalho, conforme discorrido no primeiro capítulo.

Durante a época dos anos 1930 – 1960, o Serviço Social possuía discurso e prática de teorias e metodologias voltadas para processos interventivos conservadores, baseados nos modelos de caso, grupo e comunidade.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do fazer profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o assistente social foi identificado, em conjunto com outras profissões, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico. A relação era pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor era o médico. (MATOS, 2009, p.152)

A grande absorção profissional na área da saúde, segundo Bravo e Matos (2007, p.28), tem por justificativa as condições gerais da conjuntura da época que apontavam para ampliação da profissão, mas também do “novo” conceito de saúde, então elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que trazia por foco os aspectos biopsicossociais e que determinava a necessidade de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Assim, os assistentes sociais acentuaram a prática educativa com a “intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde” (BRAVO; MATOS, 2007, p. 29), participando dos programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Na concepção de Matos (2009), o Serviço Social surge na área da saúde em hospitais no intuito de criar uma relação da família e do doente com a instituição, tendo em vista a garantia do seu tratamento após a alta, e ainda de realizar um trabalho com as famílias.

A intervenção do assistente social era baseada no atendimento, com recurso à metodologia do Serviço Social de Casos (Bravo, 1996), que devido a sua referência ao funcionalismo, compreendia que os problemas vividos pelos ‘clientes’ eram frutos de seu próprio comportamento e que, portanto, mudando os seus hábitos, alterar-se-ia a sua situação (MATOS, 2009, p. 152)

Assim, a inserção da profissão nos serviços de saúde se baseava no modelo médico clínico, uma vez que o assistente social, bem como outros profissionais, foi definido como um profissional que poderia colaborar com o aperfeiçoamento do trabalho do médico.

Foi somente a partir da década de 1960 que começa, dentro da profissão, o movimento de reconceituação, que buscava a ruptura com as práticas tradicionais do Serviço Social, resultando na definição ideológica e política da profissão, bem como estabeleceu o compromisso da profissão com a defesa de direitos da classe trabalhadora com perspectiva à construção de uma nova ordem societária. Concomitantemente ao processo de renovação do Serviço Social, o Brasil vivenciava a efervescência política do fim do período de Ditadura Militar e de redemocratização do país, e cabe aqui aludir o papel do movimento de Reforma Sanitária, que teve destaque na luta pela saúde pública brasileira, pautada na universalização do acesso à saúde, concebendo-a como um direito de todos e dever do Estado.

Adentrando à década de 1980 no Brasil, temos um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica apontada na época da Ditadura Militar. A política de saúde nacional vinha de um período de tensão entre a “ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores, estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário” (BRAVO, 2009, p.94-95). Nessa conjuntura, temos um aumento significativo no movimento da saúde coletiva, que também se verifica no Serviço Social, “de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo” (BRAVO; MATOS, 2007, p.32).

Ainda na década de 1980, a saúde foi um campo que contou com a participação de novos e diferentes atores sociais, comprometidos com a derrota da Ditadura, na discussão das condições de vida da população e das propostas governamentais apresentadas para o setor, com o discurso alternativo ao vigente, com proposições, formulações e formas de fazer política compatível com a colocada em questão. A saúde “deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia” (BRAVO, 2009, p.95).

Porém, dentre todos esses acontecimentos relativos à trajetória da questão da Saúde no Brasil, o fato marcante e fundamental para essa discussão foi a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986 em Brasília – Distrito Federal, convocada com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre a saúde na Constituinte. O seu tema central consistia em: I - A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II - Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III - Financiamento setorial. O evento contou com ampla participação de prestadores de serviços, que totalizaram um montante de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais mil eram delegados.

A diferença entre essa conferência e as que a antecederam reside no fato de que ela foi precedida por etapas municipais e estaduais, significando um enorme marco na formulação das perspectivas de mudança no setor saúde coletiva, consolidadas posteriormente com a Reforma Sanitária. Os debates que saíram dos seus fóruns específicos – ABRASCO, CEBES Medicina Preventiva, Saúde Pública – assumiram outra importância com a participação das entidades representativas da população. Para Bravo (2009), a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde sistematiza o processo reformador para a saúde, que passa a ser entendida como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos Serviços de Saúde [...] (Relatório Final da VIII CNS, 1986, p.133).

Transformado em recomendações, o relatório final foi utilizado como base para a negociação dos defensores da reforma sanitária no processo constituinte e na elaboração da Carta Magna.

Dentro do modelo de Proteção Social, temos um avanço com a Constituição Federal de 1988, e a saúde ganha destaque ao fazer parte da Seguridade Social, juntamente com a Previdência Social e a Assistência Social, ocupando cinco artigos (Art. 196-200) da CF 88, os quais determinam que a saúde é um direito de todos e

dever do Estado, sendo estabelecida, de forma regionalizada e hierárquica, em um sistema único.

Nesse cenário, temos o Serviço Social recebendo os efeitos dessa conjuntura, “de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira” (BRAVO; MATOS, 2007, p.33), mas, paralelamente, também está em “um processo interno de revisão, de negação do Serviço Social Tradicional (anterior à década de 1980), havendo, assim, uma intensa disputa pela nova direção a ser dada à profissão”. (BRAVO; MATOS, 2007, p.34).

Contudo, apesar da ausência da profissão na área da saúde na década de 1980, podem-se observar algumas mudanças de posicionamentos:

[...] a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde coletiva; a proposta de intervenção formulada pela ABESS, ANAS e CFAS para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área de saúde” (BRAVO, 1996 *apud* BRAVO; MATOS, 2007, p.34)

Partindo para a década de 1990, os avanços alcançados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social alcança essa década ainda

[...] com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, como categoria, desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária, e com isso, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre ‘as demandas postas à prática em saúde’. (BRAVO, 1996 *apud* BRAVO; MATOS, 2007, p.35)

Deve-se considerar o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, que teve a década de 1990 como palco, e assim, temos a disputa, na área da saúde, de dois projetos políticos: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. Ambos passam a apresentar requisições distintas para o Serviço Social, conforme já discutido anteriormente. Ocasionalmente, os dois projetos continuam em disputa, mas vemos uma maior ênfase e fortalecimento no projeto privatista, de modo que o Serviço Social não passa ao largo dessa tensão.

Ao mesmo tempo em que a década de 1990 é marcada pela hegemonia da tendência à intenção de ruptura e, não por acaso, quando o Serviço Social

atinge sua maioria intelectual; é também, nesta mesma década, que se identifica a ofensiva conservadora a esta tendência. O questionamento à tendência à intenção de ruptura afirma que o marxismo não apresenta respostas para o conjunto dos desafios postos à profissão pela contemporaneidade. (PARÂMETROS, 2010, p.25)

Em suma, pode-se afirmar que, a partir dos anos 1990, há uma inicial incorporação dos princípios da reforma sanitária pelos assistentes sociais, que integram, em sua maioria, os princípios do SUS. E com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, com as diretrizes das Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº. 8.080/90 e 8.142/90, tem-se novos desafios postos à profissão.

3.4 A inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho na política de saúde brasileira

Primeiramente, temos que entender que o Serviço Social se regulamenta enquanto uma profissão liberal, que dispõe de estatutos legais e éticos que lhe concede

[...] uma autonomia teórico-metodológica, ético-política e técnicooperativa e à condução do exercício profissional. Ao mesmo tempo, o exercício da profissão se realiza mediante um contrato de trabalho com organismos empregadores - públicos ou privados-, em que o assistente social afirma-se como trabalhador assalariado. Estabelece-se uma tensão entre autonomia profissional e condição assalariada. Assim, assistente social é também um(a) trabalhador(a) assalariado(a), qualificado(a), que depende da venda de sua força de trabalho especializada para a obtenção de seus meios de vida. (IAMAMOTO, 2009, p.180-181)

Ou seja, enquanto trabalhadores assalariados, a sua relação com o empregador se baseia em um contrato de compra e venda da sua força de trabalho, que passa a ter valor de uso dentro do processo de trabalho por atender as necessidades sociais. Assim, o resultado de seu trabalho não é apenas um serviço útil, *“mas ele tem um efeito na produção - ou na redistribuição - do valor e/ou da mais valia e nas relações de poder político e ideológico”* (IAMAMOTO, 2009, p.181, grifos do autor). Portanto, essa condição de trabalhador assalariado molda a inserção socioinstitucional do assistente social na sociedade brasileira. Mas, é

importante ressaltar, de acordo com lamamoto (2008), que o assistente social não desempenha seu trabalho isoladamente, mas de forma coletiva, uma vez que pertence a uma grande equipe de trabalho.

Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais. (IAMAMOTO, 2008, p.64)

Nesse ponto, cabe ressaltar que, segundo o direcionamento das diretrizes curriculares da ABEPSS, adota-se o “significado social da profissão, enquanto especialização do trabalho coletivo, inserido na divisão social e técnica do trabalho”, considerando a inserção do assistente social nos processos de trabalho enquanto uma das discussões de vital importância para a organização curricular do curso de Serviço Social, bem como para o entendimento das particularidades da profissão na divisão social do trabalho.

Desse modo, segundo a diretrizes curriculares, o processo de trabalho do Serviço Social “é determinado pelas configurações estruturais e conjunturais da questão social e pelas formas históricas de seu enfrentamento, permeadas pela ação dos trabalhadores, do capital e do Estado, através das políticas e lutas sociais” (1996, p.06).

No que tange à discussão sobre o processo de trabalho no Serviço Social, lamamoto (2015) pondera que

[...] não existe um processo de trabalho do Serviço Social, visto que o trabalho e atividade de um sujeito vivo, enquanto realização de capacidades, faculdades e possibilidades do sujeito trabalhador. Existe, sim, um trabalho do assistente social e processos de trabalho nos quais se envolve na condição de trabalhador especializado. (IAMAMOTO, 2015, p.429)

Nesse sentido, entendemos o assistente social como uma especialização do trabalho coletivo, portanto, o exercício profissional é consubstanciado em processos de trabalho. No entanto, não existe, segundo lamamoto (2008), um único e idêntico processo de trabalho do assistente social, dentro da esfera estatal, em empresas, ONGs, entre outros, pois “não se trata de um mesmo processo de trabalho do assistente social e sim de processos de trabalho nos quais se inserem os assistentes sociais” (IAMAMOTO, 2008, p.106). A autora aponta ainda que “o

processo de trabalho em que se insere o assistente social *não é por ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social*" (IAMAMOTO, 2008, p.107, grifos da autora).

Portanto, o assistente social desempenha sua profissão num processo de trabalho coletivo, a partir de condições sociais dadas e definidas pelas configurações estruturais e conjunturais da questão social, bem como pelas formas históricas de seu enfrentamento, permeadas pela ação dos trabalhadores, do capital e do Estado, através das políticas e lutas sociais, sendo o produto desse trabalho uma combinação da contribuição específica das diversas especializações do trabalho.

Assim, ao analisarmos o cotidiano profissional dos assistentes sociais do HUSE, não poderemos perder de vista esse entendimento, pois, enquanto trabalhadores da política de saúde, esses profissionais fazem parte de uma totalidade da organização do trabalho, tendo seu exercício profissional inserido no processo de trabalho do trabalho em saúde.

Essa discussão se faz necessária para uma melhor compreensão acerca da inserção dos assistentes sociais na área da saúde, incorporada no setor de serviços, enquanto um trabalhador coletivo, bem como seu posicionamento frente às demandas a ele direcionadas e em como as mudanças organizacionais oriundas do processo de reestruturação produtiva do capital refletem no cotidiano deste profissional.

A saúde é definida no contexto histórico de determinada sociedade, em um dado momento do seu desenvolvimento, sendo, portanto, uma conquista da população em suas lutas cotidianas. De acordo com os anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, de forma mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Desse modo, com o reconhecimento da saúde enquanto resultado de circunstâncias políticas, sociais, econômicas e culturais, o Serviço Social entra para o rol de profissões essenciais para a identificação e análise dos fatores que atuam no processo saúde-doença.

Além de necessariamente compor a força de trabalho nos serviços de saúde, podemos também atentar que apesar dos serviços de saúde ainda estarem estruturados para atenderem a doença, a realidade tem apontado a influência de outros componentes na concepção de saúde. As condições de vida da população usuária – como, por exemplo, a pauperização, a velhice e ausência de vínculos familiares – têm sido ‘problemas’ para os serviços de saúde. Neles, a ‘resposta’ a esses ‘problemas’ tem sido encarada como responsabilidade exclusiva do Serviço Social. (MATOS, 2009, p.157)

Devemos considerar ainda a mudança no processo de gestão da política de saúde, que teve a descentralização político-administrativa como principal estratégia, como outro fator que contribuiu para a ampliação da inserção do profissional no campo da saúde. Através do processo de municipalização da política de saúde, os municípios precisaram contratar diversos profissionais a fim de assegurar a gestão local da política, dentre eles, o assistente social.

A partir da utilização da legislação brasileira, e dentro do que preconiza a profissão,

[...] cabe aos assistentes sociais, a partir dos princípios e do objeto da ação profissional – a questão social – planejar e realizar ações assistenciais que contribuam para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, danos agravos e riscos e o tratamento, priorizando o sofrimento social, para o fortalecimento da consciência sanitária e do controle social. (VASCONCELOS, 2009, p.259-260)

Desde o fim da década de 1980, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que traz a saúde como um direito garantido a todo cidadão brasileiro, a política pública de saúde se tornou um dos setores que, historicamente, mais tem absorvido profissionais de Serviço Social, pois a atuação do assistente social se torna fundamental no acompanhamento das transformações sociopolíticas que o SUS tem enfrentado perante o movimento de regulação do capitalismo diante do Estado e da sociedade civil. E, a partir do processo de redemocratização e implementação do Sistema Único de Saúde, a relação entre a atuação e a formação na saúde ganha novos contornos.

Diante das mudanças expressivas que a política de saúde engendrou a partir da reforma sanitária, destacam-se as mudanças tecnológicas, organizacional e política para atuação nesse sistema, tais como a universalidade, integralidade da atenção à saúde, descentralização e participação popular, gerando novas orientações para os profissionais, incluso os assistentes sociais. (LANZA; INÁCIO; NOVAES, 2015, p.04)

Observa-se que a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde está designada na produção de serviços para população, isto ocorre pelo reconhecimento social da profissão e ainda

[...] por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. Considere-se que a partir dos anos 90, com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças de ordens tecnológica, organizacional e política passaram a exigir novas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema, imprimiram novas características ao modelo de gestão e atenção e, portanto, aos processos de trabalho. (COSTA, 2006, p.08 *apud* CINTRA, s/d, p.3).

Uma das grandes conquistas da profissão se deu através da resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que reconhece o assistente social como um dos treze profissionais de saúde de nível superior - junto com o biólogo, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Em termos de aparatos legais, tem-se ainda a resolução nº 338/1999 do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, que reafirma o assistente social como profissional de saúde, pautado na resolução do CNS, anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição de 1988, na formação do assistente social e no seu compromisso ético-político expresso no Código de Ética da profissão de 1993, que coloca como um dos principais fundamentos do Serviço Social o 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.

No que tange à saúde, esta é formada com base nas necessidades históricas e socialmente determinadas, e o assistente social a defende enquanto direito de todos e dever do Estado, propondo-se a colaborar com essa garantia, através do fortalecimento de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Com efeito, o trabalho dos assistentes sociais no campo da saúde se desenvolve na relação de dever/direito à saúde e torna-se uma prática necessária para a promoção e atenção à saúde. Ou seja, a prática da intervenção profissional vem “se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, reforçado pelo conceito de saúde

que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais” (GAMA, 2009, p.30).

De acordo com Costa (2009, p.309-310), existem algumas características nos processos de trabalho em saúde, o qual, apesar de possuir características gerais do trabalho sob a ótica do capital, possui singularidades distintas da particularidade do setor de serviços, como por exemplo:

- Nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é ‘para uso’ dos usuários dos serviços. Esse uso, entretanto, se dá a partir de relações mercantis, sejam elas materializadas no assalariamento dos trabalhadores do setor, seja através do consumo de mercadorias, como é o caso dos medicamentos, equipamentos, seja via mais-valia social. Sendo assim, o trabalho não é imediatamente consumido com a finalidade de gerar mais valor, apesar de ser objeto de mercantilização e de potencialização de mais-valia em outras esferas produtivas;
- Esse uso se dá no interior do processo de produção dos serviços de saúde que requer uma relação direta entre quem produz e quem consome o serviço, exigindo coparticipação do(s) usuário(s) no próprio processo de sua concretização/produção;
- Essa co-participação, por sua vez, se realiza através do contato direto e imediato entre os trabalhadores da saúde e os sujeitos demandantes dos serviços, porque dessa interseção depende todo o desenvolvimento subsequente do processo de prestação do serviço, isto é, os momentos instituintes da realização daquele serviço;
- Como o objeto da saúde incide sobre situações concretas (envolvem o processo de saúde-doença) e não sobre coisas, os resultados são de difícil previsão e o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento;
- A produção e o consumo dos serviços de saúde ocorrem através de momentos instituintes, de forma parcial, dependendo da demanda, do nível de resolutividade das subunidades e níveis de complexidades dos serviços, dos recursos humanos, financeiros e das condições socioeconômicas, epidemiológicas e biopsicossociais da população usuária;
- Os resultados do processo de produção e consumo dos serviços são sempre parciais e envolvem uma relação de concomitância entre produção e consumo.

Segundo Costa (2009), é nesse ponto que encontramos a relação do reconhecimento social da profissão, quando sua inserção nos serviços de saúde destina-se para a produção de serviços à população, sendo mediada pelo conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.

Na política de saúde brasileira, o Serviço Social tem espaços próprios e tradicionais de atuação, porém, após a criação do SUS, houve a abertura de novos espaços multidisciplinares, interdisciplinares e intersetoriais, além dos setores de

planejamento e gestão da política, onde o profissional pode desenvolver atividades não exclusivas da profissão.

[...] E é nestas novas relações que o espaço do social na saúde se torna um terreno comum a todas as áreas surgindo “profissionais que disputam papéis e tarefas com os assistentes sociais, pondo em xeque a legitimidade anteriormente conquistada [...]. É claro que os conflitos de atribuições aí localizáveis [...] não podem ser equacionados a base de regulações formais ou reivindicações corporativas [...], eles só podem ser enfrentados positivamente com *novas competências* sociopolíticas e teórico-instrumentais” (NETTO, 1996, p.109 *apud* KRÜGER, 2010, p.124).

Contudo, não se pode ignorar a disputa contra-hegemônica entre os dois projetos societários vigentes, o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Neoliberal Privatista, que mencionamos anteriormente. E quando nos referimos ao campo da saúde, existem particularidades específicas para o assistente social.

A *priori*, salientamos que o projeto neoliberal visa um Estado mínimo para a população, que tem necessidade desses atendimentos, que acarreta na fragmentação da saúde pública, que visa atender aos interesses do capital e tornar a população um consumidor, que paga pelos serviços de que necessita, e faz da política de saúde pública um palco de mercantilização da saúde e de precarização dos serviços. Nota-se uma contradição no papel exercido pelo Estado, que acaba se eximindo das obrigações que o concerne e que estão estabelecidas na Constituição Federal de 1988. Percebe-se, assim, que esses processos refletem o crescimento do mercado privado de saúde e colocam o SUS na posição de uma instituição alternativa direcionada para a população subalterna, que não tem meios de acessar o setor privado e, por isso, fica à margem de um atendimento sucateado e precarizado, onde contradiz os princípios constitucionais, preterindo o SUS a poucos investimentos para sua ampliação e efetivação.

Salientamos a divergência de alguns autores sobre a atuação de profissionais, com destaque para Soares (2013), que aponta como um conjunto de particularidades, perspectivas e estratégias para a prática social no interior do SUS, que demandam requisições específicas para a prática do Serviço Social,

No que se refere ao Serviço Social, as requisições que incidem sobre suas práticas sociais revelam-se tanto na participação nas novas modalidades de gestão ou nos atuais processos de aperfeiçoamento da gestão, no engajamento e na organização de modelos eficientes e eficazes, nos planejamentos, comissões, acompanhamento de convênios, contratos de gestão etc., quanto também nas ações emergenciais, na contenção da

demanda, nos plantões, reproduzindo a lógica individualista, curativa e predominantemente assistencial. (SOARES, 2013, p.111)

A autora destaca que as demandas cotidianas, sempre em caráter de urgência, não permitem aos profissionais tempo para refletir suas ações, somente para pensá-la no imediato, e limita a prática profissional à lógica institucional pragmática e urgente. O que leva os assistentes sociais da saúde pública, que estão inseridos num sistema hegemônico que delimita a ação profissional, a terem um “espaço de articulação e intervenção estratégica e crítica fundada numa racionalidade contra-hegemônica [...] cada vez mais restrito dado o peso dessas velhas e novas determinações” (SOARES, 2013, p.111).

