



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

INGRID KARLA DA NÓBREGA BESERRA

**SERVIÇO SOCIAL E CONTRARREFORMA DA SAÚDE:
racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional**

RECIFE, 2016.

INGRID KARLA DA NÓBREGA BESERRA

**SERVIÇO SOCIAL E CONTRARREFORMA DA SAÚDE:
racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção de grau de Mestra em Serviço Social.

Orientação: Professora Doutora Valdilene Pereira Viana Schmaller.

RECIFE, 2016.

Catálogo na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

B558s Beserra, Ingrid Karla da Nóbrega
Serviço Social e contrarreforma da saúde: racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional / Ingrid Karla da Nóbrega Beserra. - 2016.
163 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dra. Valdilene Pereira Viana Schmaller.
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2016.
Inclui referências e apêndices.

1. Serviço Social. 2. Serviço social médico. 3. Serviço de saúde pública. 3. Assistentes sociais – Estatuto legal, leis, etc. I. Schmaller, Valdilene Pereira Viana (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2016 – 020)

INGRID KARLA DA NÓBREGA BESERRA

**TÍTULO: SERVIÇO SOCIAL E CONTRARREFORMA DA SAÚDE:
racionalidade e instrumentalidade no exercício profissional.**

Aprovada em 15/02/2016.

Banca Examinadora

Professora Doutora Valdilene Pereira Viana Schmaller
Presidente

Professora Doutora Maria das Graças e Silva – UFPE
Examinadora interna

Professora Doutora Delaine Cavalcanti de Melo– Unicap
Examinadora externa

Professora Doutora Juliane Feix Peruzzo - UFPE
Suplente Interna

Professora Doutora Vívian Matias de Souza – UFPE
Suplente Externa

RECIFE, FEVEREIRO DE 2016.

AGRADECIMENTOS

Para a finalização de mais esta etapa, inúmeras pessoas estiveram de perto ou de longe torcendo, incentivando e ajudando. O mestrado, além de mais um período de continuidade e aprofundamento sobre determinado objeto, é, também, período de amadurecimento.

Portanto, agradeço, inicialmente, à Professora Valdilene Pereira Viana Schmaller por ter estado ao meu lado desde a graduação até o término deste mestrado. Mesmo estando em período de transição para a sua aposentadoria, realizou com maestria as suas orientações. Obrigada por tudo! Obrigada por ter continuado como minha orientadora em mais um momento de formação.

Agradeço também à Professora Maria das Graças e Silva, que, desde o 1º período da graduação, se tornou uma das minhas referências e contribuiu para a minha formação. Serei eternamente grata.

Agradeço à Professora Delaine Cavalcanti, que também participou da minha formação, na graduação, a partir do estágio curricular obrigatório. Mesmo não tendo sido a minha supervisora naquele momento, contribuiu de várias formas para que eu chegasse até aqui. Obrigada pelas orientações que aconteceram na presente etapa, através da participação das bancas de qualificação e defesa.

Agradeço também à Professora Juliane Peruzzo pelos incentivos e contribuições desde o período da graduação até o mestrado. Grande mestra, obrigada por tudo!

Agradeço à Professora Ana Arcoverde que, sem dúvida, tem estado ao meu lado desde a iniciação científica até os dias de hoje. Obrigada por todos os ensinamentos!

Agradeço aos professores: Marco Mondaini, Helena Chaves, Rosa Cortês, Raquel Soares, Ana Vieira e a todos os outros que sempre se mostraram presentes e contribuíram para isso.

Agradeço demais às assistentes sociais do Hospital das Clínicas da UFPE que aceitaram a minha pesquisa e contribuíram para todas as etapas: desde a apresentação até a conclusão deste processo, estiveram ao meu lado, ajudando e trazendo sempre novas informações. Agradeço, em especial, às assistentes sociais que participaram da pesquisa e a Isadora Serrano, chefe do serviço, que esteve sempre disponível e me auxiliando em vários momentos. Muito obrigada por tudo o

que fizeram por mim desde o estágio curricular obrigatório. Vocês são exemplos de profissionais que se mantêm na luta!

Além do ambiente acadêmico, aqueles que estão ao nosso lado nos vários outros momentos da vida merecem agradecimento especial. São os nossos parentes, amigos e pessoas do coração que nos completam.

Agradeço ao meu pai lindo, que me deu as bases de tudo e me possibilitou ainda que, na memória, de eu ser quem sou. Mesmo ausente, tem sido uma das minhas referências: o meu maior exemplo de ser humano.

Agradeço às minhas duas mães, Elizalba e Ninha, por tudo que fizeram e fazem por mim. Mesmo com toda essa nossa distância, o incentivo e o reconhecimento de vocês me fazem buscar voos cada vez mais altos. Todo amor é pouco para agradecer.

Agradeço a todos os parentes por acreditarem em mais este sonho. Agradeço de maneira especial à Titia Jesus, meu exemplo de escritora, de mulher e de ser humano. Por ter sido um dos meus maiores apoios até hoje.

Agradeço à Luiza Pereira por ter estado ao meu lado, incentivando e acreditando que esta etapa chegaria ao fim e que outras oportunidades nasceriam. Obrigada por tudo!

Agradeço à Maggie, claro, que tem sido o meu maior presente e maior exemplo de companheirismo desde meados de 2015. Sem dúvida, foi uma presença necessária e essencial.

Agradeço a todos os amigos e amigas: em especial, às colegas de turma do mestrado que de várias formas contribuíram para o processo formativo e de amadurecimento. Jacke, Vívian, Niedja, Taci, Bárbara e Laís, obrigada!

*Se sua coragem negar-lhe, vá além de sua coragem.
(Emily Dickinson)*

RESUMO

A Reforma do Aparelho do Estado brasileiro, a partir da década de 1990, inicia o processo de privatização dos serviços públicos não essenciais, tais como: educação, saúde, cultura e lazer, telecomunicações, água, energia elétrica, habitação, dentre outros. A política de saúde tem sido um dos alvos prioritários desse processo. Para a sua efetivação, foram criadas legislações e novos modelos de gerenciamento de unidades hospitalares, através de Organizações Sociais (OSs), de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP). Na educação para gerir os hospitais universitários, foi sancionada a Lei Nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). Entendemos a reforma do Estado que vem sendo consolidada por paradigmas da racionalidade formal-abstrata, de natureza instrumental, que se manifesta nos vários setores da vida em sociedade. Assim sendo, a reestruturação da gestão administrativa do setor público gera impactos no mundo do trabalho, principalmente, para os trabalhadores que atuam nas unidades de saúde que aderiram à privatização, dentre estes, os (as) assistentes sociais. Este estudo tem por objetivo geral analisar a apropriação e incorporação da instrumentalidade, como mediação, no exercício profissional dos (as) assistentes sociais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Para apreendermos os rebatimentos no exercício profissional, após adesão do referido hospital à Ebserh, optamos pelo método crítico-dialético para construção do objeto. Nos procedimentos metodológicos, optamos pela abordagem exploratória, pesquisa qualitativa, entrevista semiestruturada e pesquisa documental como técnicas de coleta de dados, tendo como marco 2011, ano de criação da referida lei. Os documentos analisados referem-se à gestão do Serviço Social e da Ebserh. Ressalta-se que o marco para análise do objeto de estudo é 1995, ano de lançamento das referências teóricas sobre Instrumentalidade. Os sujeitos da pesquisa que se enquadram nos critérios de inclusão foram cinco assistentes sociais de diversos setores. Como resultado, evidencia-se que os novos elementos introduzidos pela gestão da empresa têm caráter imediatista, reducionista, pragmático e tecnicista nas respostas às demandas dos usuários, pois interferem sobremaneira no uso da instrumentalidade da atuação profissional. Além disso, possuem um conteúdo ideológico quanto à racionalidade econômica e política sobre a função social do Estado, por exemplo, e sobre as políticas sociais que dele decorrem. Considera-se que essa empresa visa se manter atuante no mercado financeiro, mas ainda não tem demonstrado eficácia ou superação dos problemas históricos que marcam alguns setores, como a falta de insumos e materiais para atendimentos a usuários, dentre vários outros problemas. A atuação profissional do (a) assistente social, ganha ainda mais importância, mediante a manutenção ou agravamento de antigos problemas, que, por vezes, geram novas demandas que se constituem como desafios ao setor de Serviço Social do HC/UFPE. Observou-se ainda que a busca pela superação destes velhos e/ou novos desafios vem demandando dos profissionais o uso de estratégias de enfrentamento, luta e resistência no âmbito institucional e no campo político. Conclui-se que o uso da categoria instrumentalidade nos espaços ocupacionais do setor saúde se configura como uma mediação fundamental para superar as dificuldades que se anunciam em tempos de contrarreforma do Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço Social. Contrarreforma da Saúde. Racionalidade. Instrumentalidade. Exercício profissional.