Na esteira dessas informações, podemos compreender as diferentes requisições para o Serviço Social que ambos os projetos societários passam a solicitar.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a 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. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: 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. (PARÂMETROS, 2010, p.24)

Mediante o exposto, pudemos observar o campo contraditório em que se encontra o assistente social, todavia, o que destacamos volta-se para uma prática pautada na perspectiva da garantia de direitos sociais, na promoção da saúde e na universalidade de acesso, no qual o profissional está inserido num processo de trabalho em saúde, enquanto o profissional de interação entre os níveis do SUS com as demais políticas sociais, e assegura a intersetorialidade e integralidades das ações, com respaldo ético-político para atuar perante as diversas contradições existentes no SUS.

O que podemos observar, a partir do que temos discutido, é que o assistente social não coloca mais seu exercício profissional em uma ideologia de ajuda, mas parte da perspectiva da garantia de direitos. A partir de um projeto profissional com uma base crítica, com posicionamentos ético-políticos e conhecimentos teórico-

metodológicos que possibilitam intervenções que venham a contribuir com mudanças na realidade em que atuam os assistentes sociais, e de uma configuração no quadro de direitos sociais, respaldados na CF 1988. O assistente social atua na área da saúde pública considerando esta política como uma das expressões da questão social, ou seja, encontra-se num espaço de contradição, cercado por possibilidades e limites, atuando diretamente nas contradições existentes no SUS, a exemplo da precariedade da qualidade dos serviços, da escassez de recursos, da exclusão no acesso, da excessiva burocratização e da ênfase na assistência médica curativa e individual. É parte do compromisso ético-político do assistente social, dentro de todo âmbito da saúde pública em que se tem espaços sócio-ocupacionais da profissão, a defesa da oferta qualitativa e quantitativa dos serviços, sustentando-se no direito social e universal à saúde.

A intervenção profissional do assistente social ocorre no campo das proposições e formulações do desenvolvimento, gestão e execução das políticas públicas, possibilitando o acesso das frações das populações excluídas dos serviços, benefícios e direitos conquistados, principalmente, no que se refere às políticas de Seguridade Social, na concepção de construção para a cidadania e atuação no exercício do controle social.

Dessa forma, o exercício da intervenção da profissão se desenvolve a partir de fatos e momentos históricos e sociais que a determinam. Assim, no decorrer de sua construção, a profissão produz, concomitantemente, conhecimentos e alternativas de enfrentamento para as adversidades cotidianas, possibilitando a expansão da prática profissional, que ligada à qualificação profissional, bem como à produção de conhecimentos, expande a inserção profissional na área. Por consequência, temos a legitimação do trabalho profissional e a ampliação da possibilidade de acesso e de inclusão social. A profissão se destaca, principalmente, pelo fato de garantir o reconhecimento dos aspectos condicionantes e determinantes da saúde da população: alimentação, moradia, educação, saneamento básico, trabalho, renda, e acesso aos serviços essenciais, enquanto expressões da questão social.

Ao refletir sobre o espaço sócio-ocupacional que o SUS proporciona para a prática do assistente social, deve-se ponderar as oportunidades que o SUS coloca para o exercício da profissão que infere, a princípio, um diálogo crítico com a herança intelectual e operacional do Serviço Social no âmbito da saúde e o

reconhecimento das tendências técnico-políticas postas pelos fundamentos da Reforma Sanitária e do SUS. Versar sobre as ações profissionais no contexto do SUS resulta observar que conforme a política de saúde é defendida por uma parcela da sociedade, que legitima seu potencial de política inclusiva e universal, de outro lado, está sendo banalizada e despolitizada.

Isto exige que o profissional esteja atento ao tempo histórico, superando visões ingênuas ou fatalistas da vida social, para decifrar as manifestações particulares no campo da saúde sobre as quais incidirá a ação profissional. [...]. Assim, o Serviço Social ao pensar sua prática na saúde necessita compreender estas duas dimensões, fazendo leituras das demandas das instituições e dos usuários e identificar potenciais espaços de atuação, para evitar intervenções idealizadas, espontaneístas e restrita as relações interpessoais. (KRÜGER, 2010, p.130-131)

Neste sentido, contemplam-se no Código de Ética Profissional do Assistente Social ferramentas essenciais para o trabalho dos profissionais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras. (PARÂMETROS, 2010, p.33)

Nessa direção, a operacionalidade dos assistentes sociais deve possibilitar ações que viabilizem a emancipação social dos usuários dos serviços, para que, no decorrer do processo, eles possam se tornar sujeitos sociais aptos ao embate político da defesa de uma saúde pública universal, equânime e integral, com a qualidade que uma política pública deve possuir. E que utilizem os espaços de participação popular, utilizando-se dos mecanismos de controle social para participação das decisões institucionais desse âmbito.

Ao falar sobre as competências e atribuições dos assistentes sociais, a Lei de Regulamentação da Profissão, que requisita do profissional algumas competências gerais, fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, requer do assistente social um profissional crítico e propositivo, designando um determinado perfil para este profissional, a saber:

[...] profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais, dotado de formação intelectual e cultural generalista e crítica, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho. (ABEPSS, 2003 *apud* VASCONCELOS, 2009, p.255)

Ainda de acordo com Vasconcelos (2009), considerando as exigências de capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, compete a esse profissional:

- 1) Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- 2) Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país;
- 3) Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico (nacional/internacional) desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- 4) Identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado. (IEM, 2003 *apud* VASCONCELOS, 2009, p.256)

Ainda no que se refere à atuação do Assistente Social na prática da saúde, destacamos as palavras de Vasconcelos (2009, p.253):

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática é, partindo da definição clara e consciente de suas referências ético-políticas, a *apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica* que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática.

Por fim, no âmbito da política de saúde brasileira, considerando a operacionalização do trabalho e a efetivação do projeto ético-político profissional, o assistente social desempenha seu processo de trabalho na mediação do acesso e da garantia de direitos, bem como na defesa das condições indispensáveis ao alcance da saúde individual e coletiva, assim como aos bens e serviços imprescindíveis para sua materialização e dos demais direitos sociais, e ainda na intermediação e interação entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas setoriais.

Tomando por base as discussões apresentadas, no capítulo seguinte, evidenciamos a análise sobre a FHS, buscando apreender como o modelo de gestão adotado pela FHS incide nos assistentes sociais enquanto trabalhadores.

CAPÍTULO 4 - Gestão do trabalho no HUSE sob a perspectiva dos Assistentes Sociais

4.1 Caracterização do cenário da pesquisa

A pesquisa de campo descrita neste capítulo propõe uma integração dos dados obtidos pelas pesquisas bibliográfica, documental e de campo. Assim, iniciaremos fazendo uma breve abordagem sobre o percurso metodológico percorrido para a realização da pesquisa de campo e, em seguida, traremos os resultados e discussões alcançados.

A escolha do campo empírico está relacionada às aproximações acadêmicas e profissionais da pesquisadora, que iniciou seus estudos acadêmicos voltados para a gestão do trabalho na saúde pública brasileira. Dessa forma, a rede hospitalar pública do Estado de Sergipe se apresentou como um oportuno campo a ser estudado. O campo empírico da pesquisa foi pensado a partir da organização da rede de assistência hospitalar do Estado de Sergipe, que está sob a gestão da Fundação Hospitalar de Saúde e que se apresenta enquanto modelo de Fundação Estatal de Direito Privado. Dentre os hospitais que estão sob a gestão da FHS, o hospital escolhido para estudo foi o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), em razão de ser o hospital de maior expressão na rede de saúde pública do Estado, e por possuir um grande número de profissionais, dentre eles os assistentes sociais, sujeitos desta pesquisa.

A elaboração documental para envio ao respectivo hospital teve início no mês de julho de 2018, período em que foi encaminhado ao campo de pesquisa o ofício emitido pelo Programa de Pós-Graduação de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (PROSS/UFS), carta de apresentação da pesquisadora e respectiva orientadora, com cópia do projeto de pesquisa. Entretanto, por um equívoco de protocolo, foi necessário reenviar todas as documentações ao hospital, sendo a entrega da documentação finalizada em dezembro de 2018.

Para continuidade do projeto de pesquisa, o hospital que compôs o campo empírico, o HUSE, exigiu como condicionalidade o cadastramento da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da Plataforma Brasil. Em

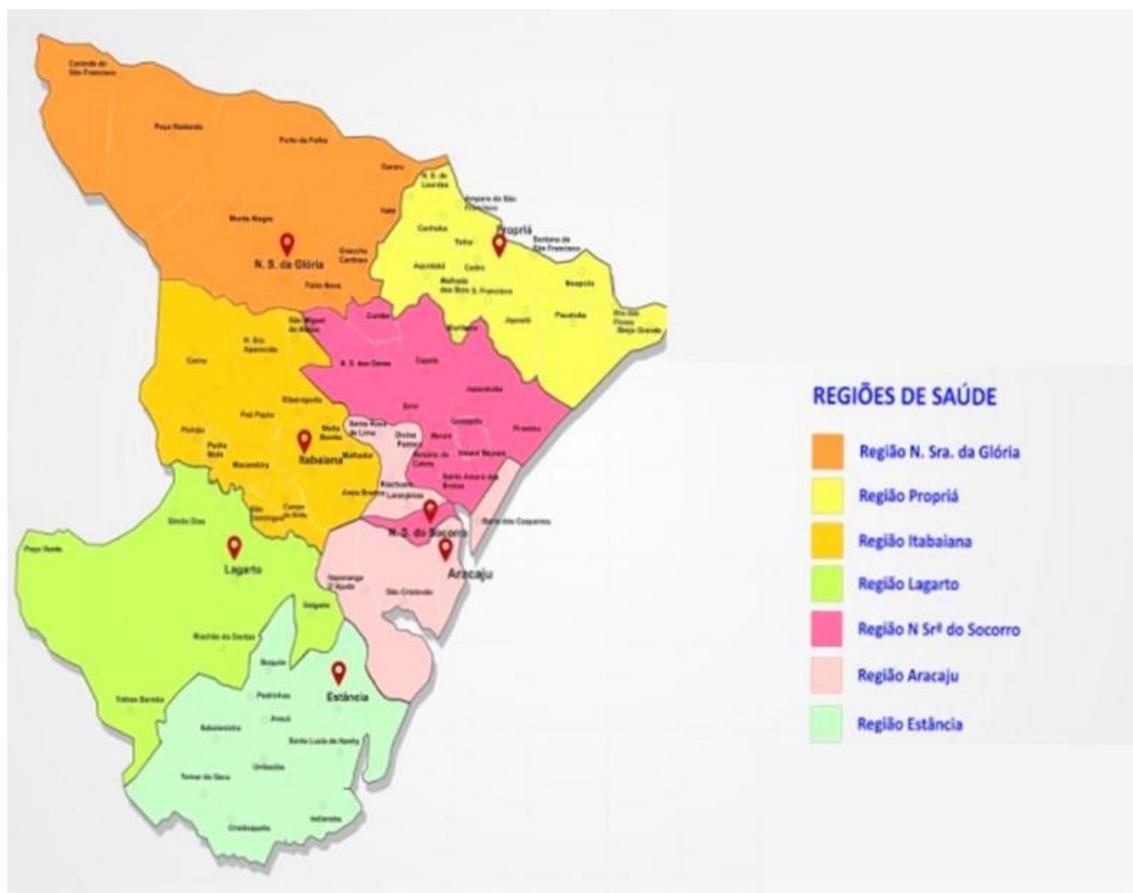
contrapartida, foi necessário que o hospital emitisse uma Declaração de Infraestrutura e Autorização e uma Declaração de Anuência da Secretaria de Estado de Saúde para anexar junto ao sistema da referida plataforma. O processo de cadastramento na Plataforma Brasil foi finalizado no mês de maio de 2019, contudo, ante a demora em reunir todas as declarações de anuências, houve um atraso na submissão da solicitação junto ao CEP, provocando defasagem no processo do cronograma da pesquisa em relação ao planejamento inicial, considerando que o parecer consubstanciado com situação de aprovado foi emitido pelo CEP em julho de 2019.

4.1.1 Campo empírico

Em 2008, Sergipe iniciou uma reforma sanitária focada no reordenamento do sistema com base territorial, cujo quadro atual está em vigência desde 18 de abril de 2012, quando o Colegiado Interfederativo Estadual (CIE), considerando o decreto presidencial nº 7.508/2011, ratifica a divisão das Regiões de Saúde do Estado em sete (07), de acordo com a divisão dos municípios e de suas respectivas sedes de regiões (Figura 1). O referido decreto faz menção à região de saúde definindo-a como um

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2013, p.4)

Figura 1: Regiões de Saúde de Sergipe



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (2016)

A Figura 1 apresenta, de acordo com dados do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, as sete regiões de saúde que possuem como sede de cada região os municípios de Nossa Senhora da Glória, Propriá, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora do Socorro, Aracaju e Estância. Os municípios que compõe cada região de saúde são colocados da seguinte forma:

1) *Região de Saúde de Aracaju*: Composta pelos municípios de Aracaju, Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga d'Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão (Deliberação CIR Aracaju nº 03/2012);

2) *Região de Saúde de Estância*: Formada pelos municípios de Arauá, Boquim, Cristinápolis, Estância, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhy, Tomar do Geru e Umbaúba (Deliberação CIR Estância nº 05/2012);

3) *Região de Saúde de Lagarto*: Composta pelos municípios de Lagarto, Poço Verde, Riachão do Dantas, Salgado, Simão Dias e Tobias Barreto (Deliberação CIR Lagarto nº 06/2012);

4) *Região de Saúde de Itabaiana*: Composta pelos municípios de Areia Branca, campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Itabaiana, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, São Miguel do Aleixo e Nossa Senhora Aparecida (Deliberação CIR Itabaiana nº 03/2012);

5) *Região de Saúde de Nossa Senhora do Socorro*: Composta pelos municípios de Capela, Carmópolis, Cumbe, General Maynard, Japarutuba, Maruim, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora do Socorro, Pirambu, Rosário do Catete, Santo Amaro das Brotas e Siriri (Deliberação CIR Nossa Senhora do Socorro nº 02/2102);

6) *Região de Saúde de Nossa Senhora da Glória*: Composta pelos municípios de Canindé de São Francisco, Feira Nova, Gararu, Gracho Cardoso, Itabi, Monte Alegre de Sergipe, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo e Porto da Folha (Deliberação CIR Nossa Senhora da Glória nº 02/212);

7) *Região de Saúde de Propriá*: Composta pelos municípios de Amparo de São Francisco, Aquidabã, Brejo Grande, Canhoba, Cedro de São João, Ilha das Flores, Jabotã, Malhada dos Bois, Neópolis, Pacatuba, Propriá, Santana do São Francisco, São Francisco, Telha, Nossa Senhora de Lourdes e Muribeca (Deliberação CIR Propriá nº 02/2012).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em seu art. 3º, no âmbito do SUS,

Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de estabilização e de complicações de seu estado de saúde exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Ou seja, a função dos hospitais públicos é oferecer ao usuário do SUS atendimento de saúde especializado de média e alta complexidade, como cirurgias eletivas e tratamentos clínicos de acordo com cada especialidade.

Dessa forma, o Estado de Sergipe, conforme consta nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de março de 2016, possui 2.783 leitos hospitalares para atendimento ao SUS, sendo destes 241 leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), distribuídos, principalmente, nos hospitais de maior adensamento tecnológico. São 65 leitos de UTI adulto e 10 leitos de UTI Pediátricos

no HUSE; 10 leitos de UTI adulto no Hospital Regional de Itabaiana; 10 leitos de UTI adulto no Hospital Regional de Lagarto; 34 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes; 30 leitos de UTI adulto no Hospital Cirurgia e 10 leitos de UTI adulto, 07 leitos de UTI pediátrico; e 30 leitos de UTIN no Hospital Santa Isabel.

A divisão de hospitais no Estado está estruturada da seguinte forma:

Figura 2: Hospitais Locais - Total 15

HOSPITAIS LOCAIS	MUNICÍPIOS
São Luiz Gonzaga	Itabaianinha
Nosso Senhor dos Passos	São Cristóvão
Haydée c l Santos	Canindé
São João de Deus	Laranjeiras
Caridade de Riachuelo	Riachuelo
Angélica Guimarães	Japoatá
Santa Cecília	Aquidaba
São Pedro de Alcântara	Capela
São Vicente de Paulo	Tobias Barreto
Neopolis	Neópolis
Hospital Zona Norte	Aracaju
Hospital Zona Sul	Aracaju
Hospital D. Caçula	Riachão do Dantas
Hospital N.S. da Conceição	Lagarto

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (2016)

Os hospitais locais são Unidades Hospitalares com atendimento de urgência de baixa complexidade em clínica médica, cirúrgica e pediátrica, com observação de até 24 horas, assistência ao parto normal em período expulsivo e serviços de apoio à rede: diagnóstico em laboratório clínico e por radiologia.

Figura 3: Hospitais Regionais - Total 06

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
Hospital Monsenhor Daltro	Lagarto	FHS
Hospital São Vicente de Paula	Propriá	FHS
Hospital Jessé de A. Fontes	Estancia	FHS
Hospital João Alves Filho	Glória	FHS
Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno	Itabaiana	FHS
Hospital José Franco Sobrinho	Socorro	FHS

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (2016)

De acordo com a SES, os hospitais regionais são Unidades Hospitalares para atendimento às urgências, internamento, procedimentos cirúrgicos, apoio diagnóstico e terapêutico nas especialidades Clínicas, pediátricas, obstétricas, com adensamento tecnológico. São Unidades Descentralizadas, com características de níveis intermediários. E aqui se destaca que todos os hospitais regionais (Figura 3) estão sob gerenciamento da Fundação Hospitalar de Saúde.

Figura 4: Hospitais especializados – total - 03

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
HUSE	Aracaju	FHS/SES
Hospital cirurgia	Aracaju	SMS
Hospital Santa Isabel	Aracaju	SMS

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (2016)

Os hospitais especializados são caracterizados como uma rede que oferece serviços especializados de politrauma (Urgência/Emergência), cardiologia, vascular, ortopedia, neurologia clínica e neurocirurgia, além de maternidades para atendimentos de alta e média complexidade, UTI cardiológica, materna e neonatal. Estes serviços estão dispostos em uma rede de hospitais horizontais, na capital do Estado, e são mantidos com recursos financeiros das fontes da União, Estado e Município.

Figura 5: Hospitais horizontais – total 04

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
Hospital e Maternidade Sta. Isabel	Aracaju	SMS
Hospital Universitário	Aracaju	SMS
Hospital São José	Aracaju	SMS
Hospital Cirurgia	Aracaju	SMS

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (2016)

Os hospitais horizontais são caracterizados pela organização de um conjunto de instituições com suas respectivas capacidades produtivas, organizadas de modo

complementar, que se configuram como serviços articulados, com operações definidas e especializadas, sistemas de referenciamento estruturados e pactuados, e acessos sempre mediados por ações e processos regulatórios.

Figura 6: Maternidades – total 05

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO
Mat. São José	Itabaiana	SMS
Mat. Zacarias Jr.	Lagarto	SMS
HRAM	Estância	SMS
Centro Ostérico Leonor Barreto Franco	Capela	FHS/SES
Maternidade N. Senhora de Lurdes.	Aracaju	FHS/SES

OBS.: Os HR de Glória, Propriá e Socorro possuem porta aberta para a obstetrícia.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe (2016)

Assim, percebemos que, ao se tratar da distribuição territorial de serviços de saúde, cerca de 80% da atenção especializada de média complexidade e 90% da de alta complexidade se concentram na capital Aracaju, evidenciando uma situação que gera déficits de atenção à população afastada de Aracaju, uma deficiência na oferta pública de média e alta complexidade para os municípios mais afastados que possuem uma população que conta, exclusivamente, com o serviço público de saúde.

Quanto à gestão das unidades hospitalares no Estado de Sergipe, segundo a FUNESA (2011b), são organizadas da seguinte forma:

- A Fundação Hospitalar de Saúde (FHS) fará a gestão das seguintes unidades hospitalares: UPAS nos municípios de Tobias Barreto, Boquim e Neópolis, todos os hospitais regionais, as maternidades de Capela e Aracaju (Nossa Senhora de Lourdes e Hildete Falcão Batista), além do Hospital de Urgência de Sergipe e o SAMU Sergipe 192.