ABSTRACT

The Administrative Reform of the Brazilian state, from the 1990s, begins the process of privatizing non-essential public services such as education, health, culture and leisure, telecommunications, water, electricity, housing, among others. Health policy has been one of the priority targets of this process. For its effectiveness, legislation and new models of management of hospital units were created through Social Organizations (Organizações Sociais - OSs), Civil Society Organizations of Public Interest (Organizações Sociais de Interesse Público - Oscips) and the State of Law Private Foundations (Fundações Estatais de Direito Privado - FEDP). In education to manage the university hospitals, was enacted Law No. 12,550, of December 15, 2011, which created a Brazilian company of hospital services (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -Ebserh). We understand the reform of the state that has been consolidated by paradigms of formal-abstract rationality, instrumental nature, manifested in the various sectors of society. Therefore, the restructuring of the administrative management of the public sector has an impact on the labor market, especially for workers who work in the health units that joined the privatization, among these, the social workers. This study has the objective to analyze the appropriation and incorporation of instrumentality, such as mediation, in the practice of the social workers from the Hospital of the Federal University of Pernambuco (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, HC-UFPE). To apprehend the repercussions in the practice after accession of the hospital to Ebserh, we opted for critical-dialectical method for construction of the object. In the methodological procedures, we opted for exploratory approach, qualitative research, and semi-structured interviews and documentary research and data collection techniques, with the March 2011, year of creation of this law. The documents reviewed refer to the management of Social Services and Ebserh. It is emphasized that the framework for subject matter analysis is 1995, year of release of the theoretical references on instrumentality. The research subjects who fit the inclusion criteria were five social workers from various sectors. As a result, it is evident that the new elements introduced by the management of the company have immediate character, reductionist, pragmatic and technical activities in response to the demands of users by interfering excessively in the use of instrumentality in professional performance. Also, they have an ideological content and the economic rationale and policy on the social function of the state, for example, and on social policies that flow from it. It is considered that these companies seek to remain active in the financial market but have not yet shown efficacy or overcome the historical problems that mark some sectors, such as lack of inputs and materials for calls to users, among many other problems. The professional activities of a social worker, even more important, through the maintenance or aggravation of old problems, which sometimes generate new demands that are constituted as the challenges of social work sector HC / UFPE. It was also observed that the search for overcoming these old and / or new challenges is demanding professional use of coping strategies, struggle and resistance at the institutional level and in the political field. We conclude that the use of instrumentality category in the occupational health sector space is configured as a key mediation to overcome the difficulties that lie ahead in Couter-Reformation of the state times.

KEYWORDS: Serviço Work. Couter-Reformation of Health. Rationality. Instrumentality. Professional Practice.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abepss – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Caae – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
CF- Constituição Federal.
Cfess – Conselho Federal de Serviço Social.
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho.
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
Cress – Conselho Regional de Serviço Social.
Dest – Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais.
Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.
Eness – Encontro Nacional dos Estudantes de Serviço Social.
Enpess – Encontro Nacional dos Pesquisadores em Serviço Social.
Facepe – Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco.
Eress – Encontro Regional dos Estudantes de Serviço Social.
Fedp – Fundações Estatais de Direito Privado.
FHC – Fernando Henrique Cardozo.
GEP – Gerência de Ensino e Pesquisa.
HC – Hospital das Clínicas.
HU – Hospital Universitário.
Imip – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.
LOS – Lei Orgânica da Saúde.
Mare – Ministério da Administração e Reforma do Estado.
MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia.
MEC – Ministério da Educação.
Mpog – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
MRS – Movimento de Reforma Sanitária
MS – Ministério da Saúde.
OS – Organização Social.
Oscip – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.
Rehuf – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários.
RJU – Regime Jurídico Único.

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência.

Sintufepe – Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais de Pernambuco.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco.

Unicap – Universidade Católica de Pernambuco.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A Constituição do Movimento Dialético.....	32
Figura 2 - As Dimensões da Instrumentalidade.....	53
Figura 3 – Organograma do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE)	94
Figura 4 - Proposta de Estrutura Organizacional para Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (proposta da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –Ebserh).....	95
Figura 5 – Mapa Estratégico Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh 2015-2016).....	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do Modelo de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).....	81
Quadro 2 – Recursos Humanos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE).....	93
Quadro 3 - Proposta do Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), para o Quadro de Funcionários.....	97

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1. RACIONALIDADE, INSTRUMENTALIDADE E TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL	22
1.1 DEBATE SOBRE A RACIONALIDADE	23
1.1.1 <i>Racionalidade Formal e Racionalidade Dialética.....</i>	<i>29</i>
1.1.2 <i>Racionalidade Capitalista e os Processos de Trabalho do (a) Assistente Social</i>	<i>35</i>
1.2. A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO NO SERVIÇO SOCIAL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ..	41
1.3 O DEBATE DA INSTRUMENTALIDADE NO SERVIÇO SOCIAL	46
1.3.1 <i>Instrumentalidade como Mediação.....</i>	<i>51</i>
1.3.2 <i>Instrumentalidade e os Instrumentais Técnico-Operativos: mediações e metodologias de ação.....</i>	<i>58</i>
2 – O SUS EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO SETOR SAÚDE.....	63
2.1 A FUNÇÃO SOCIAL DO ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: ELEMENTOS HISTÓRICOS.....	64
2.2 CONTRARREFORMA DA SAÚDE E OS NOVOS MODELOS DE GESTÃO NO SUS.....	72
2.3 CONTRARREFORMA NA SAÚDE: OS IMPACTOS NA GESTÃO NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO	89
2.3.1 <i>Trabalho do (a) Assistente Social em Tempos de Contrarreforma do Setor Saúde.....</i>	<i>98</i>
3 – REFLEXÕES SOBRE A INSTRUMENTALIDADE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO.....	104
3.1 OS CAMINHOS PERCORRIDOS	105
3.2 RESULTADO E DISCUSSÃO	117
3.2.1 <i>O Perfil Profissional das Assistentes Sociais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.....</i>	<i>118</i>
3.2.2 <i>Serviço Social e Instrumentalidade: exercício profissional do (a) assistente social no setor saúde em tempos de contrarreforma.....</i>	<i>128</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICE 1.....	161

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira vem vivenciando a expansão ideológica dos paradigmas da racionalidade formal-abstrata, de natureza instrumental, que se consolida em várias instâncias, através de aspectos burocratizantes, tecnicistas, pragmáticos, imediatistas e produtivistas.

Nas políticas sociais, a materialização desses elementos ocorre a partir da denominada Reforma do Aparelho do Estado¹, que teve a sua emergência com a adesão ao projeto neoliberal, a partir de meados da década de 1990. Com a adesão de mecanismos ideopolíticos e socioculturais, dissemina-se a concepção de que a saída para a crise é a construção de um Estado mínimo para as áreas sociais e máximo para o capital, ou seja, um Estado que seja capaz de se manter articulado a várias formas de financeirização e aumento das taxas de lucro do setor privado.

Na política de saúde, a estruturação dessa lógica tem se tornando mais visível e cada vez maior com a expansão da terceirização dos serviços, definida por Granemann (2010) como sendo uma privatização não clássica², e, ainda, com a criação de diversos novos modelos de contratos de gestão para as unidades hospitalares.

Esse movimento no setor saúde é denominado de contrarreforma, já que se contrapõe ao Projeto de Reforma Sanitária, tendo como bandeiras de luta a saúde como democracia; a defesa da saúde como dever do Estado e direito de todos; e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme definido na Constituição Federal de 1988.

¹A reforma do Estado brasileiro teve início no governo de Fernando Henrique Cardoso, com base nas diretrizes das agências multilaterais (Banco Mundial e FMI). Foi desenhada como uma nova estrutura para que o Estado brasileiro respondesse às indicações das agências a partir de redefinição do papel e das funções, principalmente, com relação às atividades até então definidas como exclusivas do Estado, como acesso à saúde e educação superior; telecomunicações; fornecimento de energia, água e saneamento. Além disso, as novas diretrizes incidiam também sobre a forma de ingresso dos trabalhadores nos serviços e setores.

² Cf.: Granemann (2010).

Na educação³, os hospitais universitários também são alvos prioritários das estratégias privatizantes a partir da estruturação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)⁴. A lógica da empresa, bem como das outras parcerias públicas privadas, que integram os chamados novos modelos de gestão, se contrapõem totalmente aos princípios do projeto de Reforma Sanitária defendidos pelos idealizadores e integrantes do Movimento de Reforma Sanitária (MRS).

Reconhece-se que toda essa mudança de ordem estrutural consolida o projeto do grande capital, a partir de aparato ideológico hegemônico. Entretanto, argumenta-se, ao mesmo tempo, que vários movimentos estão sendo organizados em torno da defesa dos direitos sociais e do uso do fundo público, ou seja, profissionais, militantes e usuários da saúde se organizam e se mobilizam em torno de diversos movimentos de luta e resistência contrários à privatização. Os (as) assistentes sociais que atuam nas políticas setoriais estão compondo essas frentes de mobilização em defesa da saúde, pois nos espaços sócio-ocupacionais são cotidianamente desafiados a criar estratégias de resistência para a garantia e efetivação dos direitos dos usuários.

A origem do interesse por essa temática e a escolha do campo empírico a ser estudado, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), decorre da experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social. Durante a realização do estágio, o conselho universitário aprovou a adesão do HC/UFPE à Ebserh. No momento, elaboramos alguns questionamentos devido à racionalidade presente no cotidiano dos serviços prestados e que também apresentavam rebatimentos no exercício profissional do (a) assistente social.

No decorrer do ano de 2013⁵, momento no qual a gestão da UFPE fez inúmeras tentativas de aderir ao modelo de gestão da empresa, pudemos

³ A contrarreforma na educação superior iniciada na mesma década tem como principais características a expansão e o fortalecimento das instituições particulares por meio de parcerias entre o setor público e o privado (Prouni, Inovação Tecnológica, Fies, entre outros); Educação Profissional; criação de cursos de graduação a distância; financiamento público para empresas privadas, dentre outros. Cf.: Lima; Pereira (2009).

⁴ Desde a criação da Ebserh, a partir da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, 33 hospitais universitários federais de um total de 50, já aderiram ao modelo de gestão implantado.

⁵ O contrato de adesão foi firmado pelo Reitor Anísio Brasileiro em 11 de dezembro de 2013.

vivenciar os conflitos gerados, a organização do movimento de resistência por parte dos trabalhadores e unidades sindicais; seminários; palestras e debates; articulação com outros movimentos sociais; e a criação de estratégias de resistência, como greve, passeatas, cartas de esclarecimento à sociedade e à comunidade acadêmica sobre o uso do fundo público, como também a ocupação do prédio da reitoria por estudantes contrários à adesão. Além disso, vivenciamos a incidência, ainda insipiente, do início da gestão da Ebserh no Hospital das Clínicas até o final do ano de 2014.

Dito isto, esta pesquisa tem por objetivo geral analisar a apropriação e incorporação da instrumentalidade, como mediação, no exercício profissional dos (as) assistentes sociais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE). Especificamente, identificar as demandas postas ao serviço social pelos usuários e gestores do HC-UFPE; evidenciar o uso dos instrumentais técnico-operativos, metodologias de ação e da instrumentalidade nas respostas às demandas postas ao serviço social; e identificar as incidências da lógica privatista sobre o exercício profissional dos (as) assistentes sociais e as formas de resistência direcionadas pelo serviço social.

Neste estudo, a racionalidade se apresenta imbricada à compreensão da instrumentalidade, porque possui uma relevância sócio-histórica na construção do conhecimento e da capacidade de o homem compreender o seu significado no mundo.

A instrumentalidade é uma capacidade constitutiva do exercício profissional do (a) assistente social. Através dela, esses profissionais dimensionam teleologicamente as suas ações profissionais. A racionalidade é, por sua vez, uma propriedade da razão e, assim, se configura como o aspecto que permite o conhecimento da sociedade e de suas relações.

Utilizamos, neste estudo, a compreensão das duas formas de racionalidade que se materializam no período da modernidade, com os paradigmas da racionalidade formal-abstrata e da racionalidade crítico-dialética. Pode-se observar que existem inúmeras formas de ideologizações que manifestam o formalismo e as limitações da racionalidade abstrata e, dentre elas, aquela denominada de instrumental. Esta forma de pensamento não permite a construção de mediações que superem a aparência dos

fenômenos e incorpora o tecnicismo para todos os aspectos da vida em sociedade.

Ao contrário do formalismo, a racionalidade crítico-dialética se articula à instrumentalidade, como uma forma de mediação, pois permite a análise das contradições e da historicidade que permeiam e estruturam a composição do Estado, das estratégias do capitalismo para se manter operante e das consequências desses elementos para a coletividade.

Destarte, para uma profissão que lida cotidianamente com as metamorfoses da questão social, como é o caso do serviço social, instrumentalidade e mediação são categorias úteis e necessárias para o fortalecimento de direitos que são todos os dias transformados em objetos capazes de serem minimizados e alterados por toda e qualquer manifestação da ordem burguesa.

O exercício profissional do (a) assistente social sofre as consequências dessa trajetória e encontra desafios para a formulação de propostas que se articulem ao Código de Ética e ao Projeto Ético-Político do Serviço Social. No entanto, verificamos que em todos os espaços existem limites e possibilidades, nos quais ou a partir dos quais devemos articular cotidiano, instrumentalidade e mediação.

No percurso metodológico, elegemos o método crítico-dialético, para a compreensão da instrumentalidade como mediação no exercício profissional. O estudo é considerado exploratório, de natureza qualitativa. Nos procedimentos de coleta de dados, optamos pela entrevista individual e semiestruturada, além da pesquisa documental. Realizamos entrevistas com cinco assistentes sociais do HC-UFPE, a partir dos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa⁶.

Entendemos que o debate sobre a Instrumentalidade iniciado, principalmente, a partir dos estudos desenvolvidos por Yolanda Guerra, com a publicação do livro “A Instrumentalidade do Trabalho do Serviço Social”, no ano de 1995, e continuado por toda a produção teórica no serviço social posterior

⁶ O projeto de pesquisa foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep) e obteve aprovação em 4 de setembro de 2015, tendo recebido o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Caae) nº 46978815.4.0000.5208. A pesquisa foi desenvolvida em outubro e novembro do ano de 2015.

sobre o tema, abrange o nosso objeto de estudo. Porém, para definição dos sujeitos da pesquisa, estabelecemos o ano 2000 como sendo o ano base para participação nas entrevistas, uma vez que essa discussão conceitual se apresenta no novo currículo dos cursos de graduação e pós-graduação em serviço social das instituições de ensino superior do estado de Pernambuco, principalmente a partir do ano citado. Assim, para que o indivíduo fosse ouvido na pesquisa deveria ter cursado a graduação ou pós-graduação em serviço social a partir de 2000.

A apresentação da nossa análise está organizada em três capítulos. No Capítulo 1, apresentamos a discussão da racionalidade e do seu aprofundamento, elencando as contradições do debate, além de refletir sobre a lógica que impera sobre a racionalidade formal-abstrata e racionalidade crítico-dialética. Imbricamos a constituição dessa problematização ao estudo da instrumentalidade e dos instrumentais técnico-operativos, objeto central do nosso estudo.

O debate da racionalidade está articulado de maneira substancial ao da instrumentalidade, conforme citado acima, já que ambas, racionalidade e instrumentalidade, permitem que o homem desenvolva capacidades e conhecimentos que desvendem e expliquem as relações sociais. A racionalidade, no entanto, aparece no auge da modernidade, principalmente, a partir de duas formas: a racionalidade-formal abstrata e a racionalidade crítico-dialética. Esta se contrapõe àquela, já que permite o uso da mediação, que deve ser utilizada por todos os (as) assistentes sociais.

A mediação é uma categoria ontológica que se processa nas dinâmicas complexas da totalidade. É ela que permite o enriquecimento das análises e das capacidades de conhecer a humanidade na busca constante da construção de uma sociedade mais justa.

No Capítulo 1, portanto, refletiremos sobre as incidências da racionalidade formalista, de caráter instrumental, sobre o exercício profissional do (a) assistente social e como a instrumentalidade é incorporada no processo de construção de conhecimento do serviço social.

No Capítulo 2, apresentamos o debate que impacta a conjuntura vivenciada pelo HC-UFPE, a partir da Reforma do Aparelho do Estado e da

implementação dos novos modelos de gestão, dentre estes a Ebserh. Nesse processo, analisamos também os impactos de tal lógica no trabalho dos (as) assistentes sociais na saúde.

A Reforma do Aparelho do Estado se manifesta na realidade brasileira a partir da década de 1990 e inaugura um período de amplas reformas na conquista e consolidação dos direitos sociais do país. Essas reformas se configuram, no entanto, como um momento vivenciado pelo Brasil denominado de contrarreforma, já que expande uma ideologia totalmente contrária à que os movimentos sociais construíram entre as décadas de 1970 e 1980 e que viria a consolidar-se nos direitos promulgados na Constituição Federal de 1988, entre os quais estão os direitos a uma saúde universal, pública e garantida mediante políticas sociais estatais.

Os governos dos Presidentes Fernando Henrique Cardoso (FHC) – de 1995 a 2002 – e Luiz Inácio Lula da Silva – de 2003 a 2010 – materializaram essa série de contrarreformas que permitiram a construção de Organizações Sociais (OSs), de Organizações Sociais Civil de Interesse Público (Oscips) e de Fundações Estatais de Direito Privado (Fedps).

Essas alterações se conformam como sendo de natureza estrutural, já que permitem a permanência do capitalismo em todas as esferas da vida em sociedade, transformando tudo e todos em mercadoria. A área da saúde, nesse aspecto, sofre as consequências do processo e transmite a profissionais e usuários novos desafios.

É, portanto, com essa conjuntura que analisamos a realidade de assistentes sociais do HC-UFPE que atuam em um espaço no qual emanam estratégias produtivistas e próprias da racionalidade formal-abstrata cotidianamente. Estratégias estas implantadas pela Ebserh para se manter forte no mercado capitalista, proposta que vem se expandindo a cada dia por outras universidades federais do país.

No último capítulo, o terceiro, apresentamos os resultados da nossa pesquisa de campo, bem como a discussão da nossa metodologia de trabalho. Nesse processo rico, pudemos elucidar várias questões que se articularam de maneira a responder os objetivos da pesquisa.