- As demais UPAS, hospitais locais e maternidades ficarão sob gestão municipal.

Dessa forma, o modelo assistencial hospitalar em Sergipe está centralizado

[...] nas necessidades de saúde da população loco-regional, preconizando o estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde, ampliando o grau de responsabilização das equipes pelo cuidado e

resultando numa maior capacidade de resolução dos problemas de saúde. Outra característica essencial é o enfoque no acolhimento com avaliação e classificação do risco para a priorização do atendimento. (FUNESA, 2011b, p.55)

No entanto, o cenário de gerenciamento da rede de saúde do Estado foi modificado a partir de 2018 por intervenção judiciária federal, como consta no site oficial da Fundação Hospitalar de Sergipe na seguinte nota:

Por força do acordo firmado nos autos da Ação Civil Pública nº 0802992-42.2014.4.05.8500, em 26 de janeiro de 2018, demanda proposta pelo Ministério Público Federal e distribuída para a 3ª Vara da Seção Judiciária do Estado de Sergipe, em favor da Secretaria de Estado da Saúde – SES, a Fundação Hospitalar de Saúde perdeu suas autonomias financeira e administrativa.

Nos termos do estipulado na Cláusula Primeira, alínea 'a', do aludido acordo, resta, agora, exclusivamente ao Estado de Sergipe, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, a gestão das unidades hospitalares e assistenciais antes cuidadas pela Fundação Hospitalar de Saúde.

Por isso, todos os contratos com fornecedores e prestadores de serviços, antes firmados pela FHS, foram assumidos pela SES, atendendo à alínea 'b' da Cláusula Primeira do acordo em questão.

E, na mesma linha, o item seguinte ('c') do mesmo instrumento estabelece, em acréscimo, que toda transferência de recursos públicos da SES para esta entidade (FHS) será unicamente para pagamento de seu pessoal e seus encargos.

Assim sendo, a Fundação Hospitalar de Saúde não mais licita ou contrata, pelo que, igualmente, não realiza pagamentos a fornecedores e prestadores de serviço, cabendo unicamente à SES tais providências, razões pelas quais, por meio dos *links* abaixo, criado em atenção aos princípios da transparência e publicidade administrativa, bem assim ao disposto no art. 1º, § único, inciso II, da Lei nº 12.527/2011, serão disponibilizados, apenas, dados referentes ao recebimento e aos gastos de recursos com pagamento de pessoal e seus encargos.

No tocante à situação dos trabalhadores vinculados à FHS, foi sancionada a Lei Estadual nº 8.470, em 02 de outubro de 2018 (Anexo), que dispõe sobre a transformação do Quadro de Pessoal Especial da Fundação Hospitalar de Saúde, de que trata o art. 18 da Lei nº 6.347, de 02 de janeiro de 2008, em Quadro de Pessoal Especial, de Natureza Provisória e em Extinção, e dá outras providências. Garantindo, assim, que os servidores da FHS passem a integrar o Quadro de Pessoal Especial, de natureza provisória e em extinção, vinculado à Fundação. Esta lei garante aos profissionais o vínculo funcional com a FHS e o mesmo regime celetista atual, assegurando-lhes a irreduzibilidade de vencimentos, outros direitos, vantagens e obrigações previstas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e nos respectivos contratos de emprego.

De acordo com matéria veiculada em 04 de abril de 2019, no site da Secretaria de Estado de Saúde de Sergipe (SES), foi realizada uma reunião entre

SES e representantes dos Sindicatos da Área de Saúde do Estado de Sergipe, com o intuito de discutirem o novo contrato com a Fundação Hospitalar da Saúde (FHS), considerando que o contrato da SES com a Fundação Hospitalar da Saúde (FHS) terminou em 31 de março de 2019. Segundo a superintendente executiva da SES, Adriana Menezes, um novo contrato foi firmado, com duração de cinco anos, a partir de 1º de abril de 2019. O contrato anterior contemplava Recursos Humanos (RH), insumos e materiais, e no atual, a proposta contempla apenas a estrutura de RH, ficando a parte de insumos e materiais sob gerenciamento da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. A fala da superintendente executiva da SES, Adriana Menezes, foi:

Teremos uma reunião com o Ministério Público Federal e os Sindicatos para validação do novo contrato junto aos órgãos de controle. A estabilidade deles já está garantida em lei criada no ano passado, então, para os servidores concursados da FHS não muda em nada porque eles já têm essa lei que ampara e garante o direito deles perante o corpo de funcionários do Estado. Serão mantidos, também, os contratos temporários, que deverão ser renovados de acordo com cada situação, através de Processo Seletivo Simplificado (PSS).

Salientamos que maiores informações acerca do atual contrato entre FHS e SES sobre o gerenciamento do HUSE não foram localizadas, e ainda que, a contar do período eleitoral de 2018, o site oficial da Fundação Hospital de Saúde de Sergipe está fora do ar, impossibilitando a obtenção de novos dados.

Fundação Hospitalar de Saúde (FHS)

O Estado de Sergipe adotou como modalidade institucional para a administração pública as Fundações Estatais de Direito Privado. A Fundação Estatal é administração pública, ou seja, patrimônio público personalizado segundo as regras do direito privado para prestar serviços públicos, sendo integrante da administração indireta, e são fiscalizadas pelos órgãos de controle internos e externos.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde, ao adotar as Fundações Estatais como o segmento do Estado responsável pela produção dos serviços de saúde, reconhece-se que “a área de produção de serviços de saúde não se

configura como atividade exclusiva de estado e, portanto, pode ser feita pela administração indireta regida pelo direito privado” (FUNESA, 2011a, p.59).

As Fundações Estatais de Direito Privado de Sergipe foram criadas através de três leis estaduais, que passam a ser o instrumento gerencial para organizar os setores de produção de Saúde do Estado, compostos por: serviços hospitalares, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), laboratório de saúde pública, hemocentro, serviço de verificação de óbitos e formação de pessoal. As três fundações criadas são:

1) Fundação de Saúde “Parreiras Horta” (FSPH), criada pela Lei nº 6.346/2008, voltada para a prestação de serviços relativos à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e hemoderivados, bem como serviços laboratoriais e de verificação de óbito.

2) Fundação Hospitalar de Sergipe (FHS), criada pela Lei nº 6.347/2008 com a finalidade exclusiva de, no âmbito do SUS, prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar, inclusive o SAMU, além de poder desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica na área da saúde, de acordo com os princípios, as normas e os objetivos constitucionais e legais do SUS.

3) Fundação Estadual de Saúde (FUNESA), criada através da Lei nº 6.348/2008, voltada para a prestação de serviços de atenção básica, de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, de formação profissional e educação permanente na área de Saúde Pública.

Para a relevância dessa pesquisa, iremos abordar apenas a Fundação Hospitalar de Saúde (FHS), considerando que essa se coloca como a principal estratégia de resposta a problemas da gestão e da assistência à saúde no âmbito da atenção hospitalar do Estado.

A Fundação Hospitalar de Saúde trata-se de uma entidade integrante da Administração Pública Indireta do Poder Executivo do Estado de Sergipe, sendo dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública. A FHS detém autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, quadro de pessoal próprio e prazo de duração indeterminado. Com o seu funcionamento, regido pela Lei nº 6.130, de 02 de abril de 2007, que dispõe sobre a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual, a finalidade da Fundação Hospitalar de Saúde é de prestar serviços de saúde em todos os níveis de assistência hospitalar no Estado de Sergipe, inclusive o

SAMU, além de poder desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica e tecnológica na área da saúde, de acordo com os princípios, as normas e os objetivos constitucionais e legais do SUS.

Conforme o Plano Estadual de Saúde 2016-2019, a estrutura organizacional básica da FHS, que se refere à sua composição, estrutura e competência, divide-se em Conselho Curador e Diretoria Executiva. O Conselho Curador é o órgão de direção superior, administração, controle e fiscalização, composto pelo Secretário de Estado da Saúde e três membros indicados pelo Governador do Estado (dentre pessoas com experiência na área de gestão hospitalar), por um membro também indicado pelo governador (dentre pessoas com conhecimento na área orçamentária e financeira) e por mais três secretários municipais de Saúde (indicados pelo COSEMS), devendo um deles ser o Secretário de Saúde da capital. E a diretoria executiva da FHS está subordinada à administração Estadual, sendo responsável pela gestão técnica, patrimonial, financeira, administrativa e operacional da FHS. Sua estrutura organizacional está subdividida em três diretores: diretor geral, diretor administrativo-financeiro e diretor operacional.

De acordo com a SES, a Fundação Hospitalar de Saúde está sujeita às normas de controle interno e externo de fiscalização previstas legalmente e em seus estatutos. Além disso, é supervisionada regularmente pela SES, para efeito de cumprimento de seus objetivos estatutários, harmonização de sua atuação com as políticas do SUS e obtenção de eficiência administrativa e financeira, principalmente quanto à qualidade e humanização dos serviços de saúde prestados à população. E por se inserirem ao sistema loco-regional do SUS e pelas características de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, os serviços finalísticos da Fundação também estão sujeitos ao controle popular, exercido pelo Conselho Estadual de Saúde (CES).

Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE

O Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), conhecido como Hospital João Alves Filho, é o maior hospital público do Estado de Sergipe e está localizado no bairro Capucho, zona oeste de Aracaju. Inaugurado em 7 de novembro de 1986, presta atendimentos de urgências e emergências de média e alta complexidade, com cobertura de atendimento totalmente pelo SUS. Seu atendimento não se

restringe à população de Aracaju e às cidades vizinhas, contemplando todos os 75 municípios sergipanos, além de cidades de outros estados nordestinos, principalmente os da Bahia e de Alagoas.

Segundo a SES, em 2014 o HUSE possuía 596 leitos: unidades de leitos críticos, duas UTIs adultas, uma CTI pediátrica, atendimento de urgência em várias áreas, sendo sua especialidade o atendimento em trauma, urgência adulta e pediátrica, além de possuir um serviço ambulatorial de oncologia. Dentre os profissionais que integram o corpo de trabalhadores do hospital, podemos encontrar: médicos, profissionais de enfermagem, divididos em enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e assistentes de enfermagem I e II, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, biomédicos, farmacêuticos, cirurgiões-dentistas e cirurgiões buco-maxilo-facial, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório, ajudantes laboratoristas de saúde e agentes de serviço de saúde.

Também integram o corpo clínico do hospital gastroenterologistas, hematologistas, infectologistas e profissionais que atuam nas áreas de pediatria, nefrologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, urologia, otorrinolaringologia, ultrassonografia, pneumologia, proctologia, terapia intensiva, além de fonoaudiólogos, bioquímicos, instrumentadores cirúrgicos e equipe da área administrativa.

Os serviços ofertados pelo HUSE abrangem o atendimento de urgência e emergência em clínica médica, cirurgia geral, pediatria, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia, neurocirurgia, neurologia, nefrologia, buco-maxilo facial, urologia, cardiologia, pneumologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, cirurgia torácica, nefrologia, infectologia, gastroenterologia, proctologia e psiquiatria. Além de possuir uma Unidade de Tratamento Intensivo Adulto e Pediátrico; uma Unidade de Cuidados Semi-Intensivos; uma Unidade de Tratamento de Queimados; Serviço de oncologia com consultas em oncologia; procedimentos em radioterapia; procedimentos em quimioterapia e braquiterapia. E ainda um Ambulatório de Retorno dos egressos de cirurgia e ortopedia; e Serviços de apoio à rede através de diagnóstico por tomografia.

De acordo com a SES (2016), a planta do hospital sofreu uma série de modificações para adequação às novas tecnologias e às necessidades originadas pela demanda crescente. Uma das maiores obras estruturais contempladas pela

Reforma Sanitária e Gerencial do SUS, implementada a partir de 2007, foi a construção do novo Pronto Socorro adulto, inaugurado em 16 de dezembro de 2010. A divisão do novo espaço do Pronto Socorro ficou composta pelas áreas Azul, Verde, Amarela e Vermelha, e essa nova unidade incorporou o modelo do Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pelo Ministério da Saúde e que prioriza o atendimento pelo risco e gravidade do paciente.

A reforma alcançou outras partes do hospital, assim, o HUSE recebeu também uma nova unidade pediátrica, em uma área de 1300 m², com leitos de urgência e emergência, além de Unidade de tratamento Intensivo (UTI). Contando ainda com um novo Centro Cirúrgico com 9 salas e a Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA), que foi considerada uma grande conquista para o hospital. O complexo hospitalar, dispõe também da única Unidade de Tratamento de Queimaduras (UTQ) do Estado, do Centro de Oncologia Dr. Oswaldo Leite (COOL) e do Ambulatório de Retorno de egressos do HUSE.

4.1.2 Fontes de pesquisa, Sujeito da Pesquisa e Coleta de Dados

As fontes de pesquisa utilizadas foram as bibliográficas, documental e empíricas, por meio da entrevista semiestruturada. O uso dos três tipos de fontes se deu em decorrência do próprio objeto de estudo. As fontes bibliográficas estiveram presentes durante toda a construção da pesquisa, desde a delimitação do objeto até as análises e resultados obtidos. Através da consulta à literatura pertinente foi possível captar a contribuição teórica de vários autores sobre as categorias e conceitos principais da pesquisa. A consulta a documentos, como Leis, Decretos, Portarias Ministeriais, Emendas Constitucionais, Plano Estadual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, entre outros, constituiu um completo necessário às informações pertinentes para a construção do estudo. A fonte empírica, construída a partir das entrevistas semiestruturadas, realizadas junto aos assistentes sociais sujeitos da pesquisa, permitiu uma maior liberdade de resposta e tratamento das questões.

Conforme relatado anteriormente, os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais inseridos no Hospital de Urgência de Sergipe. As entrevistas se deram após contato prévio por telefone com a Responsável Técnica (RT) pelo

Serviço Social do HUSE, cuja articulação foi fundamental para a adesão dos trabalhadores ao projeto de pesquisa. No entanto, mesmo após a mobilização da RT, que acompanhou a pesquisadora nos setores, ainda houve uma certa resistência dos profissionais, de maneira que houveram profissionais que não se disponibilizaram em participar do projeto, e, em um caso, aceitou participar da entrevista, mas somente sem a gravação desta.

O agendamento para a realização das entrevistas se deu de acordo com a disponibilidade dos assistentes sociais no próprio ambiente de trabalho. A realização das entrevistas nos respectivos setores de trabalho, em quase todos os casos, na mesma sala de atendimento dos assistentes sociais, dificultou a realização de algumas das entrevistas, uma vez que existiram vários tipos de interrupções, a exemplo de telefone tocando, interferência de outros profissionais, interferência de usuários buscando atendimento, barulho, entre outros. Como também por alguns profissionais não se sentirem à vontade para conversar sobre a temática da pesquisa na frente dos colegas e demais pessoas presentes.

O critério de inclusão para compor a amostra da pesquisa foi a adesão voluntária para responder ao instrumento de coleta de dados; e o critério de exclusão foi a negativa em participar da amostra. Salientamos que esta pesquisa respeitou a autonomia dos sujeitos da pesquisa, possibilitando-os o acesso e garantia de direitos de esclarecimento, bem como a liberdade em desistir da pesquisa em qualquer fase, sem causar-lhe nenhum prejuízo, resguardando o direito de sigilo e privacidade.

Ao todo, foram entrevistados 12 assistentes sociais dos 5 (cinco) setores do hospital que possuem a cobertura do Serviço Social: Pronto Socorro, Internamento Adulto, Pediatria, Oncologia e Ambulatório de Retorno, e a RT. Todos os profissionais foram orientados sobre os objetivos da pesquisa no momento da abordagem, bem como sobre a necessidade de gravação em áudio, por favorecer o processo de transcrição e análise, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja cópia foi entregue aos participantes.

Para melhor garantir a confidencialidade da identidade dos profissionais participantes da pesquisa, utilizamos o termo "Entrevistado" tanto para assistentes sociais homens, quanto para assistentes sociais mulheres. Nesse sentido, o uso de termos sempre na terminação masculina justifica-se pela não identificação dos assistentes sociais.

4.2 Resultados e Discussões

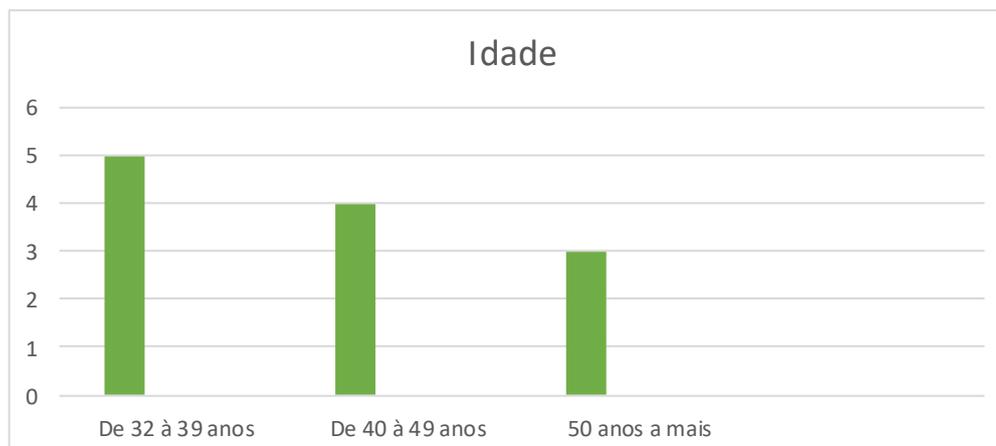
4.2.1 O Perfil dos assistentes sociais do HUSE

Considerando as transformações ocorridas na política de saúde brasileira, a partir da Reforma Sanitária e da criação e implantação do SUS, distintas são as demandas e requisições colocadas para os trabalhadores da saúde, entre eles o assistente social. Assim, torna-se imprescindível identificar algumas características desses profissionais, para que possamos caracterizar o perfil dos assistentes sociais do HUSE, sendo este um dos objetivos deste trabalho. Para tal, o roteiro de entrevista semiestruturada aplicada abrangeu itens como: idade, sexo, estado civil, quantidade de filhos, formação acadêmica, outras graduações, tempo de trabalho na instituição, setor de trabalho, tipo de vínculo e se possui outro vínculo de trabalho.

Em relação à idade, um total de 5 (cinco) dos assistentes sociais entrevistados possuía entre 32 e 39 anos (41,66%); a segunda maior faixa de idade está entre 40 e 49 anos (33,33%); e em terceiro lugar a faixa de idade acima de 50 anos (25%), conforme demonstra o Gráfico 1.

Considerando a idade dos entrevistados, presume-se que esses profissionais já estão atuando profissionalmente há um tempo considerável e, em sua maioria, iniciaram suas carreiras profissionais após a criação do SUS, no período em que o Serviço Social brasileiro tinha seu posicionamento sociopolítico no processo de intenção de ruptura, o que pode significar uma incorporação desses profissionais de uma nova práxis, resultado de uma formação crítica, pautado na contribuição para a construção da participação e democratização da saúde.