Nos resultados, pudemos observar, dentre outras coisas, como o tecnicismo está presente nas ideologizações dos novos modelos de gestão. No caso específico vivenciado pela realidade do HC, com a adesão à Ebserh, pudemos verificar que os vínculos de trabalho da unidade de ensino pública e federal acontecem, atualmente, de duas maneiras: via Regime Jurídico Único (RJU) – para os profissionais que já atuavam na instituição até o ano de 2013 – e via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – para os profissionais que ingressaram a partir de 2013 com a inserção da Ebserh. Esse fato, por si só, já demonstra a fragilidade e precarização com a qual esta empresa trabalha, já que não existe nenhuma garantia de estabilidade. Das 26 assistentes sociais que atuam no HC, por exemplo, quatro são contratadas via CLT.

Além disso, a proposta da empresa altera a estrutura do hospital e os seus objetivos: atingindo, por exemplo, a missão e a visão da instituição, bem como o organograma. Ademais, cria estratégias produtivistas que buscam alterar o comportamento do trabalhador para que este se adéque aos índices de atendimento puramente quantitativos que devem ser atingidos. A racionalidade formalista e instrumental se manifesta mais uma vez, nesse processo, pois não reconhece as necessidades estruturais da unidade hospitalar para criar mecanismos que se apresentam apenas na aparência. Assim sendo, ressaltamos que os novos modelos de gestão e os elementos da racionalidade que neles estão inseridos geram impactos no exercício profissional do (a) assistente social no que se refere à apropriação da noção da instrumentalidade e na defesa do Projeto de Reforma Sanitária e dos princípios do SUS.

Por fim, esta pesquisa além de revelar as inquietações, reflexões, lutas e movimentos de resistências dos (as) profissionais do Serviço Social do HC/UFPE, também apresenta as contradições presentes no exercício profissional relativos à categoria instrumentalidade, pois, ao mesmo tempo em que lança os elementos de análise para esta dissertação, permite que novos conhecimentos e questionamentos por parte de estudantes, professores e profissionais possam ser criados. E, ainda, permite que, enquanto categoria profissional, possamos garantir os direitos a usuários, bem como conhecer a

atuação do serviço social em uma área tão cheia de conflitos como o setor saúde.

1. RACIONALIDADE, INSTRUMENTALIDADE E TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL

Neste capítulo, refletiremos sobre a racionalidade e a instrumentalidade no processo de trabalho do (a) assistente social, a partir do desvelamento histórico, teórico e metodológico dos seus fundamentos que medeiam a prática profissional no setor saúde.

Compreendemos que a análise da racionalidade, categoria ontológica, e de sua relação com a instrumentalidade, possui relevância sócio- histórica. Além disso, entendemos que a partir da racionalidade incorporada ao nosso objeto de estudo – “a instrumentalidade da intervenção profissional do assistente social - é construída no seu movimento, medeia-o, articula-se a ele, expressa sua lógica de constituição” (GUERRA, 2014, p. 79).

Consideramos que tanto a racionalidade gerencial, quanto a instrumentalidade se manifestam no cotidiano das ações profissionais, e, dentre estas, as ações projetadas teleologicamente pelos (as) assistentes sociais, pois em todos os espaços da vida em sociedade existem projetos em disputa e novas construções que assegurem direitos aos trabalhadores e que podem ser estruturadas.

Nesse sentido, Guerra (1997) afirma que, dada à inserção da profissão na ordem burguesa madura, há uma incidência concreta do paradigma da racionalidade formal-abstrata no serviço social. Racionalidade esta que pode ser considerada um modelo hegemônico peculiar à atual ordem societária⁷.

Ao longo da sua constituição, o serviço social se apropriou de racionalidades cujas bases de orientação estiveram fundadas em perspectivas positivistas, fenomenológicas, psicologistas, entre outras, até a compreensão e utilização do materialismo histórico dialético, em suas pesquisas e intervenções.

⁷ “Com isso, não se pretende afirmar que haja um único padrão de racionalidade vigente na ordem burguesa, tampouco que a racionalidade formal-abstrata não se possa infiltrar nas sociedades socialistas (como de fato ocorreu). O que se quer enfatizar é que há uma afinidade entre determinado padrão de pensamento e ação e o processo de produção, acumulação e reprodução capitalista” (GUERRA, 1997, p. 15).

Verificamos que é no cenário de complexidades que foram lançadas à sociedade, com o surgimento do modo de produção capitalista, que se colocam inúmeros desafios ao cotidiano do (a) assistente social e, respectivamente, à aplicação da instrumentalidade nos processos de trabalho.

1.1 Debate sobre a Racionalidade

A discussão da racionalidade na história da humanidade projeta um emaranhado de análises heterogêneas e com diversos significados sociais. Compreendemos que as diversas perspectivas teóricas e metodológicas que sustentam as teses dessa discussão podem vir acompanhadas de concepções pragmáticas e positivistas, próprias da lógica formal, ou também de análises mais amplas, numa perspectiva de totalidade, conforme a lógica dialética.

Em relação aos estudos que se apropriam da racionalidade, existem concepções que se estruturam em análises políticas, econômicas, sociológicas e, até mesmo, psicológicas. O fato é que essa discussão se apresenta no horizonte histórico desde a Grécia Antiga com os estudos de Platão ou Sócrates, por exemplo. Dessa forma, constatamos, a partir da análise de Gallo (1995), que:

Embora possa parecer óbvia a afirmação da historicidade da razão, esse ponto de partida por si só implica uma série de desdobramentos que à proporção que vão sendo sistematizados, desvelam uma diversidade de abordagens – muitas vezes radicalmente antagônicas – que acabam por desautorizar a obviedade da assertiva inicial. (GALLO, 1995, p. 66).

Além disso, o mesmo autor ainda afirma que:

Os gregos foram os responsáveis pelas primeiras sistematizações a respeito dessas concepções e categorias ao discutir o caráter das relações estabelecidas entre a *physis* (natureza) e o *nomos* (tradição, lei). Isso implicava não só investigar a origem desses elementos e sua hierarquia recíproca, como também a *Pólis*– e o papel que os homens desempenhavam em relação a ela. Em outras palavras, buscavam o fundamento da Política. (GALLO, 1995, p. 68).

Consideramos que há importância substancial nos estudos desenvolvidos nas sociedades grega e romana, pois, além de marcarem a

passagem entre as civilizações arcaicas e desenvolvidas, possibilitaram a ruptura com o pensamento mítico: o conhecimento produzido nesse período substituiu as justificativas narrativas da legitimação por fundamentações argumentativas (GALLO, 1995).

Foi pela via da razão que o homem pôde liberar-se de concepções religiosas fundamentadas no racionalismo divino ou mítico: “esta mesma razão indica ao homem seu horizonte e limites e porta a capacidade de explicitar os processos que constituem e são constitutivos e constituintes da estrutura social, iluminando suas condições e possibilidades de autonomia” (GUERRA, 2014, p. 75).

Os estudos da Grécia antiga foram retomados e questionados por autores como Hegel e Marx, no período da modernidade, e sistematizaram novos fundamentos para a discussão da política, da economia, do social ou, ainda, da ideologia.

A racionalidade, conceitualmente, tem sido compreendida como uma propriedade da razão. A razão, por sua vez, é entendida como “o que dá inteligibilidade aos fatos e estes se constituem nos seus fundamentos, ao mesmo tempo em que os fatos são constituídos, constitutivos e constituintes de relações racionais que obedecem aos princípios de causalidade e contradição” (GUERRA, 2014, p. 78).

Chauí (2011) argumenta que a razão diz respeito à capacidade intelectual para pensar e exprimir-se correta e claramente, para dizer as coisas tais como são. Nesses termos, continua a autora, a filosofia distingue dois tipos de atividades racionais: a intuição e o raciocínio. A primeira diz respeito a um único ato de espírito que, de única vez, capta por inteiro e completamente o objeto. A segunda atividade (o raciocínio) percorre uma realidade, realiza vários atos de conhecimento para conseguir captar o objeto (CHAUÍ, 2011).

No Ocidente, a palavra razão tem origem a partir de duas fontes: a palavra latina *ratio* e a palavra grega *lógos*. As duas palavras são, substantivamente, derivadas de dois verbos que possuem um significado parecido em grego. *Lógos*, que vem do verbo *legein*, quer dizer “contar”, “reunir”, “juntar”, “calcular”. A palavra *ratio* quer dizer “contar”, “medir”, “reunir”, “juntar”, “separar”, “calcular” (CHAUÍ, 2011).

Dessa maneira, concordamos com Chauí (2011) quando assevera que:

Assim, na origem, razão é a capacidade intelectual para pesar e exprimir-se correta e claramente, para pensar e dizer as coisas tais como são. A razão é uma maneira de organizar a realidade (medir, reunir, juntar, separar, contar, calcular) pela qual esta se torna compreensível. É, também, a confiança de que podemos ordenar e organizar as coisas porque são organizáveis, ordenáveis, compreensíveis nelas mesmas, isto é, as próprias coisas são racionais ou estão ordenadas e organizadas, estão articuladas e conectadas, são semelhantes e diferentes, possuem identidade, etc., podendo por isso ser reunidas ou separadas, medidas e calculadas. (CHAUÍ, 2011: p. 80).

Entendemos que os passos iniciais para a construção da racionalidade foram a ruptura com o mítico, com o irracional⁸. As teorias que se projetam nessa discussão podem ter fundamentações teóricas e metodológicas em diversidade.

Nesse sentido, consideramos que o conhecimento racional opera seguindo os seguintes princípios: o da **identidade**, que representa a condição do pensamento. Este princípio afirma que uma coisa, seja ela qual for, só pode ser conhecida e analisada se a sua identidade for conservada; o **princípio da não contradição**: este princípio afirma que uma coisa ou uma ideia afirmadas e negadas ao mesmo tempo e na mesma relação são coisas que se negam a si mesmas e, por isso, se autodestroem. Dessa maneira, isso implica em afirmar que as ideias contraditórias são impensáveis e impossíveis; o **princípio do terceiro excluído**: define o dilema entre “isto ou aquilo” – no qual as duas alternativas são possíveis e a solução da questão define que apenas uma delas seja verdadeira; o **princípio da razão suficiente**: é também conhecido como princípio da causalidade, pois indica que, para tudo que existe, há uma causa determinante (CHAUÍ, 2011)⁹.

É fato que entendemos a importância histórica da problematização em torno da racionalidade, porém, para este estudo, consideraremos o período da modernidade e as implicações trazidas pela racionalidade burguesa ao mundo

⁸ Desde o início da filosofia, a origem da palavra razão fez com que ela fosse considerada oposta a quatro tipos de outras atitudes mentais: ao conhecimento ilusório; às emoções; à crença religiosa; e ao êxtase místico (CHAUÍ, 2011).

⁹ Consideramos importante mencionar a evolução da problematização acerca da racionalidade, a partir da utilização do materialismo histórico dialético. Essa discussão estará expressa mais à frente.

do trabalho e à instrumentalidade. Reconhecemos, nesta pesquisa, a importância do tema e de sua interligação aos elementos socioconstitutivos da noção de instrumentalidade, além dos rebatimentos da racionalidade formal-abstrata e da racionalidade instrumental na composição da política de saúde e do trabalho dos (as) assistentes sociais.

Netto (1994) afirma em seus escritos que

A constituição da razão moderna é um processo que arranca do Renascimento e culmina no Iluminismo. Trata-se do arco histórico que, com mediações muito complexas, descreverá de Bruno a Hegel, a longa trajetória no interior da qual a razão moderna se erguerá na intercorrência e na síntese orgânica de três das suas categorias nucleares: o humanismo, o historicismo concreto e a razão dialética. (NETTO, 1994: p. 27).

O autor assevera ainda que a estrutura que a racionalidade moderna assume está baseada na *objetividade* e *processualidade* que ela verifica e constrói na realidade, logo, representa um árduo trabalho ao mundo dos homens:

A reconstrução ideal dessa objetividade pela consciência dos homens é um árduo e laborioso trabalho, segundo o qual eles podem conhecer, mediamente, o mundo de que são parte constitutiva – logo, entre a consciência e o mundo objetivo não há fratura ontológica. A implicação é uma unidade entre racionalidade objetiva (princípio inerente à realidade) e racionalidade subjetiva (reconstrução, na consciência, daquele princípio). Mas esta unidade é processual, e em dois sentidos: o mundo é pensado enquanto movimento dinamizado contraditoriamente, o ser tem sua afetividade no processo de colisões que é o seu modo específico de ser; e a consciência que reconstrói esse movimento (um automovimento) procede, ela mesma, por aproximações. (NETTO, 1994, p. 28).

Consideramos que, na modernidade, a racionalidade e o desenvolvimento do capitalismo ditaram ao mundo, não apenas novas formas de produção e ampliação da tecnologia para a produção de bens e serviços, mas também novas formas de ver e pensar o cotidiano da humanidade e suas relações sociais¹⁰.

¹⁰ “Dominar a natureza é apropriar-se, pelo conhecimento, dos meios que permitam colocá-la em harmonia com as finalidades humanas. O significado do predomínio da subjetividade na instauração da cultura moderna é a plena assunção do *valor* de que se devem revestir as finalidades humanas. A razão como medida de todas as coisas não tem a princípio um estatuto apenas lógico, mas também axiológico, que se expressa no reconhecimento do homem como valor, a partir de sua condição de ente racional” (LEOPOLDO E SILVA, 1997, *on-line*).

Nesses termos, o desenvolvimento da razão moderna é um processo que se imbrica na socialização da sociedade burguesa: o desenvolvimento do capitalismo, engendrado aos fenômenos da industrialização e da urbanização, instaura um patamar histórico e social no qual se torna possível compreender o ser social. A lógica desse período produz um modo “desantropomorfizador” de pensar a natureza e com ela colide no que diz respeito a implicações de duas categorias nucleares: o historicismo e a dialética (NETTO, 1994).

Guerra (2014) afirma que a razão moderna está edificada na concepção de homem enquanto um ser autocriador (possuidor de racionalidade e teleologia), que, estando em condições concretas, constrói a sua história, através da racionalidade objetiva, e, por isso, capaz de ser (re) conhecida pelos sujeitos.

Lembramos que a perspectiva hegeliana ou o sistema de Hegel inauguraram a problemática da razão moderna. Segundo Hegel, a razão dialética supera a inteligência. Dessa maneira, indica a validade e a limitação do mero entendimento, substância que está baseada na razão analítica (ou abstrata). O entendimento, para ele, é tido como um modo operativo da razão (NETTO, 1994)¹¹. Embora um crítico de várias construções teóricas acerca da racionalidade, o universo teórico hegeliano possui natureza de análise limitada, por não representar o caráter negativo (crítico) da razão, em sua dimensão dialética. Observamos que esse caráter reduz a racionalidade a comportamentos manipuladores do sujeito em relação ao mundo objetivo (NETTO, 1994)¹².

Concordamos com Coutinho (1972) quando assevera que o desenvolvimento histórico da racionalidade moderna representou um movimento progressista, ascendente, no sentido da elaboração de uma racionalidade humanista e dialética. No entanto, os elementos contraditórios da sociedade capitalista e a projeção ideológica da razão burguesa subordinam cada vez mais a razão humana à alienação (COUTINHO, 1972).

¹¹ Hegel foi um crítico de toda a construção filosófica anterior, principalmente, das análises kantianas.

¹² Outros estudiosos da Escola de Frankfurt, como Horkheimer e Adorno (1933); Marcuse, (1969); Adorno (1975), também caminharam de acordo com esses elementos de análise em torno da racionalidade.

A burocratização da sociedade moderna e as instituições surgidas com a estruturação do capitalismo direcionaram a construção de uma diversidade de teorias. Citamos, por exemplo, a construção burocrática e instrumental da teoria weberiana¹³.

Assim sendo, em termos gerais, podemos afirmar que existem três tipos de racionalidade mais conhecidas. De acordo com Sell (2012):

1. **A racionalidade prática:** modo pelo qual o indivíduo julga o mundo conforme os seus interesses, de maneira pragmática;
2. **A racionalidade substantiva:** a fundamentação para a construção dessa forma de racionalidade está baseada na construção de valores;
3. **A racionalidade formal:** é considerada pragmática e a utilidade econômica tem objetivo central.

Soares (2010) argumenta que “a razão passa a ser instrumentalizada pelos interesses da burguesia, abandonando a sua preocupação pela verdade concreta, legitimando a organização dos diversos espaços da vida social, seja no âmbito da produção, mas também da reprodução social, dentre estes o Estado e as políticas sociais” (SOARES, 2010: p. 26).

Guerra (2014) assevera que a racionalidade dada pela razão dialética “é a síntese de procedimentos aditivos e intelectivos e torna-se um adjetivo da razão que desaliena, desmistifica, nega o dado na sua aparência e é capaz de engendrar ações que ultrapassem a dimensão manipulatória e instrumental” (GUERRA, 2014: p. 79).

Além disso, argumentamos que a racionalidade dialética tem proposto uma nova construção de análise da essência das relações sociais, de suas contradições e historicidade. Essa racionalidade ultrapassa os limites da lógica pragmática do formalismo, buscando superar a análise que se projeta apenas para a aparência dos fenômenos.

Assim sendo, entendemos que se torna importante considerar que a dialética não surgiu e não foi proposta por Marx, mas é o pensamento desse

¹³ Max Weber elaborou uma distinção entre quatro diferentes tipos de racionalidade: a racionalidade instrumental (*Zweckrational*); a racionalidade orientada da crença ou valor (*Wertrational*); a racionalidade afetiva; e a racionalidade tradicional.

autor que inaugura uma nova forma de compreensão da organização social e das instituições¹⁴:

O marxismo, portanto, veio propor uma forma radicalmente diferente de compreender a organização social e suas instituições. Estas são analisadas de uma perspectiva da qual se procurou romper tanto com o idealismo quanto com o realismo: a subjetividade passou a ser vista como um momento indissociável – mas não reificado – da objetividade, como tomada de consciência histórica que se dá na e por meio da práxis. (GALLO, 1995: p. 85).

Nesses termos, com base nas discussões anteriores, apresentaremos, no próximo subitem, algumas análises acerca dessas duas formas de racionalidade presentes no cotidiano social, a racionalidade formal e a racionalidade dialética.

1.1.1 Racionalidade Formal e Racionalidade Dialética

A racionalidade que funda o período da modernidade direciona, além de várias ideologizações, alguns elementos que se tornam ricos e necessários para esta problematização. Compreendemos que as perspectivas teóricas que regem os elementos estruturais da sociedade e suas instituições podem vir acompanhadas de concepções pragmáticas e mecanicistas (lógica formal) e de elementos críticos, próprios da lógica dialética.