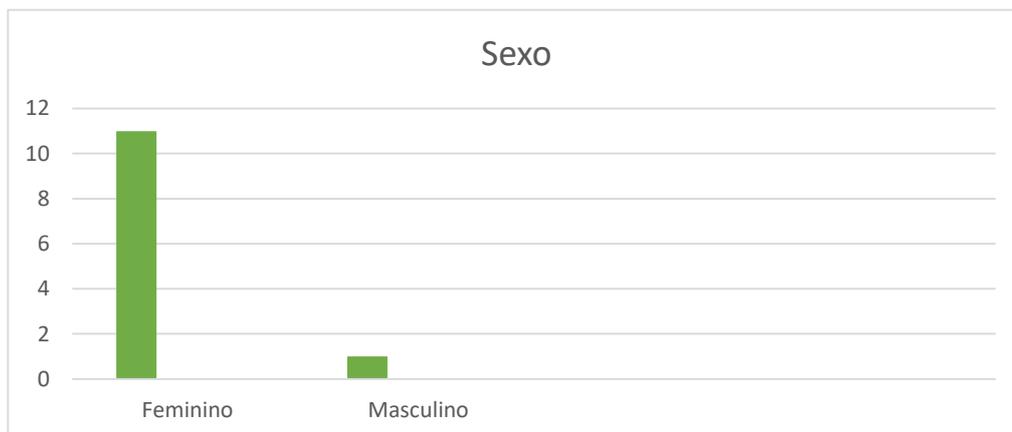
Gráfico 1 – Idade dos Assistentes Sociais



Com relação ao sexo dos (as) assistentes sociais, 91,66% são mulheres e apenas 8,33% são homens, conforme o Gráfico 2. Os dados mostram que na categoria profissional prevalece a tendência histórica da profissão, com uma predominância feminina. Do total de 12 (doze) respondentes, apenas 1 (um) era do sexo masculino. A presença de mulheres no mercado de trabalho, e aqui destacamos o Serviço Social, é mais acentuada em profissões tradicionalmente femininas, apesar da diversidade do mercado de trabalho na atualidade. Ainda que não seja o objetivo deste trabalho discutir as questões relacionadas às determinações de gênero inerentes à categoria profissional, não podemos deixar de evidenciar a predominância feminina e sua representação social, conforme coloca lamamoto (2008, p.104, grifos da autora):

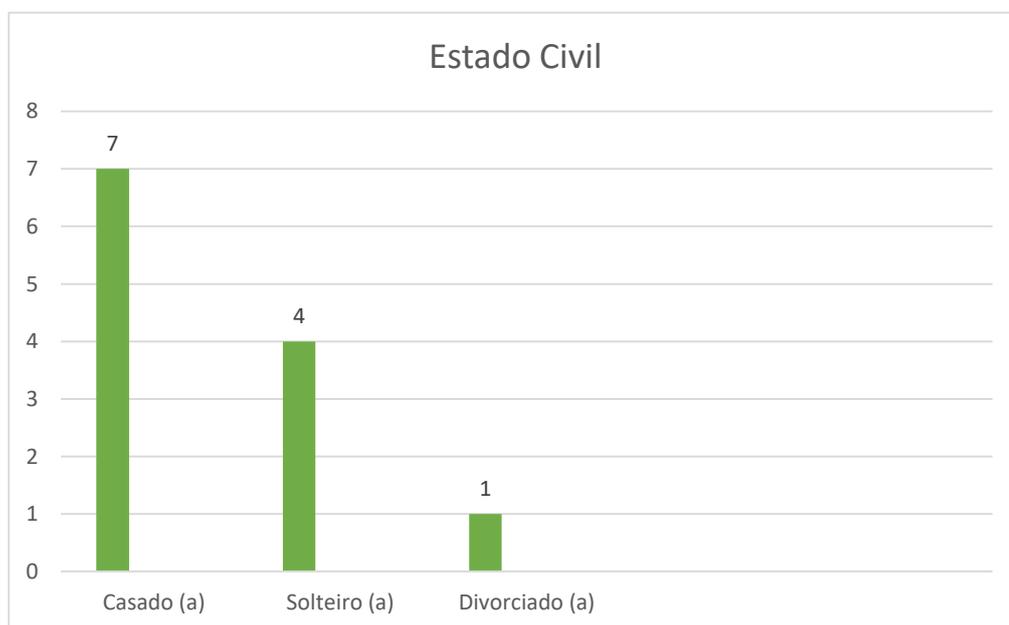
No Serviço Social tem-se um contingente profissional [...] com um nítido recorte de gênero: *uma categoria profissional predominantemente feminina, uma profissão tradicionalmente de mulheres e para mulheres*. A condição feminina é um dos selos da identidade desse profissional, o que não implica desconhecer o contingente masculino de assistentes sociais, com representação nitidamente minoritária no conjunto profissional do país. Com tal perfil, o assistente social absorve tanto a imagem social da mulher, quanto as discriminações a ela impostas no mercado de trabalho.

Gráfico 2: Sexo dos Assistentes Sociais



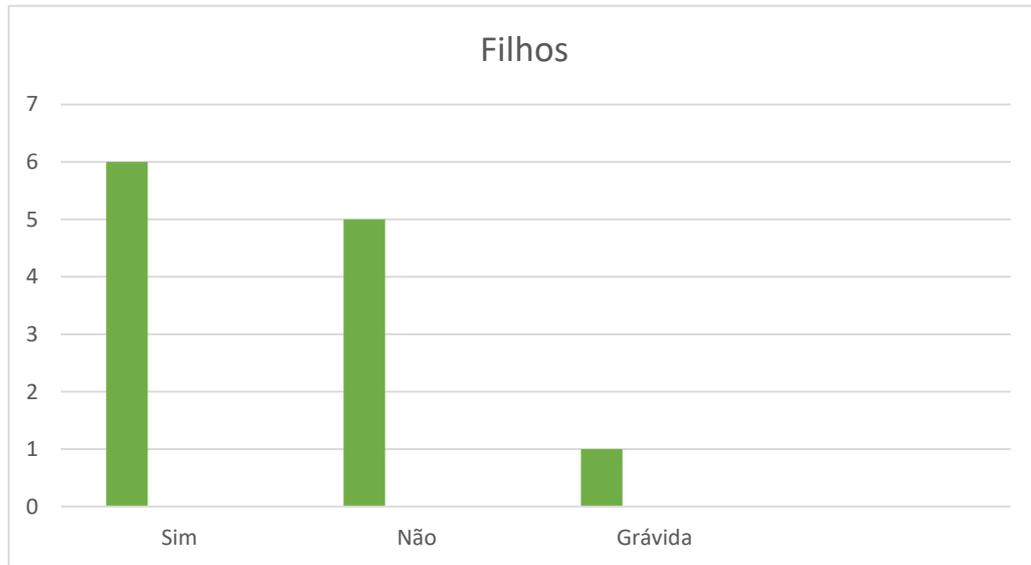
Quanto ao estado civil, conforme o Gráfico 3, os dados obtidos com os entrevistados apontam que, em sua maioria, são casados, num total de 58,33%, seguido por solteiros 33,33% e, por último, os divorciados com 8,33%.

Gráfico 3: Estado civil



Quanto à existência de filhos, 50% dos entrevistados responderam que possuem filhos, enquanto 41,66% não tem filhos, e uma das entrevistadas, 8,33% está grávida, conforme o Gráfico 4:

Gráfico 4: Filhos



Quanto à formação profissional, encontramos uma situação bem equilibrada, enquanto 50% dos entrevistados informaram possuir apenas graduação, outros 50% disseram possuir uma especialização, como consta no Gráfico 5. A maioria informou que fizeram cursos menores, de até 180 horas, e alguns profissionais disseram que iniciaram alguma especialização, mas que não chegaram a finalizar.

Observa-se um número baixo de profissionais que não possuem especialização. Destacamos que essa é uma questão que precisa ser problematizada e enfrentada no âmbito da gestão do trabalho, pois a fragilidade relativa à ausência de qualificação, ou seja, da educação permanente, reflete diretamente no exercício profissional e, conseqüentemente, na eficiência de dar respostas às demandas diárias direcionadas aos profissionais, bem como na sua atuação no trabalho coletivo. Como Borges (2017) ressalta,

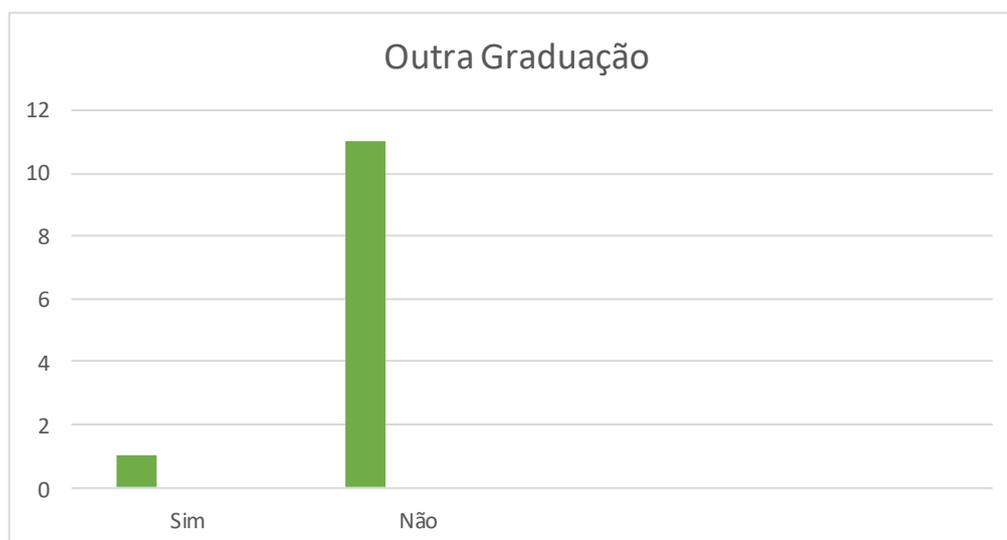
[...] emerge cada vez mais a necessidade da qualificação profissional, de uma formação permanente que possibilite a interlocução entre as categorias profissionais e a construção de saberes interdisciplinares, visto que este é ideal ainda a ser alcançado, pois, observa-se no cotidiano do trabalho, o distanciamento entre serviço-ensino e comunidade, fato que interfere diretamente na capacidade de resolutividade nas ações de serviço de saúde. (BORGES, 2017, p.93)

Gráfico 5: Formação Profissional



Quando questionados sobre possuir outra graduação, somente um profissional informou possuir, representando 8,33% dos entrevistados, como consta no Gráfico 6, e sua graduação também se encontra da área de Ciências Humanas.

Gráfico 6: Possui outra graduação

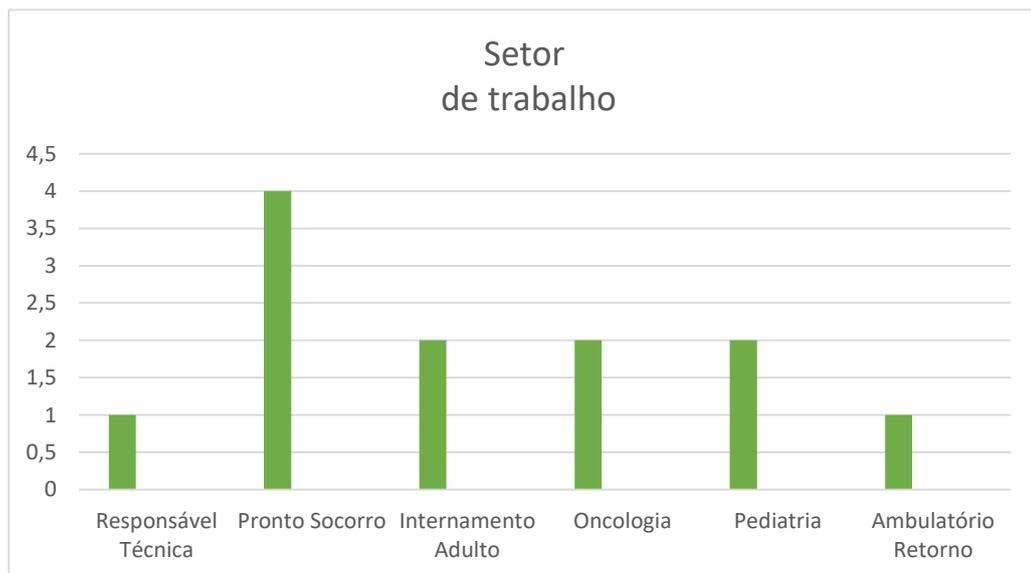


Sobre a quantidade de entrevistados por setores, foi alcançado todos os setores do hospital, conforme apresentado no Gráfico 7, entrevistando uma quantidade amostral que é justificada pela maior quantidade de assistentes sociais

inseridos nesses setores. Assim, temos um percentual de 33,33% de entrevistados do pronto socorro, seguidos de 16,66% da pediatria, internamento adulto e oncologia, respectivamente, e por fim, de 8,33% do ambulatório de retorno e a RT.

Nesse aspecto, cabe salientar que houve a pretensão por parte da pesquisadora em entrevistar uma quantidade proporcional de profissionais em relação aos diferentes setores, contudo, o curto espaço de tempo para a sensibilização e aceitação dos profissionais para participação da pesquisa, bem como para a realização das entrevistas *in loco*, não tornou possível o fato. Dessa forma, a coleta de dados tentou abranger em maior ou menor medida todos os setores do hospital, de forma que não houvesse um grande impacto na quantidade amostral geral proposta pela pesquisa.

Gráfico 7: Setor de Trabalho

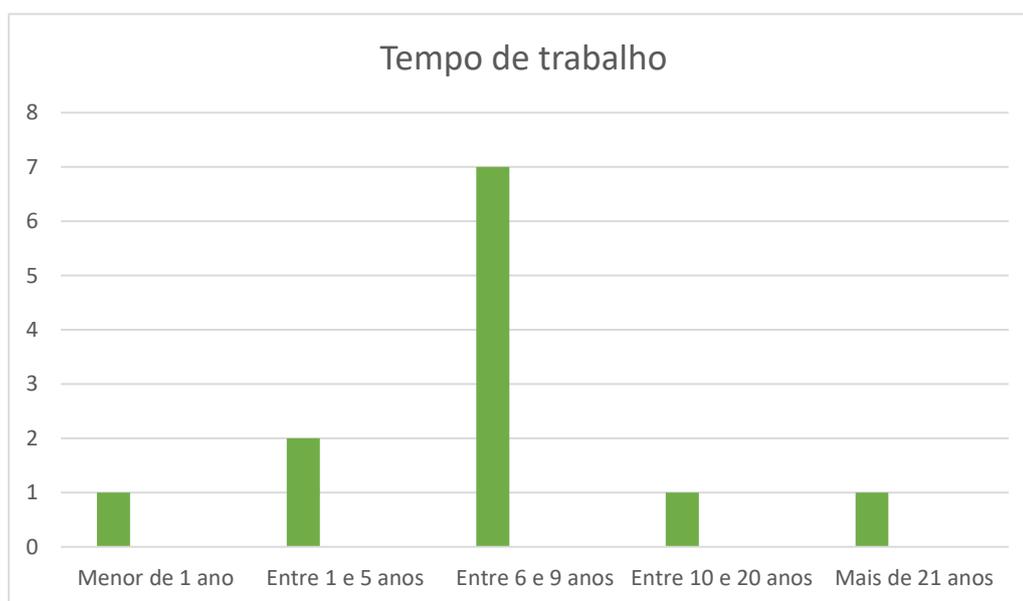


No tocante ao tempo de trabalho no Hospital de Urgência de Sergipe (Gráfico 8), os dados obtidos nos revelam que o maior número, um total de 7 (sete) assistentes sociais entrevistados (58,33%), possui entre 6 e 9 anos de trabalho no HUSE, sendo todos eles empregados pela Fundação Hospitalar de Saúde, seguidos de 16,66% que estão no hospital entre 1 e 5 anos, também sob gerenciamento a FHS. Destacamos que apenas um assistente social possui menos de 1 ano no referido hospital, representando 8,33% dos entrevistados, e apenas um dos sujeitos da pesquisa possui mais de 21 anos no hospital, caracterizando igualmente 8,33% dos entrevistados.

Salientamos, contudo, que o intuito da referida pergunta não era identificar o tempo de atuação enquanto assistentes sociais dos profissionais entrevistados, mas o período de atuação dos sujeitos da pesquisa no respectivo hospital.

A pesquisa qualitativa permitiu identificar que todos os profissionais possuíam experiências profissionais anteriores, não somente na área da saúde pública, como também em outras políticas pública sociais, enquanto gestores e trabalhadores, no setor privado e no campo do magistério. Apresentando uma vasta qualificação dos profissionais inseridos no meio de trabalho, que tem necessidade de valorização profissional, no que concerne aos conhecimentos obtidos na prática profissional e aos alcançados pela busca de conhecimento acadêmico.

Gráfico 8: Tempo de trabalho no HUSE



No que concerne aos vínculos de trabalho, os dados coletados nos indicam 3 (três) tipos de vínculos empregatícios entre os assistentes sociais que trabalham no HUSE. Dentre os entrevistados, o maior número, um total de 9 assistentes sociais, que representam 75% dos respondentes, são os trabalhadores concursados regidos pela CLT, seguidos pelos estatutários com 16,66%. Por último, representando 8,33%, está o profissional regido pela CLT, mas que ingressou através de processo de seleção pública, conforme apresentado no Gráfico 9.

Considerando as diferentes naturezas de vínculos dos profissionais, para uma melhor compreensão deste profissional enquanto trabalhador, cabe entendermos o

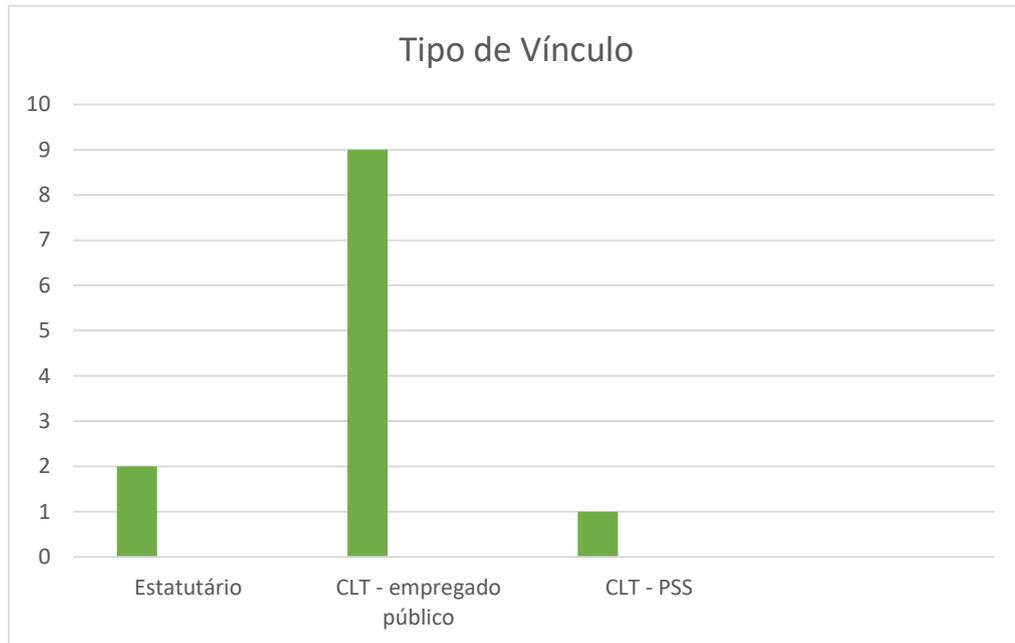
que significa cada um desses vínculos. Num aspecto geral, são evidenciados dois tipos de vínculos de trabalho no setor público: o Emprego Público em Regime Jurídico de Trabalho (RJU), regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), estabelecido pela Emenda nº 19/1998, que o distinguiu do Regime dos Servidores Estatutários com o regulamento específico em cada esfera administrativa da União. A Lei nº 9.962/2000 regulamentou o exercício do emprego público no âmbito da administração federal. Por definição, os empregados públicos não ocupam cargos públicos, mas empregos públicos, sendo contratados de acordo com as normas da CLT por prazo indeterminado.

Há diversas diferenças entre o empregado público e o servidor estatutário (RJU), referidas aos aspectos de estabilidade, processo seletivo, previdência social, remuneração e oportunidades de carreira. O Regime trabalhista é o modo pelo qual se estabelecem as relações jurídicas entre os empregados públicos e a Administração Pública, quando disciplinadas pela CLT e outras normas. Neste regime, o vínculo empregatício é de natureza contratual, comum, equiparando-se à Administração ao empregador particular, sem quaisquer prerrogativas especiais.

A diferença básica entre Seleção Pública e Concurso Público reside no fato deste último estar regido pela Lei nº 8.112/1990 que estabelece normas e critérios para que o brasileiro ou o estrangeiro possa ingressar no Funcionalismo Público. O recrutamento de profissionais para o Serviço Público está previsto na Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 37, inciso II. A Seleção Pública pode ser definida como uma forma simplificada de concurso público, que dispensa ou não a realização de provas de conhecimentos. No caso de dispensa da prova, limita-se à análise de currículo e entrevista com comprovação da qualificação requerida para o exercício do posto de trabalho através dos títulos. Exige-se a publicação em edital como forma de garantir o acesso universal à inscrição e à participação na seleção.

Esses dados nos permitiram identificar que a maioria dos profissionais entrevistados, 58,33%, ao total de 09 profissionais, foram inseridos no hospital através de concurso público realizado pela Fundação Hospitalar de Saúde em 2008.

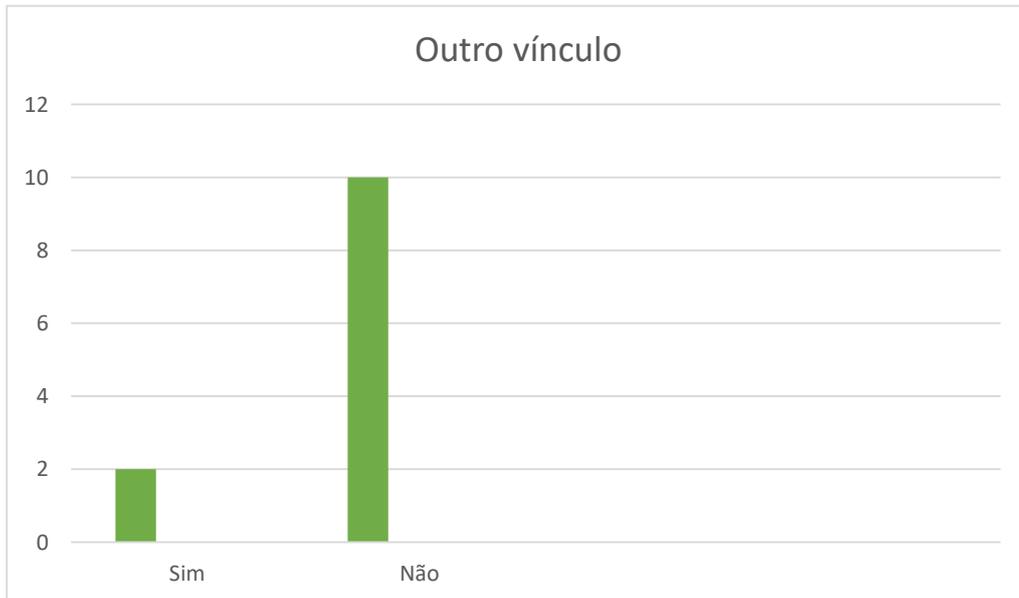
Gráfico 9: Tipo de vínculo empregatício



Sobre possuir outro vínculo de trabalho, os (as) profissionais (83,33%) responderam possuir apenas aquele vínculo empregatício, enquanto que 16,66% afirmaram possuir outro vínculo, conforme consta no Gráfico 10. Dentre aqueles que relataram possuir apenas um único vínculo, também mencionaram que não tem interesse em possuir outros vínculos empregatícios, enquanto que outros disseram não ter tempo para outro vínculo.

Destacamos que a quantidade de vínculos dos profissionais segue a tendência do último estudo do perfil profissional dos assistentes sociais no Brasil, publicado em 2005 pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), cujos dados apontam que na referida categoria profissional os (as) profissionais (77,19%) possuem apenas um vínculo empregatício.

Gráfico 10: Possui outro vínculo empregatício



Salientamos que, durante a visita ao HUSE, identificou-se que o quadro de assistentes sociais se encontra desfalcado devido ao número de profissionais em licenças. Concordamos que é direito do profissional garantido em lei e que deve ser respeitado pelos empregadores. Contudo, a insuficiência desta categoria no quadro funcional do HUSE provoca a intensificação no trabalho dos demais profissionais, pelo acúmulo de demandas que a categoria acaba por assumir. Tal fato deve ser assumido pela gestão do trabalho no sentido de convocar outros profissionais com o objetivo de garantir a qualidade do serviço quantitativamente e qualitativamente junto aos usuários, quanto pela necessidade de não sobrecarregar os profissionais que continuam na ativa.

4.2.2 A percepção dos Assistentes Sociais sobre a política de gestão do Trabalho desenvolvida no HUSE

Para uma melhor compreensão da gestão do trabalho no HUSE, utilizaremos como parâmetro de confrontação de dados as informações obtidas da pesquisa intitulada "A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho: examinando o caso do hospital de urgência de Sergipe", da

autora Katiene Fontes, que fez uma análise do processo de implantação do modelo gerencial da FHS no HUSE e de suas inovações no âmbito da gestão do trabalho em 2009, ano de criação e implantação da FHS.

Fontes (2009, p.69-70) definiu 6 (seis) núcleos temáticos relacionados à gestão do trabalho que abrangiam as principais propostas da FHS para a gestão do trabalho no HUSE, a saber: natureza do vínculo de trabalho; política salarial; política de carreira; processos de gestão; processo de trabalho; saúde, segurança e condições de trabalho.

De acordo com a autora, a partir das categorias listadas, de forma ampla, a FHS propôs: a) Substituição dos contratos temporários por contratação de empregados públicos concursados com vínculo celetista; b) Nova política remuneratória e de carreira com regulamentação de padrão salarial, ajuste de jornadas e definição de critérios para gratificações e benefícios para os servidores públicos estatutários lotados nas unidades assistenciais hospitalares administradas pela FHS; c) Instituição de gratificações variáveis e prêmio anual por cumprimento das metas estabelecidas no Contrato Estatal de Serviços; d) Mesmo padrão de remuneração de estatutários e celetistas; e) Instituição de Plano de empregos, carreira e salários da Fundação com definição dos “recursos humanos” necessários, as atribuições que lhes são relacionadas, e, estratégias para propiciar seu desenvolvimento; f) O Plano de cargos, carreiras e salários prevê formas de evolução funcional e pecuniária por progressão por mérito, recebimento de adicional por titulação e promoção por qualificação profissional; g) Estrutura hierárquica da Fundação Hospitalar aprovada pelo Conselho Curador; h) Redefinição do organograma (em fase de elaboração); i) Definição da missão de cada Hospital; j) Padronização, legalização e regulação da jornada de trabalho e criação de jornadas parciais com pagamento proporcional; l) Descrição de atribuições por categoria profissional e especialidade; m) Descrição de fluxos e rotinas por unidade produtiva em cada equipamento hospitalar; n) Reforma – em andamento – na estrutura física para adequação dos ambientes e melhoria das condições de trabalho.

Nota-se que a gestão da FHS propôs um planejamento que garantiria uma maior dinamicidade à gestão do HUSE, em contraste ao antigo gerenciamento da SES, que possuía uma burocracia característica da gestão pública, o que seria benéfico para os trabalhadores e favorável para uma melhor qualidade aos serviços prestados à população usuária. Todavia,

A mudança de paradigma do serviço público pretendida pelos gestores, de resgate de um ideal de serviço mostra-se distante do que se manifesta hoje, não é partilhado pelos trabalhadores. Estes não reconhecem a Fundação como emprego público. Há para esse grupo um imaginário sobre o vínculo com a administração pública como um lócus de proteção, onde as ameaças deveriam estar afastadas. Não há, no grupo de trabalhadores, a percepção que essa proteção está produzindo efeitos de baixa responsabilidade, baixa eficiência, descompromisso. (FONTES, 2009, p.86)

O projeto apresentado pela FHS representou uma mudança no modelo do serviço público que vinha sendo executado até aquele período, traduz a premissa de uma maior maturidade, responsabilidade e compromisso em sua tarefa pública.

Uma década se passou, desde a implantação da Fundação no HUSE, e muitas foram as mudanças ocorridas na saúde pública de Sergipe. Como apontado anteriormente, o contrato firmado entre a Fundação Hospitalar de Saúde e a Secretaria de Estado da Saúde Sergipe foi refeito, seguindo as orientações do Ministério Público Federal de Sergipe (MPF/SE) que, após auditorias, reuniões e audiências públicas, recomendou a retomada da gestão das ações e serviços de saúde pelo Estado de Sergipe (Secretaria Estadual de Saúde), com a consequente extinção da relação contratual com a Fundação Hospitalar de Saúde – FHS e demais instituições congêneres, pois o referido órgão considerou que

[...] essa incapacidade de gestão está diretamente relacionada ao modelo utilizado neste Estado da Federação, o qual optou pela transferência de suas responsabilidades constitucionais à Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, gerando total descontrole sobre a adequada, efetiva e eficiente aplicação dos recursos públicos destinados a ações e serviços de saúde em Sergipe. (MPF/SE, 2017)

Atualmente, de acordo com a Lei nº 8470, de 02 de outubro de 2018, a FHS tornou-se responsável apenas pelos profissionais que compõem a rede de saúde, pelo corpo de técnicos da saúde, ficando a cargo da SES, segundo o art. 4º da referida Lei, que altera a Lei de criação da FHS,

Art. 4º Fica acrescentado o parágrafo único ao art. 7º da Lei nº 6.347, de 02 de janeiro de 2008, com a seguinte redação:
'Art. 7º Parágrafo único. A execução dos serviços de saúde afetados à Fundação Hospitalar de Saúde – FHS, na forma pactuada do art. 16 desta Lei, não abrangerá as atividades de contratação de insumos, materiais, serviços de terceiros, locações, investimentos, ainda que necessários ao atendimento sanitário, cabendo ao Estado de Sergipe a titularidade da prestação'.

Dessa forma, as categorias analisadas por Fontes (2009), serão abordadas, nesta pesquisa, a partir do objetivo da pesquisadora, considerando as categorias centrais relevantes para esse estudo e a atual conjuntura vivenciada pelos assistentes sociais que trabalham no HUSE.

Assim, o item referente à percepção dos sujeitos da pesquisa quanto a política de gestão do Trabalho desenvolvida no HUSE teve como perguntas norteadoras: “Qual sua compreensão sobre o gerenciamento da FHS no HUSE? Como você percebe a política de gestão do trabalho desenvolvida no HUSE pela FHS? Quais as principais dificuldades colocadas para a realização do seu trabalho? Como você descreve as suas condições de trabalho na gestão da FHS? Na sua opinião existe ou existiram mudanças nas atividades de trabalho realizados pelos Assistentes Sociais no HUSE sob o gerenciamento da FHS?”. E objetivou identificar o entendimento dos assistentes sociais ante a política de gestão do trabalho desenvolvida pela FHS no HUSE, uma vez que esta incide diretamente na sua condição de trabalhador.

Os depoimentos dos entrevistados foram semelhantes, configurando uma percepção linear acerca da temática. Todavia, cabe mencionar que foi possível observar nervosismo e hesitação por parte de dois profissionais quanto a falar sobre a FHS, notou-se um receio e a colocação “tá bom, eu já falei demais” (Entrevistado 6) mostra que existe em alguns profissionais um sentimento de apreensão em expor seus pensamentos e posicionamentos acerca da FHS.

No mais, os discursos são coerentes com uma posição de insatisfação e desmotivação geral entre os assistentes sociais, e com uma opinião unânime da não existência de uma política de gestão do trabalho efetiva no HUSE. Durante as entrevistas, foram observadas questões pertinentes ao campo da gestão do trabalho, a saber: ambiente e condições de trabalho, qualificação, valorização profissional, participação política, acesso à tecnologia, entre outros. Conforme as falas que seguem:

Entrevistado 1: [...] Eu não vejo. Olhe por exemplo, a gente tá hoje numa situação que você não tem noção, como as coisas não são padronizadas, de escalas de trabalho, cada um aqui faz aquilo que acha conveniente, a gente não tem um norte da Fundação, com relação a escala de trabalho tem que ser de segunda a sexta de 7 à 13h e sábado e domingo de 7 às 19h, não é fixo e a gente acaba que fica solto, não somente no Serviço Social, mas em todas as categorias. É muito difícil a gente ter uma escala única, se eu pegar a escala das categorias você vai verificar que cada uma

faz de um jeito, não existe a padronização, e aí é o mínimo né?! Fora outros aspectos que a gente fica realmente refém de quem tá na gestão, nesse sentido de pode ou não pode fazer, a gente não tem uma segurança de que aquilo que a gente tá fazendo é que aquilo que de fato é o que gestão da Fundação determina [...]. Não existe padronização de escalas de jornada de trabalho entre setores e categorias. Não tem normativas da Fundação. Aí eu acho muito solta essa questão da gestão do trabalho.

Entrevistado 2: Não vejo política de gestão do trabalho aqui não, gerenciamento dos profissionais tem muita coisa que a gente não entende. Reconhecimento de feriados e horas extras há divergência entre o RH do HUSE e o RH da SES, que só foi resolvido pela procuradoria a favor dos trabalhadores. Há uma descontinuidade nas formas de gerenciar o RH. Questões de padronização e outros foi definido pelo Acordo coletivo assinado entre os trabalhadores e a FHS. Com a mudança que ocorreu em abril de 2019 e a FHS ficou responsável apenas pelo gerenciamento dos profissionais, ficamos sem entender muita coisa, e eles não se entendem entre si.

Entrevistado 3: Então hein... trabalhador aqui é só para no final dá as estatísticas para a imprensa, foram tantos atendimentos né, conseguimos atender a todos, todo mundo foi atendido, tantas altas, tanto... é estatística.

Entrevistado 5: Essa questão de comunicação tem afetado muito o trabalho da gente, porque as regras, as normativas, as definições de como o hospital vai funcionar ele não chega para gente né, então a gente não tem como visualizar uma gestão positiva a partir do momento que eles definem o que o funcionário vai fazer sem a participação do funcionário. E isso é em termos gerais não é só aqui no pronto-socorro não, não é só na sala do serviço social, é em geral no hospital inteiro e nas outras unidades também. Tenho visto que alguns colegas têm passado por dificuldades e isso muito semelhantes a nossa.

Entrevistado 8: Essa gestão da Fundação com a gente é relação de Recursos Humanos simplesmente. [...] eu acho que falta esse diálogo entre a gerência e as pessoas que são geridas tem muita coisa de cima para baixo. A gente não tem uma relação de conversa, não tem uma relação de colegiado, quando acontece alguma coisa aqui é partindo do gerente, dos coordenadores daqui, não é partindo da fundação. Tipo, a gente não tem uma capacitação, a gente não tem apoio pra capacitação [...], os cursos são caros, os congressos são caros, as especializações são caras, e a gente não tem por parte da fundação nenhuma contrapartida, a única coisa que a gente tem é o que tá na lei, que é aqueles 5 dias no ano que a gente tem de folga pra participar de evento. Nem eles dão ajuda de custo pra capacitação e nem eles proporcionam a capacitação. As capacitações que vieram pela fundação, não foram feitas pela fundação, foram feitas outras instituições. A única relação da gente com a fundação é de pura e simples recursos humanos, e as vezes até mais de cobrança, como essa questão de bater ponto, então assim, eles querem que a gente bata o ponto, mas os pontos daqui quebraram, e eles não disponibilizam outros pontos, a gente que tem que tá andando pelo hospital procurando um ponto pra bater, então até uma exigência que eles querem eles não proporcionam isso pra gente. [...] A organização e padronizações dentro dos setores são feitas pelos RT, gerentes e coordenadores de setores, não existe fluxograma da fundação no hospital. [...] O acordo coletivo não tá mais valendo, e não se sentaram pra definir outro, e as decisões são todas impostas para o trabalhador.

Foi possível perceber um distanciamento entre o gerenciamento da política de gestão do trabalho da FHS em execução no HUSE com os trabalhadores. Entre os

problemas enfrentados pelos assistentes sociais, destacamos: salários defasados, ausência de incentivos à qualificação e especialização, condições precárias de execução das atividades essenciais, ausência de infraestrutura adequada, falta de uma política de valorização profissional e a descontinuidade dessas políticas.

Entendemos que o assistente social vivencia essa realidade por estar inserido na mediação do trabalho assalariado, na condição de trabalhador, como descreve lamamoto (2015, p.416):

A mercantilização da força de trabalho do assistente social, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à implementação do projeto profissional.

Todavia, como aponta a autora, essa mercantilização da força de trabalho impõe condições ao profissional que afetam a autonomia profissional frente à condução do seu trabalho, pois o empregador estabelece as demandas e prioridades a serem atendidas pelos profissionais, o que reflete diretamente nas respostas dadas aos usuários dos serviços.

Entrevistado 1: Infelizmente no contexto, na situação atual da Fundação Hospitalar de saúde precisa melhorar bastante entendeu. Precisa melhorar bastante no contexto de rede, rede de serviços, no contexto de apoio aos pacientes, no contexto de auxílio aos seus trabalhadores, que eu acho que tá esquecendo que esse trabalhador pra essa política ser bem executado ele precisa ser cuidado, a gente tem um alto índice de adoecimento por vários motivos não só os provocados pelos ambientes internos como aquilo que ele cria expectativa de encontro o trabalhador e não consegue atingir, precisa de uma melhoria urgente. Parar e planejar de fato, deixar de ser esse processo de enxugar gelo e apagar fogo, vamos fazer o quê tá mais imediato e não é assim, precisava de uma política mesmo de você avaliar por cima e não por dentro do processo, que às vezes quando você tá por dentro você acaba esquecendo essas mudanças necessárias para o andamento das coisas aqui no meu setor é o que percebo.

Entrevistado 9: Eu vejo uma relação muito distante, não tem capacitação, não tem incentivo, se o trabalhador quiser capacitar é por conta própria, não tem folga, ou tem que trabalhar um plantão pra poder ir pra uma capacitação, fazer um curso. Porque desde que eu entrei na fundação, vai fazer 10 anos, nunca houve nenhuma capacitação. Chama você no concurso, diz pra onde você vai, onde tá lotado, pronto, mas não teve nenhuma capacitação, uma preparação, aí joga o profissional e pronto. Não tem um incentivo pro trabalhador se capacitar, se qualificar, quando tem, é uma instituição de fora que convida, não é a fundação que faz, não tem estímulo pra fazer uma pós, um mestrado. Se você for fazer um mestrado, você vai pedir pra sair ou pedir a suspensão do seu contrato. Mas a gente precisa do salário, e a gente acaba não se capacitando as vezes, porque

demanda custos, e o salário tá defasado, que há anos tá congelado também.

Entrevistado 10: A maioria dos profissionais são todos revoltados, porque a gente é muito cobrada aqui, cumprimento de horário, mas não dá muita condição de trabalho, a gente que tá nas alas vê o pessoal se virando atrás de material, de lençol, de tudo, de medicação. Pra gente no serviço social tem dificuldade por que tem muita coisa que a gente não consegue resolver, porque não depende muito da gente, coisas relacionadas com o paciente, que ao meu ver é descaso. Não existe incentivo de nada, se você quiser se especializar, fazer cursos você tem que pagar, a única coisa que dão é que você faz o requerimento pedindo afastamento, e normalmente é liberado. Se você for liberado você não tem nenhum prejuízo financeiro, mas você tem que pagar do seu bolso. Pela fundação acho que nunca teve nenhum curso, antes da fundação tinha, só que era assim só colocavam pros gerentes, e a maioria dos gerentes não eram funcionários da casa e a gente reclamou muito disso. E depois que a fundação assumiu nunca mais teve nada, a gente que sempre pede, convoca o pessoal do INSS e tudo pra gente ficar atualizado, isso normalmente é a gerente que fica responsável, a única coisa que a direção faz é liberar auditório, material, de slides, essas coisas, mas não tem, você que tem que procurar, não é que tá no programa deles atualizar funcionário, não tá não. A gente que tem que correr atrás, e dependendo da coisa, se tiver algum custo é você que tem que arcar.

Entrevistado 11: [...] eu sinto falta daqui ter incentivo da gente fazer especializações, a gente não tem, quem já tem, que tem direito de receber os 5% não estão recebendo, tem a questão da gente tá com nosso salário atrasado, eu não tenho reajuste de salário desde que eu entrei aqui, eu tô aqui a 6 anos e nenhum reajuste salarial, a única coisa que eu posso ver uma diferençazinha no meu salário é que, se eu não tiver enganada, de 3 em 3 anos ou é em 2 e 2 que a gente tem o aumento da letra, aí aumenta uma besteirinha, isso de fato eu visualizei. A gente tá recebendo ultimamente as nossas férias atrasado, nossos salários atrasados, a gente tá recebendo décimos parcelados. [...] Quando eu entrei aqui eu via que ainda tinha umas capacitações, algumas colegas chegaram a participar, principalmente quando era RT, depois até isso foi se perdendo.

Como vimos, existe uma carência e necessidade de qualificação por parte dos assistentes sociais, o que foi elencado pelos profissionais como um significativo meio de se refletir a prática e ofertar um melhor atendimento para os usuários. Porém, ficou evidente a inexistência de incentivo por parte da gestão da FHS nesse sentido, colocando, inclusive, os profissionais na posição de terem que escolher entre a posição de se especializarem ou saírem de seus empregos. Essa posição da FHS ignora a necessidade e particularidade da profissão, que traz na sua vinculação das dimensões teórico-práticas (dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa) a possibilidade de o profissional ampliar a sua visão crítica do real, o desvelar de suas contradições e a proposição de meios para superá-las.