Consideramos que o sistema que direciona o desenvolvimento das relações econômicas e sociais na sociedade moderna, o capitalismo, ideologiza um conjunto de inversões, mecanismos de regulação social que passam a ser instituídos. Inserida nessas inversões, encontra-se a racionalidade formal-abstrata que se materializa no processo de trabalho da ordem burguesa, operando a mercantilização das relações sociais e coisificando todas as esferas da vida humana (GUERRA, 2000a).

Utilizamos os estudos de Lefebvre (1983), para apreender a lógica formal e explicar os sistemas de redução de conteúdo. Segundo o autor:

¹⁴“Na Grécia Antiga, a dialética era concebida como a arte do diálogo; na concepção moderna, ela é entendida como o modo de pensar as contradições da realidade social e de compreendê-las como essencialmente contraditórias e em permanente transformação. Da arte do diálogo ao modo de ‘pensar as contradições da realidade’, a dialética foi interpretada por diversos pensadores na história da humanidade” (LARA, 2007: p. 77).

A lógica formal, igualmente, pode ser considerada como um dos sistemas de redução do conteúdo, através do qual o entendimento chega a “formas” sem conteúdo, a formas puras e rigorosas, nas quais o pensamento lida apenas consigo mesmo, isto é, com nada de substancial. No limite extremo, essas formas se desvanecem, tornam-se o vazio, o nada, o pensamento e de realidade, o absurdo (LEFEBVRE, 1983: p. 133).

Conforme Lefebvre (1983), o formalismo não pode ser aplicado para a compreensão da realidade por limitar o pensamento a uma verdade abstrata. É uma verdade que se apresenta limitada, como lógica de entendimento e separação momentaneamente entre a forma e o conteúdo. É uma verdade limitada, insuficiente, abstrata, relativa, ainda que apresente certa verdade. Assevera, ainda, o pesquisador, que a lógica formal se encontra no início do desenvolvimento da razão e do conhecimento, não na ordem histórica real, apenas no começo do pensamento racional. Dessa maneira, ao separar forma e conteúdo, a sua verdade é convertida em erro (LEFEBVRE, 1983).

Além disso, o mesmo autor afirma que a aplicabilidade da razão não funciona sem entendimento e sem análise. A lógica formal e a lógica geral fundam o conhecimento, em ordem metodológica, não em ordem histórica. Quando a lógica formal é transformada em metafísica, quando o entendimento é separado da razão e quando a verdade “em si” é o destaque do conhecimento, dilemas são colocados e a verdade relativa é convertida em erro (LEFEBVRE, 1983).

Desse modo, a lógica formal é apenas um dos momentos do conhecimento. O pensamento se move, dessa maneira, em dois polos. Uma vez que, Lefebvre apreende que

O pensamento se move entre esses dois polos: um, o ser abstrato, irreal, que ele parte para conhecer; outro, o ser concreto, desconhecido no início, e que o pensamento não pode extrair ou deduzir do ser abstrato, mas que ele penetra, conhece e determina ao se determinar a si mesmo, e, portanto, a um tempo “de dentro”, por sua exigência própria, e “de fora” (para empregar esse termo clássico que não é inteiramente exato, pois não existe um “fora” propriamente dito), pelo contato com o conteúdo e com o real. (LEFEBVRE, 1983, p. 178).

A estruturação da lógica formal está baseada em concepções metodológicas que se projetam à linguagem universal da álgebra, da

matemática ou, de maneira crítica, do simbolismo abstrato. É permeada por elementos que não resolvem componentes contraditórios e transformam as problemáticas em simples axiomas.

Nesse sentido, o materialismo da lógica formal transforma o mundo metafísico idealista em um mundo mecanicista que é regido por leis absolutas do movimento da matéria, ou seja: por leis positivistas e pragmáticas que determinam as ações dos homens.

Essa lógica mecanicista e formalista de compreensão da realidade está presente nos mais variados espaços da vida em sociedade e, conseqüentemente, atribui maneiras de atuação dentro das instituições. Os elementos burocráticos dentro dos espaços de trabalho e a formatação do cotidiano dos diversos profissionais para a organicidade e para o produtivismo são exemplos claros dessa racionalidade¹⁵.

Consideramos que esse processo dimensiona as condições para a reprodução do sistema capitalista e de suas formas de elevação das taxas de lucro. Através do desenvolvimento das forças produtivas (técnicas, ferramentas, divisão social do trabalho, conhecimentos, ciências, ideologias, direito), potencializa-se o desenvolvimento dos homens que, na lógica burguesa, pode ser transformado em mercadoria, abstraindo do ser social a sua subjetividade (GUERRA, 2000a).

Inserida nesse complexo teórico da racionalidade formal, tem-se a razão instrumental, que é considerada uma forma de expressão da razão baseada em teses subordinadas, subjetivistas e funcionais: subordinada ao alcance dos fins particulares, dos resultados imediatos e funcional às estruturas. A razão instrumental está limitada a garantir a eficácia e eficiência, subsumindo o objeto ao seu aspecto quantitativo (GUERRA, 2000a) ¹⁶.

Concordamos com a autora ainda quando afirma que

¹⁵“O grau de racionalismo contido no pensamento formal-abstrato esconde, acoberta, vela as determinações fundamentais do ser social, pelas quais os homens se diferenciam de outros seres orgânicos e inorgânicos. Visto que os fenômenos sociais são tratados tal como os fenômenos da natureza e instrumentalidade com que se tratam as coisas da natureza” (GUERRA, 1997: p. 15).

¹⁶ “Como vimos defendendo, a racionalidade instrumental remete à manipulação que, por sua vez, submete, aprisiona os homens em diferentes níveis e graus, desde o direcionamento de necessidades para o consumo (nível econômico) até a manipulação dos instrumentos legítimos dos trabalhadores: sindicatos e partidos (nível político).” (GUERRA, 1997: p. 15).

A razão instrumental é subjetivista e formalista. Ela é a expressão intelectual do individualismo possessivo. É a razão subjetiva que se coloca no confronto entre a adequação de meios e fins e a adequação com modos de alcançar os fins, sem que, com isso, questione-se axiologicamente sobre as implicações ético-políticas dos objetivos, já que para ela os fins, como obra e construção dos homens, são sempre e necessariamente racionais, no sentido que servem à automanutenção da sociedade, entendida como a soma dos indivíduos. (GUERRA, 2000a: p. 16).

Em relação a isso, consideramos que a crítica a esse modelo que se encontra presente em perspectivas teóricas, metodológicas e em processualidades que se manifestam em condições objetivas e subjetivas da sociedade, só pode ser desenvolvida se forem consideradas a historicidade, a contradição e as mediações próprias do movimento dialético ou de uma racionalidade que esteja baseada, em seus fundamentos ontológicos, nessa perspectiva.

Lefebvre (1983) afirma que a contradição no pensamento dialético é concebida como um elemento do progresso na construção do conhecimento, pois, ao elevar o caminho da racionalidade formal, é capaz de superar o fato posto e compreender os elementos históricos e essências da realidade. Realidade esta que se encontra em constante movimento. Negar a verdade absoluta, dessa maneira, é um aspecto positivo na busca pelos elementos essenciais das relações sociais. Ou seja, “[...], a contradição dialética é real. Os contraditórios são forças, lutas, choques (ainda que essa imagem seja tomada ao mecanicismo e constitua apenas uma metáfora para uso do bom senso!)” (LEFEVRE, 1983: p. 195).

Compreender a realidade em seu movimento, contradição e historicidade permite o superar do imediato e dos limites da fragmentação entre forma e conteúdo: é uma compreensão que analisa, reflete e não isola os conceitos em axiomas.

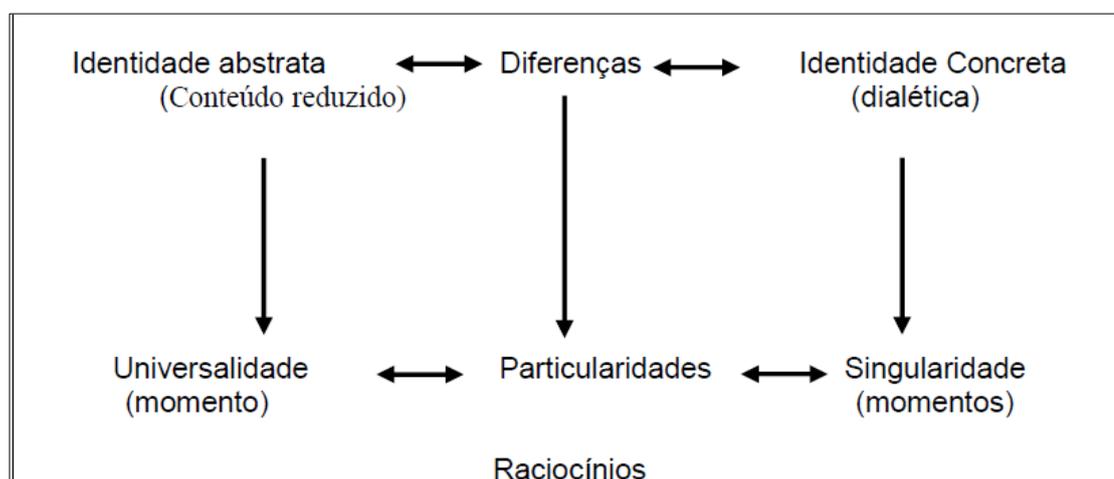
É, nesse sentido, que há importância substancial na superação do senso comum que permeia as relações sociais e a construção de conhecimentos. Do mesmo modo, concordamos com os argumentos de Lefebvre (1983) quando este afirma que:

O senso comum se revolta? Mas que nos mostra ele, senão um ser real (concreto) separado de seu limite no espaço e no tempo, de seu

fim, de sua transição em outra coisa? E uma atividade igualmente separada de seu “fim”, uma atividade que é produto de outra coisa que não ela mesma e que é destinada a desaparecer? E, certamente, de um ser determinado não se pode dizer, ao mesmo tempo, que ele é e não é. Mas, por um lado, ainda, não chegamos ao estudo da essência, do conceito, do ser concreto. (LEFEBVRE, 1983, p. 191).