Na fala dos profissionais, percebe-se o descontentamento com a gestão da FHS, apesar de, no decorrer das entrevistas, não ter sido mencionado nenhum tipo de articulação conjunta da categoria para reivindicação de direitos. Ao contrário,

sentiu-se um distanciamento entre setores, uma vez que dentro de cada setor do Serviço Social existe um direcionamento das atividades desenvolvidas a partir da demanda por eles respondidas. Isso pode ser explicado pela diversidade de demandas recebidas pelo hospital e que são direcionadas para cada setor, bem como o gerenciamento que cada setor recebe por parte da direção geral do hospital.

Não obstante, não podemos perder de vista a realidade vivida pelo trabalhador brasileiro, que tem vivenciado a cada dia novos ataques relativos aos direitos trabalhistas e sociais, a exemplo das alterações realizadas através da Reforma Trabalhista aprovada pelo Congresso brasileiro em 2018, que não apenas retirou garantias de direitos, como enfraqueceu o processo de luta e o poder de mobilização dos trabalhadores, quando estes têm suas centrais sindicais sofrendo também duras investidas de cortes financeiros, impossibilitando-os de realizar as mobilizações e articulações juntos aos trabalhadores.

Entrevistado 8: [...] aqui na operacionalização mesmo do trabalho há muita discussão pelo menos aqui dentro da Oncologia, e aí é o que a gente diz que tem a diferença que são hospitais dentro do hospital, aí dentro da oncologia a gente tem essa facilidade de discussão de ideias, quando a gente tem uma ideia que a gente quer fazer algo determinado, determinada ideia aí a gente só conversa com a coordenação, senta com ela e diz ó a gente tá tendo essa ideia, será que dá para fazer isso, aí ela vai dizer se dá ou se não dá, dá outras ideias. De vez em quando a gente tem reunião com a coordenação para discutir e é bem mais fácil a operacionalização com a coordenação do que com a fundação, porque se a gente precisasse consultar a fundação ia ser meses e meses, e tempos em tempos aqui para esperar uma resposta.

Também não podemos desconsiderar que é no contexto da reestruturação produtiva que podemos observar o crescimento da desigualdade social e, em consequência, da pobreza e da miséria. Consequentemente, há um aumento das demandas que chegam ao serviço social e, contraditoriamente, observa-se uma omissão nas respostas a essas demandas acarretadas pela natureza da política econômica neoliberal. Visualizamos este cenário quando analisamos a política de saúde, aqui retratada pela oferta de serviços de saúde no HUSE, que, por ser um hospital de atendimento público, com cobertura de 100% do SUS, possui em sua maioria usuários que não teriam como custear seu tratamento e que necessitam de assistência e orientações para acessar seus direitos, os quais, por vezes, são negligenciados pelo poder público, buscando, assim, atendimento dos assistentes sociais dessa instituição em seus variados setores. Contudo, o exercício profissional

dos assistentes sociais também é permeado por condições adversas, no que tange à universalização dos direitos defendidos no Código de Ética Profissional, tendo seus direitos também negados enquanto trabalhadores, a exemplo do direito ao sigilo profissional, que é necessário para o atendimento dos usuários que o procuram, conforme pode ser vislumbrado nos depoimentos que seguem:

Entrevistado 3: [...] a gente não tem um espaço adequado por que as vezes o acompanhante quer conversa em sigilo, quer relatar alguma coisa e a gente não tem privacidade aqui.

Entrevistado 4: [...] você ver que é um barulho enorme, a gente não tem como manter um sigilo, um atendimento mais criterioso a gente não tem como fazer, a gente faz tudo junto, as notícias de óbito são tudo dada aqui na nossa sala, a gente não tem essa privacidade, é atendimento múltiplo, eu posso tá tendendo aqui um óbito, pode tá atendendo uma alimentação, dois assuntos que a gente atende, dois assuntos que a gente atende diferente que tá no mesmo espaço. Tanto a alimentação quanto o óbito são importante, a gente não tá diminuindo a importância, cada um tem sua importância só que é diferente, é abordagens diferentes, a questão do óbito requer mais sensibilidade mais uma atenção, diferente de um atendimento pra você fazer uma liberação de alimentação e a gente não tem um espaço, até mesmo não sendo óbito, sendo um caso específico ou uma agressão, casos específicos mesmo que é múltiplos aqui de casos, você quer atender algo, quer entender melhor o contexto familiar, o contexto da história, o contexto do paciente e você não tem aquele sigilo, não tem aquela parte mais recuada para você entender, o atendimento é amplo.

Entrevistado 11: [...] como é que a gente é um profissional de escuta qualificada individual, às vezes a gente tem que ter uma escuta com a família que tá passando por situações que não podem ser expostas, nem ao outro meu colega, por mais que a gente tenha o sigilo profissional. Eu não tenho espaço para fazer uma escuta qualificada, aonde nessa sala aqui me dá um espaço pra que eu possa fazer uma escuta qualificada com o meu usuário? Não tem. Na enfermaria você vai ver isso, se a enfermaria são de 2, 4, 5 pacientes, eu quero trazer para minha sala, mas cadê a minha sala? Pra mim dar um direcionamento pra eles, uma coisa bem diferente. Às vezes você tá com uma família de um óbito aqui e a gente tá com a sala povoada por várias demandas, olha que contradição, isso é o tipo de acolhimento individual qualificado? não é.

Nota-se ainda um grande desafio por parte dos trabalhadores em conseguir compreender e acompanhar sua realidade a nível macro, no qual as relações da sociedade com o mundo do trabalho ocorrem a partir da perspectiva da política econômica, e não somente a nível micro, onde as atividades se realizam a partir de regras e valores vividos pelos trabalhadores. Conseguimos identificar entre os profissionais aqueles que conseguem visualizar o contexto político, econômico e social da política de saúde e como isso impacta não somente os profissionais, mas também a população usuária dessa política e os serviços ofertados por ela.

Entrevistado 9: [...] não vejo como bem, por que volte e meia se você acompanha a imprensa existe falta de medicamentos, falta de coisas básicas, na minha visão, aliás na atual conjuntura eu não vejo não só Fundação, mas o que vem acontecendo no nosso país, a política de saúde, esse retrocesso que vem acontecendo tá refletindo diretamente na saúde e de alguns anos para cá se agravou. Isso não só reflete na Fundação, eu digo isso como um todo, a saúde no nosso país como um todo. E em Sergipe, principalmente o HUSE que é um hospital de alta complexidade que tem uma visão maior né, a de saúde, quando se fala saúde já vai logo pensando no hospital João Alves. Então assim, é o maior hospital do estado e único, gerido pelo SUS e onde os recursos de alguns anos para cá estão estagnados né, e com a PEC do congelamento, durante 20 anos você congelar os recursos para saúde e você imagina os reflexos que isso vai acontecer com a saúde da população, que vai refletir tanto na gestão, como nos profissionais. Por que não vai ter dinheiro para os recursos humanos, nem pra contratar nem pra fazer concurso. Não vai ter dinheiro para equipamentos, para os insumos, para as coisas básicas. Então isso vai refletir diretamente na saúde e assim reflete nos profissionais também, e a população como um todo que vai mais sofrer com isso.

Todavia, vemos uma fragilidade quanto à visão dos profissionais acerca do sentido das FEDP, aqui representada pela FHS, que se apresenta enquanto uma expressão do sucateamento da saúde pública. Dentre os entrevistados, foi colocada a proposta da FHS como algo positivo, feito para resolver os problemas da saúde pública do Estado de Sergipe, apesar da mesma não ter conseguido efetivar sua proposta ao passar dos anos, inclusive, não conseguiu enxergar a evidência comprovada de que a gestão da FHS precariza o emprego do servidor público, adotando o modelo celetista e acabando com a sua estabilidade.

Entrevistado 2: [...] a intenção era boa né, porque não foi só essa fundação daqui que foi colocada né, foi a daqui a de Pernambuco e a da Bahia, a intenção era para fazer com que se otimizasse os serviços, por conta do contrato que foi feito por dispensa de licitação e de algumas outras coisas, a intenção foi boa, no decorrer do caminho que ela foi sendo engessada, na verdade, então se tinha uma proposta que não foi colocada na sua total execução. É tanto que parece, se eu não me engano que só a Fundação daqui existe, as outras foram extintas, tanto a da Bahia quanto a de Pernambuco, por conta mesmo desse engessamento da máquina pública. [...] a proposta ela foi boa, no início ela conseguiu, uma boa parte conseguiu ser feito, é tanto que o concurso né, o concurso era uma das medidas hospitalares precisam muito, a SES em si precisava muito, e pessoal e o concurso foi feito através da fundação, mesmo sendo a secretaria de administração, mas foi pela fundação, então, se colocou pessoal pra trabalhar, se otimizou a compra de material, compra de equipamentos, compra de serviços que são terceiros né, que são exames, consultas, essas coisas. O resultado disso foi bom, mas ele foi com o passar do tempo engessado pela própria questão da SES, o governo começou a engessar, então ela começou a ficar sem perna e sem braço por conta desse engessamento.

Por outro lado, uma profissional demonstrou uma compreensão mais aprofundada acerca da condição de seu vínculo enquanto celetista, problematizando, inclusive, alguns aspectos negativos do modelo de gestão implantado pela FHS, aos quais coadunamos com esse entendimento, por compreender que o vínculo celetista não representa a estabilidade trabalhista de um servidor público, como colocado na Constituição Federal, em seu art. 41.

Entrevistado 7 - Para o trabalhador em si teve também a questão da precarização né, por que quando era regido só pra secretaria de saúde, eu acho que tipo, relacionado à o que tem de direitos e tudo mais, e agora acho que ficou mais precarizado, até mesmo pela forma de contratação em si né, a gente é regido pelo CLT, e se fosse pelo estado seria estatutário, então assim é a questão mesmo de direitos também que não são respeitado, então assim a questão é complexa, tem uma ótica que era pra melhorar mas a gente viu que com todas essas intervenções que teve do ministério público não foi 100%.

Com isso, entendemos que as FEDP rompem com a estabilidade dos servidores públicos, tornando-os vulneráveis à dinâmica de mercado e também aos interesses da iniciativa privada, enfraquecendo a luta de classe e fortalecendo o acirramento da concorrência dos profissionais, causado, entre outras coisas, pela flexibilidade nas relações de trabalho. Na realidade da FHS, no que tange à questão da gestão do trabalho implantada no HUSE, em comparação à proposta colocada em sua criação, como observado anteriormente por Fontes (2009), nota-se a necessidade de uma mudança que incorpore qualificação, competência e responsabilização.

Em outras palavras, entende-se que se faz imprescindível analisar a capacidade de gerenciamento da FHS frente às questões laborais basilares para os profissionais, sobre a competência e perfil desses gestores que estão à frente de uma instituição de alta complexidade e sobre o reconhecimento imputado a estas funções. Deve-se ainda ponderar sobre esses trabalhadores, sobre sua situação enquanto servidor público, desprovido de estabilidade, sem uma política voltada para a valorização do seu trabalho.

Necessita-se da criação de mecanismos de escuta/diálogo entre profissionais e gestores, tais como: ouvidorias, conselhos de unidade, colegiados, grupos focais e educação continuada voltadas para a melhoria da comunicação, e com o objetivo de aperfeiçoar a política de gestão do trabalho implantada no HUSE pela FHS.

4.2.3 Percepção dos assistentes sociais sobre o Processo de Trabalho

A partir das observações realizadas durante a visita ao HUSE, foi possível identificar que a dinâmica no processo de trabalho no HUSE origina-se na persistência do modelo médico-hegemônico, além de uma grande pressão em relação às respostas das demandas e uma fragmentação do trabalho. E ainda que a inserção dos assistentes sociais no processo de trabalho no hospital não foi organizada por estes profissionais e nem é exclusiva da categoria. A dinâmica de organização é realizada pela instituição, que atribui a singularidade ao processo de trabalho na sua totalidade, de acordo com as demandas socialmente produzidas.

Salientamos que essa organização do processo de trabalho do HUSE não se relaciona apenas à divisão social e técnica do trabalho, mas também à forma como o trabalho coletivo é conduzido e apresentado enquanto uma expressão da fragmentação do trabalho que, da mesma forma, é definida pelo modo que é direcionada a gestão do trabalho no hospital.

Podemos observar que pelo fato de a divisão setorial do Serviço Social possuir demandas diferentes, a rotina de trabalho dos assistentes sociais do HUSE é distinta. Mas o que ficou evidente é a necessidade de um protocolo de atuação, que venha a estabelecer rotinas e fluxos, e garantir a efetiva atribuição do Serviço Social, de acordo com a Lei de regulamentação da profissão, o código de ética e o Parâmetro para a atuação de assistentes sociais na política de saúde elaborado pelo CFESS em 2010.

Dentre as falas dos respondentes, a maioria mencionou o POP - Plano Operacional do Serviço Social, que foi elaborado pelos profissionais de todos os setores no intuito de estabelecer um protocolo de atuação dos profissionais, trazendo a reflexão sobre o papel do assistente social em cada setor específico, com as demandas que cada um destes setores requerem do assistente social e que engloba as legislações voltadas para a sua atuação, mas que ainda não está em vigência no HUSE por falta de aprovação por parte da FHS.

Entrevistado 2: [...] a gente não tem nem POP, a gente não tem manual, a gente não tem POP, que é o protocolo operacional, a gente não tem. Ele já foi moldado, mas não foi colocado em prática porque tiveram algumas

coisas pra resolver. [...] a gente que foi atrás pra poder resolver, foram feitas reuniões, a gente montou o POP, levou pro setor aqui, foi montado por todos assistentes sociais, de todos os setores, aí foi levado pro setor aqui que justamente faz a análise do pop e até hoje, já tem um ano, um ano e três meses.

Entrevistado 8: [...] é tanto que o POP, que é o plano operacional, a categoria construiu e até hoje a gestão não aprovou ainda, tá lá bolando, aí cobram que não tem, aí a gente refaz, aí a gente disse que não vai fazer mais não porque a gente já entregou o segundo e vocês não aprovam, não efetivam, então fica complicado.

Na fala dos profissionais, foi possível identificar que o exercício profissional dos assistentes sociais no HUSE é fragmentado, sendo que, em alguns setores, a exemplo do pronto socorro, ficam direcionados ao atendimento de situações problemas e imediatistas, como pode ser visto nas falas a seguir:

Entrevistado 2: A gente é garantidor de direitos na nossa essência enquanto profissional, aqui a gente é apaga fogo e enxugar gelo, a gente é imediatista, a gente é tarefeiro, a gente é isso, a gente não consegue aplicar na prática o que a gente se propõe a fazer que é a garantia dos direitos dos usuários baseados na política de saúde, a gente até tenta, até tenta. [...] mas não tem condição, a gente não tem condição, começa primeiro aqui pela sala, a gente não tem condição de trabalho pra poder colocar em prática a nossa proposta de trabalho baseado na política de saúde, e na política de humanização também que é um dos pilares que a gente se utiliza, a gente é tido como tarefeiro mesmo, fica só ali [...].

Entrevistado 3: Como eu falo a gente assim... tem que dar aquelas respostas imediatas né, na porta de pronto-socorro não dá para você fazer um trabalho diferente de saúde básica e as pessoas estão esperando uma resposta, a gente tem que responder pela direção, pelo médico, pelo... é estressante, porque a gente tem que estar apagando os incêndios aqui.

Entrevistado 4: É mais rotineiro, principalmente pronto-socorro, é mais apaga fogo, é imediatista, a gente tem as rotinas diárias no setor, os atendimentos rotineiros, tipo uma alimentação, visitas nas alas, mas é que... é diário, tem que ir nas alas fazer as visitas, alimentação também é diário, no mais é uma coisa imediatista, aconteceu uma coisa na ala, a enfermeira chama a gente faz o atendimento, faz o acolhimento.

Nesse sentido, faz-se necessário entender o motivo das demandas direcionadas ao Serviço Social, não apenas pelos usuários, mas também pelos profissionais do hospital e pela própria instituição. Guerra (2007) analisa que as respostas dadas pelos profissionais, por vezes, são voltadas para responder as demandas contraditórias do capital e do trabalho, e, em geral, acontecem em caráter microscópico,

[...] são respostas fragmentadas, imediatistas, isoladas, individuais, tratadas nas suas expressões/aparências (e não nas determinações fundantes), cujo critério é a promoção de uma alteração no contexto empírico, nos processos segmentados e superficiais da realidade social, cujo parâmetro de competência é a eficácia segundo a racionalidade burguesa. São operações realizadas por ações instrumentais, são respostas operativo-instrumentais, nas quais impera uma relação direta entre pensamento e ação e onde os meios (valores) se *subsumem aos fins*. Abstraídas de mediações subjetivas e universalizantes (referenciais teóricos, éticos, políticos, sócioprofissionais, tais como os valores coletivos) estas respostas tendem a perceber as situações sociais como problemáticas individuais. (GUERRA, 2007, p.9-10)

Todavia, o exercício profissional não se restringe apenas a essas demandas, inclusive, porque elas demandam intervenções que perpassam o campo da razão crítica e da vontade dos sujeitos inscritos no âmbito dos valores éticos, morais e políticos.

Diante das características do atendimento hospitalar [...] a questão central para os assistentes sociais, objetivando superar o apoio e o alívio de tensão necessários também nestas circunstâncias, é priorizar a defesa e realização dos direitos a uma atenção à saúde de qualidade, com referenciamento para as unidades de atenção básica tendo em vista a continuidade das ações iniciadas e/ou realizadas. (VASCONCELOS, 2012, p.479)

Em contraste com outros setores, nas falas dos profissionais, foi possível identificar uma lógica de organização do trabalho diferente, com ações, fluxos e rotinas mais ou menos padronizadas.

Entrevistado 7: Então, na pediatria a gente trabalha com o sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente no sentido de prevenir situações de violação de risco, a gente trabalha com notificações de SALVE com o conselho, encaminhamentos pra rede de saúde, é que aqui a gente trabalha no regime de plantão, é de 24 horas e não para, se é 24h e não para, a gente tem que sempre ler, o primeiro passo quando chega na unidade é ler o livro de ocorrência e no livro de ocorrência vai ter as demandas espontâneas, a gente também trabalha com outras demandas espontâneas, falta um pouco de planejamento, por que eu acredito que deveria ter um planejamento maior, por que a gente deveria mensalmente tá sentando, tá elaborando nossa forma de intervenção, mas assim, em virtude da dinâmica, as vezes a gente acaba não fazendo entendeu? Mas a gente tem essa ótica assim, plantão, dá continuidade para os encaminhamentos e preenche os SALVE, das orientações, no mais é isso.

Entrevistado 9: Eu e a [outra assistente social] a gente fica com as alas, o ambulatório e o atendimento de sala. Então assim, no dia-a-dia, é responsável pelas alas, num dia eu subo, no outro ela, não tem isso não. [...] e aí a gente fica responsável pelo ambulatório que a nossa demanda principal, é o onde é o primeiro atendimento do usuário quando vem pra oncologia, é o primeiro e desse primeiro aí que vai demandar o tratamento, o que vai ser, e aí todo dia é uma demanda diferente, porque são pacientes novos, aí a gente trabalha com esse usuário do ambulatório mais na informação do direito, dos encaminhamentos, porque quando eles chegam

aqui na oncologia a gente sabe que o foco deles vai ser a doença, aí eles esquecem as outras partes, tipo transporte, “será que eu vou ter que pagar do interior pra vir até aqui?”, a questão do benefício social. [...] então o serviço social vai ter o papel de orientar sobre esses direitos sociais que eles têm, pra a partir daí iniciar seu tratamento. O ideal é isso, mas infelizmente, ainda a gente não conseguiu atingir esse ideal, que é atingir todos os pacientes do ambulatório. Por que? Porque demanda sala, lá a gente não tem sala, aí a gente fica catando os pacientes da quimio, vai lá e pergunta se é paciente de primeira vez e atende.

Com isso, constata-se, de forma ampla, que as atividades dos profissionais variam de acordo com cada setor. Dentre as falas, foi observado que todos os setores mantêm um livro de ocorrência, onde os profissionais registram os atendimentos, além de funcionar como meio de comunicação entre os profissionais. Além de serem realizados atendimentos individuais, encaminhamentos, contatos com profissionais e/ou instituições da rede e dos municípios, salas de espera com os familiares nas UTIs, entre outros. Essa lógica de organização do trabalho dos profissionais expressa o padrão flexível exigido a todos os trabalhadores, incluindo o assistente social.

Enquanto trabalhadores coletivos, inseridos no processo de trabalho de saúde, as opiniões dos profissionais acerca do entendimento da profissão pela equipe de trabalho no HUSE divergem. Uma parte dos profissionais acredita que os assistentes sociais são vistos como meros executores das atividades determinadas pelos gestores, restringindo-se à realização de tarefas e de ações pontuais, para cumprir seu papel institucional. Os assistentes sociais entrevistados relatam a ausência de reconhecimento da sua profissão por outros profissionais de saúde, bem como pela própria FHS, e os desafios para o trabalho multiprofissional. Conforme as falas que se seguem:

Entrevistado 3: Eu creio que a visão que eles têm de saúde ainda seja aquela restrita, que é médico e paciente, por mais que tenha no quadro né os multiprofissionais que são os assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. Mas eles fazem... eles deixam claro que às vezes não sabe qual nosso papel aqui dentro, por mais que a gente esteja na porta e atendendo o hospital inteiro quase como uma recepção, a gente vai para as alas da cobertura todas as alas e... a visão de saúde... ou eles... ou então essa ideia imediatista de que a gente tem que dar respostas assim de imediato, porque tá demorando a consulta, porque tá demorando exame, porque tá demorando muito tempo internado, no final eles acaba restringindo, quer que a gente haja só no imediatismo mesmo, apagando os conflitos que vão aparecendo.

Entrevistado 4: [...] o que a gente sofre aqui com relação a fazer profissional é que todas as categorias, todos os setores, da recepção ao

guarda é dizer o que a gente tem que fazer, eles já chegam aqui, policiais... dizendo que a gente assistente social tem que fazer, isso é da assistente social, vocês têm que fazer, entendeu? Eles não entendem qual é o nosso trabalho qual é o nosso papel aqui, é uma luta constate que a gente tem aqui.

Entrevistado 5: Tem desafios sim, como eu disse antes a falta de comunicação ela tem dificultado não só a conversa entre gestores e os subordinados, os subordinados eles têm se digladiado por que essa informação da gestão não tem chegado para os dois, chega para enfermagem e não chega pro serviço social, chega para o médico mas não chega pra enfermagem, entendeu?!

Observa-se uma correlação de forças entre trabalhadores e empregadores e ainda entre a própria equipe multiprofissional, fazendo-se necessário evidenciar e problematizar as dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais em seus espaços de trabalho, na busca por sua autonomia relativa, pois, enquanto trabalhador assalariado, ele é chamado a responder às demandas institucionais postas, sem, por vezes, definir as prioridades que demandam sua intervenção. Do mesmo modo, o assistente social necessita apoderar-se do projeto ético-político da profissão, bem como de suas atribuições, e para com o seu exercício profissional, como forma de fortalecer sua autonomia e, assim, evitar que outros profissionais ou mesmo a gestão da FHS defina as ações e atribuições que lhe cabem enquanto profissionais. Nesse sentido, vale ressaltar que

Na defesa de sua relativa autonomia, no âmbito dos espaços ocupacionais, o assistente social conta com sua qualificação acadêmico-profissional especializada, com a regulamentação de funções privativas e competências e com a articulação com outros agentes institucionais que participam do mesmo trabalho cooperativo, além das forças políticas das organizações dos trabalhadores que aí incidem. Na direção da expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para a definição de um perfil da profissão: valores que a orientam, competências teórico-metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias a sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado às forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2015, p.422).

Quanto aos demais profissionais, eles revelaram o respeito dos demais profissionais na sua atuação e um reconhecimento da FHS pela profissão, conforme podemos ver nos depoimentos abaixo:

Entrevistado 1: Eu acredito que o entendimento do serviço social enquanto trabalhador de saúde já foi avançado né e dentro do fazer profissional a gente segue, tenta nortear através dos parâmetros né, de saúde, que é

aquele documento que foi feito pelo CFESS, e também tenta garantir minimamente aquilo que a gente viu na faculdade, que é o enfrentamento da questão social, é a possibilidade de emancipação do sujeito, é a garantia de direitos, então dentro dessa perspectiva é que é nossa atuação se direciona. [...] a gente consegue fazer esse diálogo, a gente consegue dialogar bem com a enfermagem, com os médicos, com os nutricionistas, com os psicólogos, a gente entende o sujeito, o sujeito integral, não dá para pensar saúde apenas isolada, então são determinados momentos que o médico nos chama, por que determinada conduta que aquele paciente só vai acontecer e se tiver um posto de saúde que dê uma assistência, se ele tiver condições de moradia adequada, se ele tiver condições de alimentação adequada então ele sempre conversa com a gente, às vezes a alta dele é condicionada alta social. Então a gente tem esses momentos bem fortalecido.

As falas dos profissionais retratam como a divisão por setores reflete diferentemente para cada profissional e para o cotidiano do seu trabalho, indo de demandas específicas para relações profissionais e gestão do trabalho.

Quanto à relação com as demais profissões, os assistentes sociais também apontaram desafios no trabalho multiprofissional e/ou interdisciplinar.

Entrevistado 4: Tem desafios sim, que muitos não entendem nossos fazeres e querem impor já dizendo, isso é seu, isso é vocês que tem que fazer entendeu? Eu acho que a maior dificuldade é essa, com relação a diálogo no caso multidisciplinar gente consegue se for com enfermeira, se for com medico, a gente dependendo do caso a gente tem um diálogo bom e depende também muito do profissional que a gente vai trabalhar junto.

Quando foi expresso um bom relacionamento entre a equipe e o reconhecimento da profissão, foi indagado aos entrevistados se isso estava relacionado ao reconhecimento do papel do Serviço Social no trabalho interdisciplinar ou estava atrelado à dimensão pessoal, a partir do investimento em relações humanas, suplantando a função social da profissão. As respostas foram:

Entrevistado 4: Isso, é... Embora que tem casos que já chamam a gente, em casos específicos, aí já se unem, já trabalha junto e no fim vocês tem o reconhecimento, mas tem outros que não, é bem complicado.

Entrevistado 5: Assim apesar de eles reconhecerem a categoria assistente social, eles reconhecem especificidades entendeu?! Demanda uma construção disso. [...] mas é uma questão mais pessoal do que de reconhecimento profissional.

Quando questionados sobre suas condições de trabalho e as principais dificuldades colocadas para a realização do seu trabalho, foi possível perceber que o não entendimento do papel da profissão pela FHS e pelos outros profissionais gera dificuldades para a profissão, bem como a infraestrutura do hospital que não propicia

um ambiente adequado para o atendimento aos usuários, não respeitando os princípios éticos da profissão e ainda prejudicando a saúde dos trabalhadores, tanto quanto a própria qualidade do atendimento junto aos usuários, como podemos ver nas falas que seguem:

Entrevistado 1: A gente uma luta muito grande das condições ambientais no caso né, porque a gente não tem uma sala que garanta um atendimento sigiloso, a gente não tem um espaço que garanta isso, em nenhum dos setores, porque infelizmente a estrutura física do HUSE não permite eu ter uma sala separada para fazer uma escuta qualificada desse paciente, muitas vezes a nossa conversa com paciente é com 4 na sala, com todas atendendo ao mesmo tempo, entendeu?! Você não tem, acho que o nosso maior desafio hoje para uma execução de um trabalho mais rico além de todas as questões trabalhistas em si, é ambiência, precisava de um ambiente um pouco mais sigiloso para que a gente pudesse fazer abordagem mais tranquilas com nossos pacientes e acompanhantes.

Entrevistado 3: Fisicamente é cansativo, a sala forma um eco quando duas pessoas falam isso aqui no fim do dia a gente já tá cansado. É espaço físico mesmo, a gente não tem um birô pra cada um a gente não tem um espaço adequado por que as vezes o acompanhante quer conversa em sigilo, quer relatar alguma coisa e a gente não tem privacidade aqui, as cadeiras são inadequadas principalmente quando a gente dá plantão que são 12h né, a gente tem o repouso e tudo, mas no final do dia é cansativo, essas cadeiras, o barulho da sala.

Entrevistado 4: É ruim, a gente adoce muito aqui, o local não é muito apropriado, a sala não tem a parte do sigilo como eu disse, e como a gente tá na porta a gente tá recebendo tudo, então a gente acaba absorvendo, por mais que a gente trabalhe muito com a neutralidade mas tem caso que não tem como ser neutro, então a gente acaba absorvendo isso, sai do HUSE mais a mente fica pesada por tanto impacto que é causado. [...] falta muita coisa, insumos, o material a gente, tanto que, pronto hoje eu tô fazendo um trabalho aqui que eu tô usando os meus próprios recursos, tecnológicos a gente usa o nosso próprio, nosso aparelho celular, muitas coisas que não tem, tem procedimentos que é suspenso por falta de material, então, cirurgias e outros procedimentos as vezes faltam bases, faltam sabão para lavar as mãos, papel, então tem muita coisa básica, tipo um papel, um álcool, que isso atrapalha o trabalho, é o mínimo, mas atrapalha muito, sempre tem falta de alguma coisa e isso deixa a desejar.

Entrevistado 5: Porque tudo que eu tenho hoje tudo que eu tenho hoje foi adquirido por conta própria, a não ser os insumos, como a mesa, a cadeira, mas o hospital não me dá condições mesmo, não dá não. Não dá condições de trabalho nenhuma [...] se fosse pra dar uma nota de zero a dez eu daria um.

Entrevistado 7: [...] deveria ter uma sala que garantisse que nosso código de ética, coloca a questão de sigilo profissional, a questão da acolhida, mas se você for olhar os espaços do HUSE, você visualiza que nenhuma das salas contempla cem por cento o que tá dentro da nossa política em si né, que aí visualizando nos outros espaços também acaba vivenciando isso, não só no HUSE, mas eu acho que também que é uma realidade que a gente vai enfrentar e vai ser uma conquista né, se tá dentro da legislação por que não tá organizado, isso é competência de quem, só da categoria, sindicato participa, mas nesse caso seria o conselho né, por que é questão

de exercício profissional, mas o conselho não fiscaliza então assim, é cruzar os braços, você é um profissional inserido então assim, existe uma dualidade eu acho, uma coisa que tem que ser construída, quanto mais que a categoria busque a melhoria é uma das que tem que ser construída, não é uma conquista sozinha, mas da categoria em si.

Nas falas dos respondentes há referências evidentes do não conhecimento dos gestores da FHS acerca do papel da profissão no hospital.

Entrevistado 3: Eu creio que a visão que eles têm de saúde ainda seja aquela restrita, que é médico e paciente, por mais que tenha no quadro né os multiprofissionais que são os assistentes sociais, fisioterapeutas e psicólogos. Mas eles deixam claro que às vezes não sabe qual nosso papel aqui dentro, por mais que a gente esteja na porta e atendendo o hospital inteiro quase como uma recepção, a gente vai para as alas da cobertura todas as alas e... a visão de saúde... ou eles... ou então essa ideia imediatista de que a gente tem que dar respostas assim de imediato, porque tá demorando a consulta, porque tá demorando exame, porque tá demorando muito tempo internado, no final eles acaba restringindo, quer que a gente haja só no imediatismo mesmo, apagando os conflitos que vão aparecendo. [...] teve uma tentativa em um tempo desse fez uma palestra sobre humanização, quando apresentaram o organograma o serviço social tá entre recepção e o serviço de vigilância.

Entrevistada 7: Então, eu acho que as principais dificuldades estão relacionadas a questão mesmo como a categoria é vista e também pra questão do serviço social ter uma visão geral, muitas vezes eles acabam atribuído funções de recepção, funções de segurança, e funções que não são do serviço social, até entrada de paciente que tá fora do horário então manda para o serviço social, entendeu? Questão de segurança, some um celular, ligam para o serviço social, quebra um ar condicionado, questões administrativas também, entendeu? Isso ai são questões históricas que a gente vai construindo ao longo do tempo que eu acho que a melhor forma de não ter isso é questão mesmo de se planejar, com uma ação planejada você consegue fazer com quem o usuário entender mais qual é o seu papel dentro da instituição né, por que é uma construção, serviço social é uma coisa que você tem que construir sua pratica no dia-a-dia, e aqui é assim, na pediatria a gente lida, pode observar quando você chega na pediatria você sente logo a diferença em relação ao espaço, questões de condições de trabalho, mas existe sim os empasses que é questões históricas em se de como as outras categorias e com os outros profissionais estão, essa disfunção né, você não ver as competências do profissional, como é geral, tudo que for administrativo com relação a recepção, relação a segurança, você tá encaminhando para o serviço social, daí você como profissional formado como é você tem que tá passando, e dizendo que não tem competência.

Em suma, entendemos que a inserção do assistente social no HUSE está em um processo de reconhecimento e entendimento do seu papel, que traz uma visão das condições sociais, econômicas, políticas e culturais que englobam o processo saúde/doença dos usuários, e os modos de conduzi-la, uma vez que é um

profissional que tem em sua técnica de trabalho a visão de totalidade do usuário/paciente.

Todavia, visualizamos a necessidade da categoria, no exercício da sua profissão, fortalecer e defender seu espaço de trabalho, suas atribuições e competências, propondo e negociando com a FHS e com as demais categorias, para que se possa fazer a correta leitura do papel da profissão dentro da equipe multiprofissional e no trabalho interdisciplinar. Vislumbramos também que, apesar de existir esses canais de discussão, estes precisam ser fortalecidos, pois a possibilidade de superação está posta, cabendo a articulação dos profissionais com as entidades da categoria, inclusive, cobrando sua presença, como é o caso do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou apresentar a percepção dos assistentes sociais acerca da gestão do trabalho no HUSE, em meio ao processo de gerenciamento da Fundação Hospitalar de Saúde. Salientamos que a temática abordada não termina nas breves análises aqui apresentadas, uma vez que se trata de uma discussão atual e dinâmica, envolta em relações sociais que se transmutam em conformidade com a dinamicidade do real.

Dessa maneira, procurou-se apreender, de forma sucinta, a centralidade da categoria trabalho em uma perspectiva de totalidade, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, bem como na sociedade atual, a expansão do setor de serviços, a institucionalização da saúde enquanto direito constitucional e os ataques que ela vem sofrendo como política social universal, e ainda os reflexos no exercício profissional do assistente social.

Com base no que foi apresentado, foi possível perceber que as transformações que ocorreram no modo de produção capitalista produziram fortes impactos sobre a força de trabalho, por consequência, as transformações do modelo econômico originadas da reestruturação produtiva, da internacionalização das economias, da desregulamentação e abertura de mercados, entre outras, vêm atingindo amplos setores da população trabalhadora, bem como as alterações na gestão do trabalho afetam intensamente o setor de serviços, que se encontra cada vez mais submisso às determinações do capital.

Desse modo, enquanto trabalhador assalariado, o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve alheio às circunstâncias históricas e sociais que o determinam. Assim, ao mesmo tempo que é um trabalhador assalariado e qualificado, o assistente social depende da relação de compra e venda de sua força de trabalho especializada, em troca de um salário, pois as atividades dos assistentes sociais são submetidas às determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista, como tantas outras profissões. Nessa relação de compra e venda, o assistente social entrega ao empregador o valor de uso de sua força de trabalho especializada.

Observou-se que as reformas que ocorreram no setor saúde, a partir da década de 1980, mediante a atuação do movimento de Reforma Sanitária,

contribuíram para o processo de democratização da saúde no Brasil. O movimento da Reforma Sanitária propunha a ampliação do conceito de saúde, tida como direito, através da criação de um sistema único, norteado por princípios, tais como: a universalidade, equidade, integralidade, a descentralização e a participação da comunidade. A implantação do SUS trouxe mudanças na organização das práticas e dos serviços de saúde, na gestão em saúde e, também, na gestão de recursos humanos, representando para a história da saúde pública brasileira uma inovação, tanto no que diz respeito ao setor da política de saúde, quanto na macropolítica de reforma do Estado.

Porém, nota-se a existência de um processo contraditório, de um lado, os avanços obtidos com a promulgação da Constituição de 1988, e de outro, a reforma administrativa do Estado que defende a ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde, partindo do princípio de que a função do Estado deve ser coordenar e financiar as políticas e não as executar, socializando com a iniciativa privada a responsabilidade de diminuir as mazelas provocadas pelo mercado.

Durante o governo Lula, vemos um caráter de continuidade ao ideário neoliberal, onde os processos de contrarreforma, iniciados no governo de Fernando Henrique Cardoso, não só foram mantidos, mas também ampliados. Tem-se a criação do modelo das Fundações Estatais de Direito Privado, que se constituem como mais um projeto que expressa a privatização do setor público.

Do mesmo modo, entendemos que a adesão do Estado de Sergipe à FEDP significa um aparelhamento do Estado à lógica da ideologia neoliberal, representando para os trabalhadores um retrocesso histórico no âmbito da consolidação dos direitos, das conquistas sociais e do projeto da classe trabalhadora, já que enfraquece o espírito revolucionário das classes que na atualidade são cooptadas pelo grande capital.

Dessa forma, a implantação da FHS e, conseqüentemente, seu gerenciamento no HUSE, representa o processo de contrarreforma da saúde pública em Sergipe, sendo materializado nos aspectos de produção capitalista, evidenciados nas particularidades no modelo de gestão implantado e impactando diretamente no exercício profissional dos trabalhadores de saúde, com destaque aos assistentes sociais. O modelo da FHS trouxe uma série de mudanças e agravamentos para os profissionais, que tem sua lógica laboral permeada por contradições que reproduzem a lógica de produtivismo, que, por muitas vezes, se baseia no

quantitativo e não na qualidade do atendimento, refletindo tanto nos profissionais, quanto na população usuária. A exemplo, temos um aumento da demanda de trabalho, defasagem salarial, flexibilização dos direitos trabalhistas, ingresso no serviço público por processo simplificado, aligeiramento do atendimento, rotatividade profissional, quantitativo insuficiente de profissionais para responder as demandas dos usuários e institucionais, entre outros.

No que concerne ao perfil profissional dos assistentes sociais sujeitos da pesquisa, observou-se que se trata de um público majoritariamente feminino, seguindo a tendência histórica e ainda presente da profissão, tendo apenas com um assistente social de sexo masculino. São profissionais com faixa etária predominante entre os 32 a 39 anos de idade que se relaciona com uma experiência profissional no HUSE já consolidada, uma vez que a maioria são assistentes sociais que possuem entre 6 e 9 anos de trabalho na instituição.

A pesquisa empírica permitiu constatar indicativos de precarização do trabalho, resultante das condições de trabalho para desenvolver plenamente suas ações profissionais, da não valorização e/ou reconhecimento profissional pela FHS e alguns profissionais, bem como da insuficiência de profissionais para responder as demandas que acarreta, conseqüentemente, na intensificação do trabalho e sobrecarga de trabalho e na perda da estabilidade trabalhista em virtude do vínculo celetista.

O desenvolvimento da pesquisa no campo empírico permitiu visualizar o exercício profissional dos assistentes sociais, que perpassa particularidades que devem ser problematizadas, como a implantação e execução do POP, o fortalecimento da categoria, as precárias condições de trabalho e salário, consolidação do papel do assistente social dentro da equipe multiprofissional, reduzido número de assistentes sociais, e a necessidade de qualificação profissional.

Entendemos que a FHS, enquanto um “novo” modelo de gestão, trouxe mudanças para gestão do trabalho no HUSE, todavia, essas transformações desencadearam um aprofundamento no cotidiano dos profissionais, refletindo o ideário neoliberal constante na contrarreforma do Estado no campo do emprego e da precarização das relações de trabalho, uma redução de concursos públicos, contratação via seleção pública, ausência de incentivo à carreira, entre outros.

Assim, constatamos que a hipótese aventada nesse estudo se confirma no sentido de que os assistentes sociais, ao se inserirem no HUSE, enquanto trabalhadores assalariados que vendem sua força de trabalho e passam a ter um valor de uso no processo de trabalho, acabam por submeter-se a precárias condições de trabalho, desvalorização profissional, ausência de incentivo à carreira, dentre outros, como forma de se manter inserido no mercado de trabalho. Como vemos expresso nessa fala do Entrevistado 9: “Se você for fazer um mestrado, você vai pedir para sair ou pedir a suspensão do seu contrato. Mas a gente precisa do salário, e a gente acaba não se capacitando às vezes”.

Observamos ainda que a lógica de trabalho adotada no HUSE, através da fragmentação do trabalho, enfraquece a unidade da categoria profissional e, a partir de vivências cotidianas distintas entre os profissionais, acaba os fazendo assumir condutas e posicionamentos distintos frente à sua condição de trabalhador. Assim, não conseguimos visualizar nenhum movimento coletivo para reivindicar junto à gestão da FHS ou da SES melhores condições de trabalho, tendo em vista que foi um ponto de descontentamento geral. Acreditamos que esse fato esteja vinculado à apreensão de perder aquilo que, de algum modo, garante sua sobrevivência no momento, ou ainda, de sofrer qualquer espécie de represália.