Um conhecimento que busque a superação mecânica de compreensão da realidade deve se pautar através de um movimento dialético. Movimento este que se encontra esquematizado na Figura1 abaixo:

FIGURA 1 – A CONSTITUIÇÃO DO MOVIMENTO DIALÉTICO



Fonte: Lefebvre (1983: p. 26).

Apesar de se pautar através de uma orientação baseada em uma perspectiva hegeliana, o esquema acima, elaborado por Lefebvre, evidencia os elementos constituintes do movimento dialético para a apreensão da realidade. Apreensão esta que projeta uma análise ampliada da forma e do conteúdo até chegar à identidade do objeto ao concreto, a essência daquilo que se quer conhecer. Para o autor, esse quadro representa a coincidência entre lógica dialética e lógica concreta, pois apresenta os movimentos dialéticos e sua historicidade (LEFEBVRE, 1983).

Sobre a dialética, concordamos com Kosik (1976) quando afirma que:

A dialética não considera os produtos fixados, as configurações e os objetos, todo o conjunto do mundo material reificado, como algo

originário e independente. Do mesmo modo como assim não considera o mundo das representações e do pensamento comum, não os deixa sob o seu aspecto imediato: submete-os a um exame em que as formas reificadas do mundo objetivo e ideal se diluem, perdem a sua fixidez, naturalidade e pretensa originalidade para se mostrarem como fenômenos derivados e mediatos, como sedimentos e produtos da práxis social da humanidade. (KOSIK, 1976: p. 17).

Entendemos que, em contraposição à dialética proposta por Hegel e sob a orientação de outra perspectiva teórica e metodológica, Marx (2002) considera que o método proposto por ele difere do hegeliano por seu fundamento:

Meu método dialético, por seu fundamento, difere do método hegeliano, sendo a ele inteiramente oposto. Para Hegel, o processo do pensamento – que ele transforma em sujeito autônomo sob o nome de ideia – é o criador do real, e o real é apenas sua manifestação externa. Para mim, ao contrário, o ideal não é mais do que o material transposto para a cabeça do ser humano e por ele interpretado. [...] A mistificação por que a dialética passa nas mãos de Hegel não o impediu de ser o primeiro a apresentar suas formas gerais de movimento, de maneira ampla e consciente. Em Hegel, a dialética está de cabeça para baixo. É necessário pô-la de cabeça para cima, a fim de descobrir a substância racional dentro do invólucro místico. (MARX, 2002: p. 28).

Ou seja, para o autor, a dialética considera que a investigação a ser realizada deve se pautar através da projeção do materialismo e não exclusivamente do idealismo conforme proposto por Hegel:

A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada. (MARX, 2002: p. 21).

Desse modo, consideramos que o método dialético direciona o pesquisador a utilizar “a contradição e o conflito; o 'devir'; o movimento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários; além de apreender, em todo o percurso de pesquisa, as dimensões filosóficas, material/concreta e política que envolvem seu objeto de estudo” (Sasso de Lima; Miotto, 2007). Ou seja, a realidade concreta, baseada nas teses do materialismo histórico e dialético, apresenta fenômenos sociais com dependências mútuas, ou seja: ela é um todo que se inter-relaciona e não um conjunto de fatos isolados; encontra-se

em permanente movimento e transformação; são transformações cuja fonte é a *contradição*; está inserida em processos da estrutura social que possuem diferentes hierarquias em relação ao surgimento e, dessa maneira, não podem ser analisados a partir de qualquer elemento; e, ainda, é uma realidade que se apresenta em diversos níveis (SORIANO, 2004).

Entendemos também que, em contraposição à lógica formalista, existem limites e possibilidades que emanam a partir dos condicionamentos estruturais e conjunturais de dada realidade social. É preciso atentar para os mecanismos burocráticos e mecanicistas na sociedade e em suas instituições, já que os mesmos, podem não manter articulação com os elementos da lógica crítico-dialética. Reconhece-se que dentro de uma lógica burguesa, mediações podem ser desenvolvidas como alternativas aos elementos hegemônicos.

1.1.2 Racionalidade Capitalista e os Processos de Trabalho do (a) Assistente Social

O trabalho é considerado um elemento fundamental para o desenvolvimento das relações entre os seres sociais. Em Marx (2002), ele é entendido com uma das condições de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna e natural e, portanto, vida humana. (MARX, 2002).

É a partir do trabalho que o ser social se diferencia de todas as formas pré-humanas. Os homens e as mulheres são dotados de consciência, pois percebem o desenho e a forma que querem dar ao objeto do seu trabalho (ANTUNES, 2004).

Ou, ainda, nas palavras de Lessa e Tonet (2008):

Essa simultânea articulação e diferença do mundo dos homens com a natureza tem por fundamento o trabalho. Por meio do trabalho, os homens não apenas constroem materialmente a sociedade, mas também lançam as bases para que se construam como indivíduos. A partir do trabalho, o ser humano se faz diferente da natureza, se faz um autêntico ser social, com leis de desenvolvimento histórico completamente distintas das leis que regem os processos naturais. (LESSA; TONET, 2008: p. 17).

Podemos dizer que o trabalho, em termos gerais, “é o conjunto de procedimentos pelos quais se atua, por intermédio dos meios de produção,

sobre algum objeto para, transformando-o, obter-se determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade” (OLIVEIRA DUARTE, 2014, p. 95). E, nesse sentido, o processo de trabalho é considerado o modo como esse trabalho foi realizado, de acordo com as requisições de dada profissão.

Ou, ainda, nos termos de Guerra (2000a), o processo de trabalho é entendido como um conjunto de atividades práticas e reflexivas para o alcance das finalidades que dependem da existência, da adequação e da criação de condições objetivas e subjetivas. Para a autora, os homens transformam os meios sob as quais o trabalho se realiza: modificando-o, adaptando-o e utilizando-os em benefício próprio. É um processo que direciona a manipulação e o domínio da matéria natural que está sendo transformada. Esse processo de transformação é conhecido como trabalho, pois, ao modificar a natureza, os homens transformam a si próprios: produzem um mundo material e outro espiritual¹⁷ que são necessários à realização da práxis (GUERRA, 2000a).

A autora considera, ainda, que, no processo de trabalho, a passagem do momento de pré-ideação para a ação concreta requer instrumentalidade: demanda a conversão das coisas em meios para o alcance dos resultados. Essa instrumentalidade só pode se materializar através dos processos de trabalho, nos quais o homem mobiliza todos os meios e instrumentos para o alcance dos seus objetivos. É essa capacidade que possibilita a passagem das abstrações da vontade para a existência concreta das finalidades (GUERRA, 2000a).

O desenvolvimento do processo de trabalho possui implicações práticas, políticas e éticas. Sendo institucionalizado, esse processo requer um dado padrão gerencial para a sua execução¹⁸. Podemos afirmar, ainda, que todo processo de trabalho é coletivo e só terá viabilidade, caso se direcione ao alcance de alguma finalidade que fora determinada previamente e seja marcado pela dimensão ideopolítica (Oliveira Duarte, 2014). Logo, existem

¹⁷ “A consciência, a linguagem, os hábitos, os costumes, os modos de operar, os valores morais, éticos e civilizatórios” (GUERRA, 2000, p. 3).

¹⁸ “Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos sujeitos, conforme sua organização social, em cada momento histórico. Dessa forma, esses objetivos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados, ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais” (OLIVEIRA DUARTE, 2014, p. 97).

diversas formas de processos de trabalho na sociedade. Algumas, por exemplo, se direcionam para a produção de bens e, outras, à prestação de serviços.

Na área da saúde, o processo de trabalho não se destina à produção de bens, mas à prestação de serviços a uma instituição e, conseqüentemente, aos seus usuários. As matérias-primas, nesse sentido, não sofrem modificação, ou seja: não resultam em objetos úteis para consumo individual ou coletivo. O processo de trabalho em saúde está baseado em relações interpessoais entre o prestador de serviço (trabalhador) e o usuário:

Nesse sentido, o processo de trabalho é, necessariamente, um momento privilegiado e intenso na produção de subjetividade desse usuário. O trabalhador não pode estar alheio a essa dimensão de seu trabalho. Por um lado, porque ela é um de seus objetivos iminentes e, por outro, porque a sua própria subjetividade também se forma e se transforma durante esse processo relacional. A atividade produtiva se concentra, então, direta e indiretamente na produção de sujeitos, envolvendo os dois lados da relação: usuário e o trabalhador desta política social, e pode-se afirmar, portanto, que esse trabalhador é, também, de modo direto, objeto no processo de trabalho. (OLIVEIRA DUARTE, 2014, p. 100).