Visualizamos muitos desafios a serem superados pelos assistentes sociais, é impreterível a união da categoria na busca de estratégias coletivas e criação de soluções para superar as lacunas que a precária gestão do trabalho no HUSE tem deixado e que incidem diretamente no trabalho profissional. Nesse sentido, faz-se necessário que o assistente social, enquanto trabalhador de saúde inserido no processo de trabalho coletivo de saúde, busque agregar forças com as demais profissões de saúde com vistas a ampliar e consolidar a luta de classes, fortalecendo as reivindicações de melhores condições de trabalho e melhores ofertas de serviços para a população usuária da política de saúde. Assim, assumindo o papel da profissão de possibilitar para a participação e democratização da saúde.

Como resultado desta pesquisa, foi possível verificar, apesar da dificuldade de acesso a muitos desses dados, que a FHS não conseguiu alcançar o que propôs em sua implantação, sendo necessária a intervenção do MPF/SE, que considerou a incapacidade da gestão em gerir eficientemente os hospitais por esta gerenciados, dentre eles o HUSE.

Ressaltamos a importância e necessidade de continuidade da pesquisa, considerando a relevância que a temática possui, por estar presente no cotidiano de trabalho da categoria e necessitar de uma discussão constante, possibilitando um enfrentamento crítico e consciente dos desafios postos no processo desse “novo” modelo de gestão. Cabe ressaltar que, embora os “novos” modelos de gestão sejam uma realidade na política de saúde brasileira, ainda são escassos os estudos que se voltam para acompanhar e analisar os rumos e efeitos da adoção dos mesmos na saúde pública e na realidade dos trabalhadores, principalmente, quando nos referimos aos estudos acerca das Fundações Estatais de Direito Privado.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. Trabalho, capitalismo global e “captura da subjetividade: uma perspectiva crítica. *In*: SANT’ANA, Raquel Santos (org.) [et al.]. **Avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

AMARAL, A. S. do. Da centralidade do trabalho vivo à valorização do conhecimento no capitalismo contemporâneo. *In*: VIEIRA, Ana Cristina de Souza; AMARAL, Maria Virginia Borges do (org). **Trabalho e Direitos Sociais: bases para a discussão**. Maceió: Edufal, 2008, 189p.

ANTUNES, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. **Trab. educ. saúde [online]**. 2003, vol.1, n.2, p.229-237. ISSN 1981-7746. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000200004>.

ANTUNES, R. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. *In*: ANTUNES, Ricardo; SILVA, Maria Aparecida Moraes (orgs.) **O Avesso do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, R. **Adeus Ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez, 2005.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R. A Substância da Crise. *In*: ANTUNES, R. (org.). **A Crise Estrutural do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ARIAS, E. H. L. *et al.* Gestão do Trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, vol. 3, n. 1 (mar. 2006). Brasília, Ministério da Saúde, 2006, 188 p.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. São Paulo: Cortez, 2008.

BEHRING, E. R. Política Social no contexto da crise capitalista. *In*: BEHRING, E. R. (org.). **Serviço social: direitos sociais e competências profissionais**, Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BEHRING, E. R.; Trabalho e Seguridade Social no Brasil: o neoconservadorismo nas políticas sociais. *In*: BEHRING, Elaine; ALMEIDA, Maria Helena Tenório (orgs.). **Trabalho e Seguridade social – percursos e dilemas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010.

BESERRA, I. K. da N.; SCHMALLER, V. P. V. Contrarreforma da saúde e do Serviço Social: racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional. *In*: SANTOS, Josiane Soares [et al.]. **Políticas públicas brasileiras: reflexões e práticas**. São Cristóvão: Editora UFS, 2016.

BORGES, J. L. J. **A reestruturação organizacional do modelo de saúde e o processo de educação permanente no SUS**. 2009. 197f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Sergipe, 2009.

BORGES, J. L. J. O trabalho do Assistente Social no contexto do SUS e o debate sobre a qualificação profissional. *In*: ARANHA, Maria Lúcia Machado; SANTOS, Vera Núbia; BORGES, Josefa Lusitânia de J. (org.). **Mercado de trabalho, qualificação e “competência” profissional: desafios para o/a assistente social**. São Cristóvão: Editora UFS, 2017.

BORGES, F. T. [et al.]. **Anatomia da privatização neoliberal do SUS: o papel das organizações sociais**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

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

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 19**, de 19 de junho de 1998. Brasil, 1988.

BRASIL. **Lei no 8.080** de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei no 8.112** de 11 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Lei no 8.142** de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.962** de 22 de fevereiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. 1ª Ed, 4ª Reimpressão. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elisabete et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. **Temporalis**, São Luis, nº 13, Jan./Jun., 2007.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. de. Política de Saúde no governo Lula. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza [et al.]. **Política de saúde na atual conjuntura: Modelos de gestão e a agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, Rede Sirius, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. Reforma Sanitária e Projeto Ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In*: BRAVO, Maria Inês [et al.]. **Serviço Social e Saúde**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. *In*: BRAVO, M.I.S.; Pereira, P. A. (org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 5 ed., Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

CASTRO, M. de C.; OLIVEIRA, L. M. L de. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 26-43, jan./jul. 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7649/6437>. Acesso em: 07 abr. 2019

CAVALCANTE, G. M. M.; PRÉDES, R. A precarização do trabalho e das políticas sociais na Sociedade capitalista: fundamentos da precarização do Trabalho do assistente social. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 1-24, jan./jun., 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Assistentes Sociais no Brasil: Elementos para o estudo do perfil profissional**. Realização: Universidade Federal de Alagoas – UFAL/Conselhos Regionais de Serviço Social – CRESS, 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf. Acesso em: 27 jul. 2019.

CINTRA, T. P. **O Assistente Social como trabalhador da saúde**. [data desconhecida] Disponível em: http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao4/101.pdf. Acesso em: 04 mai. 2016.

Conselho Nacional de Saúde. **Jornal do CNS**. Ano 3, novembro de 2007. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/jornaicns/jornalfundacao.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005. 341 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, 2005.

COSTA, M. D. H. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. *In*: MOTA, Ana Elizabete (org.). **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998, p. 97-113.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *In*: MOTA, Ana Elisabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2009.

DIAS, C. M. N. P. **Trabalho produtivo e trabalho improdutivo**: de Marx à polêmica marxista (Napoleoni, Rubin e Mandel). 2006. 323 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DUARTE, M. J. de O. Processo de trabalho em saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde. *In*: DUARTE, Marco José de Oliveira [*et al.*]. **Política de saúde hoje**: interfaces e desafios no trabalho de assistentes sociais. 1. ed. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

FRANCO, L. P. B. **Análise de conteúdo**. Brasília: Plano Editora, 2003.

Fontes, K. da C. **A fundação hospitalar de saúde na SES de Sergipe e as estratégias de gestão do trabalho**: examinando o caso do hospital de urgência de Sergipe. 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: 2009.

FUNESA. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe**. Livro do Aprendiz 1/ Fundação Estadual de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, Aracaju: FUNESA, 2011a.

FUNESA. **Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe - Saberes e Tecnologias para Implantação de uma Política**. Livro do Aprendiz 3/ Fundação Estadual de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, Aracaju: FUNESA, 2011b.

GAMA, H. P. **O Assistente Social na área da Saúde**: por uma inclusão legal na equipe do PSF. Universidade Candido Mendes, Vitória, 2009, 51p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo. Atlas. 2010.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: projeto de Estado do capital. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza [*et al.*]. **Política de saúde na atual conjuntura**: Modelos de gestão e a agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UFRJ, Rede Sirius, 2007.

. **A contra-reforma do Estado**. Radis, Rio de Janeiro, nº61, setembro de 2007b.

GUERRA, Y. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. *In*: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 4., 2007. **Anais [...]**. CRESS MG, Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://unesav.com.br/ckfinder/userfiles/files/Yolanda%20Guerra+%20instrumentalid.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

IAMAMOTO. M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO. M. V.; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** São Paulo, Cortez, 2006.

IAMAMOTO. M. V. **Serviço Social na contemporaneidade.** São Paulo, ed. Cortez, 2008.

IAMAMOTO. M. V. As Dimensões Ético-políticas e Teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. *In*: MOTA, Ana Elizabete [et al.]. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2009.

IAMAMOTO. M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche.** São Paulo: Cortez, 2015.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social e Saúde.** UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez., 2010, p. 123-145.

LANZA, L. M. B.; INÁCIO, J. F.; NOVAES, V de S. **Serviço Social, Formação Profissional e Trabalho em Saúde.** VII JOINPP, UFMA, 2015. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/mesas/o-trabalho-do-assistente-social-nas-politicas-publicas_-desafios-cotidianos.pdf. Acesso em: 04 mar. 2019.

LESSA, S. **Trabalho e proletariado no capitalismo contemporâneo.** São Paulo, ed. Cortez, 2007a.

LESSA, S. **Serviço Social e trabalho: porque o Serviço Social não é trabalho.** Maceió: EDUFAL, 2007b.

LESSA, S. Marx, Lukács, Trabalhadores e Proletariado. *In*: Vieira, Ana Cristina de Souza; AMARAL, Maria Virginia Borges do (org). **Trabalho e Direitos Sociais: bases para a discussão.** Maceió: Edufal, 2008, 189p.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Rev. Min. Enf.**, 7(1):61-66, jan./jul., 2003.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Núcleo de saúde pública, Universidade de Brasília UnB, Brasília, v. 5, n.1, 2011, p.175-186. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/925>. Acesso em: 08 dez. 2018.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório publicações e trabalhos científicos.** 7 ed. São Paulo. Atlas. 2009.

MARSIGLIA, R. M. G.. **O projeto de pesquisa em Serviço Social.** Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 5: Intervenção e pesquisa em Serviço Social. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância, 2001.

- MARTINELLI, M. L. (org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo. Veras Editora, 1999.
- MARX, K. **O Capital: crítica da economia política.** Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. 3. ed. São Paulo: Abril Cultura, Livro primeiro, Volume I, Tomo 1, 1983. (Os economistas)
- MARX, K. **Capítulo VI Inédito de O Capital.** São Paulo: Moraes, 1969.
- MATOS, M. C. **Cotidiano, ética e saúde: O serviço social frente à reforma do estado e à criminalização do aborto.** 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2007.
- MERHY, E. E.; Franco, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** Textos reunidos, São Paulo: Hucitec, 2013.
- MÉSZÁROS, I. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. *In:* MÉSZÁROS, I (org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: BOITEMPO, 2006.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. *In:* MOTA, Ana Elisabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2009.
- MOTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento social.** 3 ed. São Paulo, Cortez, 2011, V. 5. (Col. Biblioteca básica de serviço social)
- MPOG, Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão. **Projeto Fundação Estatal - Principais aspectos.** Brasília, 2007, 33 p.
- NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- NETTO, J. P. **Introdução ao Estudo do Método de Marx.** 1.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.
- NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009, v.1. (Col. Biblioteca básica de serviço social).

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n.2, p. 251-263, abr./jun., 2000.

REZENDE, C. **A Reforma do Estado Brasileiro e o SUS**. Tribuna Livre, 1997.

RIBEIRO, E. M. *et al.* A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):438-446, mar- a b r, 2004.

SARGSUS. Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão, **Plano Estadual de Saúde**, 2016. Disponível em:

<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=28&codTpRel=01>. Acesso: 15 jul. 2019.

SCHÜTZ, F; MIOTO, R. C. T. O trabalho em serviços: contribuições para o debate do Serviço Social. **Rev. Em pauta**, Rio de Janeiro, 2º sem, 2012, n. 30, v. 10, p. 83-110. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/5106/3747>. Acesso em: 27 mar. 2019.

SERGIPE. **Lei Estadual nº 6.130 de 02 de abril de 2007**. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual.

SERGIPE. **Lei Estadual de Sergipe Nº 6.346 de 02 de janeiro de 2008**. Dispõe sobre a criação da Fundação Parreiras Horta. Aracaju – SE.

SERGIPE. **Lei Estadual de Sergipe Nº 6.347 de 02 de janeiro de 2008**. Dispõe sobre a criação da Fundação Hospitalar de Saúde. Aracaju – SE.

SERGIPE. **Lei Estadual de Sergipe Nº 6.348 de 02 de janeiro de 2008**. Dispõe sobre a criação da Fundação Estadual de Saúde. Aracaju – SE.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Comunicação. **“SES tranquiliza Comissão Sindical da Saúde sobre novo contrato da FHS”**. Matéria veiculada no dia 04 de abril de 2019 no site da SES: www.saude.se.gov.br

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Assessoria de Comunicação. **“Huse completa 30 anos cuidando da saúde dos sergipanos”**. Matéria veiculada no dia 07 de novembro de 2016 no site da SES: www.saude.se.gov.br

SERGIPE. **Lei Estadual Nº. 8.470 de 02 de outubro de 2018**. Dispõe sobre a transformação do Quadro de Pessoal Especial da Fundação Hospitalar de Saúde, de que trata o art. 18 da Lei nº 6.347, de 02 de janeiro de 2008, em Quadro de Pessoal Especial, de Natureza Provisória e em Extinção, e dá outras providências.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao Serviço Social**. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

SOARES, R. C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. *In*: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2013.

TAVARES, M. C. **A inserção do Assistente Social no Programa Saúde da Família em Aracaju: os tempos de um movimento**. 2008. 257 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

TEIXEIRA, M. **Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho**. 1999. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999.

TRISTÃO, E. L. **A atividade de serviços na valorização do capital: um estudo sobre a natureza do trabalho docente no ensino superior capitalista**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Economia da Faculdade de Ciências e Letras – FCL/CAR, Araraquara-SP: UNESP. 2007.

VASCONCELOS, A. M de. Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde. *In*: MOTA, Ana Elisabete *et al.* (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, ABEPSS, Ministério da Saúde, 2009.

VASCONCELOS, A. M de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

WEICHERT, M. A. Fundação Estatal no serviço público de saúde: inconsistências e inconstitucionalidades. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 81-97 Mar./Jul., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v10i1p81-97>. Acesso em: 02 dez. 2018.

YASBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso**. Planejamento e Métodos. Editora: Bookman Companhia, 2005.

ANEXOS

ANEXO A - CARTAS DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAIS



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HUSE – HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE GOV. JOÃO ALVES FILHO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Declaramos, conforme Resolução CNS 466/12, para os devidos fins que recebemos a pesquisa intitulada "FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE DE SERGIPE: NOVO MODELO DE GESTÃO DO TRABALHO E AS IMPLICAÇÕES PARA O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL DO HUSE" sob a responsabilidade da pesquisadora ANNE GISLÂNE AMORIM MAGALHÃES, estamos aguardando a liberação do Comitê de Ética e Pesquisa conforme exigência da gerência do setor, para que o mesmo inicie a coleta dos dados. Disponibilizamos de toda infraestrutura necessária para realização da pesquisa e que o pesquisador citado está autorizado a utilizá-la em concordância com a rotina institucional.

Aracaju, 10 de dezembro de 2018

Núcleo de Educação Permanente


Gercilene Nogueira dos Santos
Enfermeira - NEP/HUSE
GERENCIADORA DE EN-SE SSACZS

Av. Tancredo Neves, s/n, Bairro Capucho.
Aracaju/SE



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizamos a coleta junto ao Banco de Dados do HUSE-Hospital de Urgências de Sergipe Gov. João Alves Filho, vinculado à Coordenação da Rede Hospitalar/SES, para fins de desenvolvimento da Pesquisa intitulada, "**Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe: Novo Modelo de Gestão do Trabalho e as Implicações para o Trabalho do Assistente Social do Huse**" a ser realizada pela pesquisadora **Anne Gislâyne Amorim Magalhães**, matriculada no Mestrado do Programa de Pós Graduação em Serviço Social (PROSS) da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Todavia, ressalta-se que o estudo acima será desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde – SES, desde que atenda aos requisitos éticos exigidos pela Resolução CNS nº446/2012, de 12 de dezembro de 2012, e em atenção à Resolução CFM 1931/2009. E, caso haja a participação de outras pessoas no momento de consulta ao banco de dados, solicitamos ser comunicado mediante Carta de Confiabilidade a ser anexada a este processo.

Para a inserção no campo, a acadêmica, deverá apresentar esta Carta de Anuência junto ao parecer de aprovação em Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Fica também ressaltada pelo Hospital de Urgências de Sergipe a necessidade de readequação do cronograma da pesquisa. Outrossim, solicitamos a apresentação dos resultados da pesquisa a esta instituição, a fim de agregar as contribuições para o SUS e fortalecer a integração ensino-serviço e comunidade.

Aracaju (SE), 14 de Dezembro de 2018

Atenciosamente,


Valberto de Oliveira Lima
Secretário de Estado da Saúde

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS ASSISTENTES SOCIAIS

- 1- Qual sua compreensão sobre o gerenciamento da FHS no HUSE?
- 2- Como você percebe a política de gestão do trabalho desenvolvida no HUSE pela FHS?
- 3- Como você descreve seu processo de trabalho? (O que faz? Como faz?)
- 4- Os profissionais do serviço social participaram da construção dos processos de trabalho implantados pela FHS no HUSE?
- 5- Quais os principais desafios do trabalho multiprofissional e/ou interdisciplinar?
- 6- Quais as principais dificuldades colocadas para a realização do seu trabalho?
- 7- Como você descreve as suas condições de trabalho na gestão da FHS?
- 8- Na sua opinião existe ou existiram mudanças nas atividades de trabalho realizados pelos Assistentes Sociais no HUSE sob o gerenciamento da FHS?

9- Identificação:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Composição familiar (nº de filhos):

Formação: Graduação ()

 Especialização ()

 Mestrado ()

 Doutorado ()

Outras graduações:

Outros cursos:

Função/cargo:

Setor:

Quanto tempo trabalha no Huse:

Tempo na função:

Vínculo:

Possui outro vínculo:

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: ***Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe: novo modelo de gestão do trabalho e as implicações para o trabalho do Assistente Social do HUSE***, tendo como responsável principal a mestranda Anne Gislâyne Amorim Magalhães, sob a orientação da Prof.^a Dr^a Josefa Lusitânia de Jesus Borges, do curso de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Esta pesquisa tem por objetivo geral analisar como a reestruturação organizacional e política da Fundação Hospitalar de Sergipe incidem no trabalho dos assistentes sociais do Hospital de Urgência de Sergipe Gov. João Alves Filho (HUSE) de Sergipe. E por objetivos específicos Identificar a política de gestão para o trabalho da Fundação Hospitalar de Saúde de Sergipe, com especial destaque para a política voltada para os profissionais de Serviço Social de Serviço Social do HUSE; Investigar como foram concebidos e organizados os processos de trabalho nos quais os assistentes sociais do HUSE estão inseridos; Analisar como o processo de gerenciamento da gestão do trabalho da FHS repercute nos processos coletivos de trabalho dos (as) assistentes sociais do HUSE; Caracterizar o perfil dos (as) assistentes sociais do HUSE.

A sua participação se dará por meio de entrevista a qual será gravada para posterior transcrição e análise. Este material, juntamente com o presente termo será guardado pela pesquisadora por um período de 2 dois anos, após os mesmos serão destruído. Garantimos o sigilo absoluto de sua identidade, no entanto, solicitamos seu consentimento para que os dados obtidos nesta pesquisa sejam divulgados e apresentados em eventos científicos ou publicados posteriormente. Suas informações serão utilizadas apenas para o estudo citado, e os dados serão trabalhados de forma que não serão identificados os participantes.

Ressalta-se que não há riscos, prejuízos ou desconforto que possam ser provocados pela pesquisa e que em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos, assim como poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem penalidades ou prejuízos. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Esta pesquisa foi submetida à apreciação e aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) da UFS, em cumprimento às Resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos.

Caso aceite participar, pedimos sua autorização através da assinatura deste documento, o qual possui duas vias, uma destas ficará com você e a outra conosco. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato através dos telefones abaixo registrados. Se você estiver suficientemente esclarecido (a) e concordar em participar, por favor, preencha o espaço abaixo com seu nome e assine este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa após ter sido suficientemente esclarecido (a) e declaro estar ciente do propósito desta pesquisa, sobre o uso dos dados os quais poderão ser divulgados e apresentados em eventos científicos, e que terei assegurado o sigilo e confidencialidade. Declaro ter recebido uma cópia deste termo.

Entrevistado (a)

Aracaju - SE, ____ de _____ de 2019.

Contato:

Anne Gislâyne Amorim Magalhães - Pesquisadora responsável
(081) 97916-XXXX/ (082) 99933-XXXX