Em relação ao serviço social, verificamos, em terreno socioinstitucional, que o exercício do (a) assistente social se configura através de uma especialização sociotécnica voltada para lidar com as expressões da questão social no mundo capitalista, através da atuação nas políticas sociais. Os processos de trabalho do (a) assistente social se direcionam para grupos populacionais carentes de modos próprios de reprodução e de formas de acesso aos serviços públicos e privados que sejam capazes de dar respostas à sobrevivência do ser social (BARBOSA; CARDOSO; ALMEIDA, 1998).

Entendemos, no entanto, que os processos de trabalho têm apresentado alterações significativas para o conjunto das profissões. A ordem burguesa e os mecanismos ideológicos direcionados para a sua manutenção operam com a criação de inversões e de uma dada racionalidade. Através delas, os homens são transformados e instrumentalizados para a concretização das necessidades de outros homens¹⁹.

¹⁹Concordamos com Antunes (2004) quando afirma que: “Mas, se, por um lado, podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida do

Em relação a isso, concordamos com Guerra (2000a) quando afirma que:

Para manter tais inversões, um conjunto de mecanismos de regulação social é instituído. Dentre eles, uma racionalidade que se torna hegemônica no mundo burguês: a racionalidade formal-abstrata. Com isso, há uma expansão da racionalidade posta no processo de trabalho na ordem burguesa: a mercantilização das relações sociais, a coisificação dos homens – para todas as esferas da vida humana. (GUERRA, 2000a, p. 14).

Consideramos também que o desenvolvimento histórico do sistema capitalista projetou além de transformações na esfera da produção social, com a inserção de novas tecnologias e saberes intelectivos voltados à sua manutenção, novas formas de racionalidade e sociabilidade que se materializaram na esfera da reprodução social. Além disso, o período da modernidade reconduziu o Estado para novas formas de intervenção nas esferas econômica, política e social, com o surgimento das diversas instituições e da sua característica fundamental, a burocracia.

As protoformas da teoria liberal clássica, da ideia da *mão invisível* e do livre mercado, presentes na perspectiva de Adam Smith²⁰, aparecem no auge da década de 1990 sob novas configurações. O neoliberalismo, como assim é chamado, gerou impactos, principalmente, na condução das políticas sociais e no mundo do trabalho.

As mudanças ocorridas na esfera econômica e estatal, via emergência da reestruturação produtiva, da financeirização da economia e das políticas neoliberais, provocaram a corrosão de direitos e afetaram diretamente o mundo do trabalho, que se viu “flexibilizado” e marcado por elementos destrutivos, nas condições objetivas e subjetivas.

processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transforma em trabalho assalariado, alienado, fetichizado. O que era uma finalidade central do ser social converte-se em meio de subsistência. A ‘força de trabalho’ (conceito chave em Marx) torna-se uma mercadoria, ainda que especial, cuja finalidade é criar novas mercadorias e valorizar o capital. Converte-se em meio e não primeira necessidade de realização humana” (ANTUNES, 2004, p. 8).

²⁰ O Estado nessa perspectiva se configura, “portanto, em um Estado mínimo, sob forte controle dos indivíduos que compõem a sociedade civil, na qual se localiza a virtude. Um Estado com apenas três funções: a defesa contra os inimigos externos; a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos; e o provimento de obras públicas, que não possam ser executadas pela iniciativa privada” (BEHRING apud BOBBIO, 1988, p. 5).

Dessa forma, o mundo do trabalho, por sua vez, tem sido metamorfoseado²¹. O serviço social, por exemplo, profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, não se encontra imune a essas metamorfoses, implicações e contradições contemporâneas, que colocam, todos os dias, novas e precárias condições para a atuação profissional nas diversas instituições, como por exemplo, as unidades de saúde.

Entendemos que, para o capitalismo se manter nessa sociedade, ele *imprime* e confere uma racionalidade para as relações sociais e para as ações profissionais que são marcadas pelo imediatismo e focalização no atendimento às demandas.

Nesse sentido, concordamos com os argumentos de Costa (2008) quando afirma que na atualidade o objetivo da ordem capitalista é a constante transformação dos processos de trabalho em um conjunto de atividades repetitivas, padronizadas e fragmentadas. Em relação ao serviço social, verificamos que isso acontece dentro das instituições, na prática cotidiana e na padronização dos procedimentos pelas demandas institucionais. Considerando que o (a) assistente social é um trabalhador assalariado, verificamos que a instrumentalidade da profissão tem sofrido influências desses elementos, indo além das prerrogativas meramente profissionais (COSTA, 2008).

A interferência da racionalidade reformista burguesa implica alterações nas esferas da produção e da reprodução social. Verificamos que nesse processo o Estado intervém na realidade e faz uso de estratégias e mecanismos que legitimam determinadas ações e intervenções. Essa racionalidade incorpora o ideário neoliberal, o pragmatismo, o consumismo, o imediatismo e várias outras formas de ideologização que possuem interferências diretas nas políticas públicas e, dentre estas, a política de saúde (SOARES, 2010).

As transformações operadas pelo desenvolvimento do capitalismo e do processo de reestruturação produtiva provocaram novas dinâmicas societárias

²¹ Para Antunes: “a classe trabalhadora, em pleno no século XXI, em plena era da globalização, se encontra metamorfoseada: de maneira mais fragmentada, mais heterogênea e ainda mais diversificada. “Pode-se constatar, neste processo, uma perda significativa de direitos e de sentidos, em sintonia com o caráter destrutivo do capital vigente” (ANTUNES, 2004, p. 335).

que se relacionam em grande medida com a necessidade de o capital continuar operante e indutor de uma racionalidade tecnicista.

Entendemos ainda que essa forma de racionalidade, de caráter gerencialista, que se materializa no cotidiano das profissões, busca normatizar o modo de ser e de agir de toda a prática profissional. Marcada por um amplo tecnicismo e produtivismo. Ou seja, apreendemos que essa perspectiva não é capaz de captar o movimento da realidade, uma vez que a racionalidade técnica não é apenas aquela que se utiliza da técnica, mas aquela que se identifica com a técnica: identifica o meio como fim. Esse modelo objetivista tem triunfado na teoria da ciência como o único possível, não porque seja o único *racional*, mas porque, em aparência, se mostra produtivo. Como a técnica existe, em princípio para satisfazer as necessidades humanas, estas passaram a ser compreendidas no âmbito da racionalidade instrumental (LEOPOLDO E SILVA, 1997).

Essa nova racionalidade, imbricada em grande medida no fetiche do consumo, tem revestido todos os setores da reprodução social de ritmos e processos que atingem diretamente o mundo do trabalho e suas particularidades.

A heterogeneidade complexa dos processos de trabalho, na atualidade, altera não apenas a materialidade da práxis, mas a subjetividade daqueles que precisam vender a força de trabalho para a garantia da sobrevivência. Nessa processualidade, são determinantes não apenas a polivalência ou a flexibilização, mas novas formas de estranhamento.

As tendências desse novo mercado requerem um trabalhador polivalente, com um *perfil ideal* e com uma racionalidade instrumental que seja capaz de operar o maquinário tecnológico, dessa nova etapa de constituição da sociedade, e desenvolver estratégias que aumentem a sua produtividade e da equipe na qual está inserido.

Assim, ao impulsionar essas formas de *sustentação de mercado*, as estratégias ideológicas de subordinação do homem ao capital vêm contribuindo para a existência de várias doenças decorrentes dessa nova cultura do *pensar* e *agir* profissional dentro das empresas e instituições. Além do aspecto físico, diversas formas de adoecimento psíquico atingem a classe trabalhadora

mundial. A depressão e o estresse, como doenças extremamente frequentes na atualidade, se inserem nas relações sociais não apenas como decorrências dos processos de trabalho, mas também do cotidiano e das particularidades que nele se inserem.

Nesses termos, Barbosa, Cardoso e Almeida (1998) afirmam que a pressão estrutural sobre o processo de trabalho não decorre apenas do interesse burguês por uma camada técnica especializada no trato com a sobrevivência dos que vivem na subalternidade, mas da própria lógica que estrutura o trabalho no sistema capitalista, que converte todas as formas de trabalho em trabalho assalariado – mercadoria. Isso converte todo o processo de trabalho em fragmentação ou parcelamento em diferentes níveis de atividades laborativas.

Dentro das instituições, os (as) assistentes sociais convivem cotidianamente com diversos padrões ideológicos que resultam dessa lógica. As requisições institucionais determinam um dado modelo de agir que muitas vezes interfere na concretização dos objetivos profissionais e nas respostas que necessitam ser dadas aos usuários.

Os elementos burocratizantes do ambiente institucional e das políticas públicas podem levar a uma dada racionalização gerencial do trabalho²², caso não haja a utilização ou superação do caráter formal e instrumental. A perspectiva crítica e a racionalidade dialética são alternativas concretas de resistência a esses elementos e que podem contribuir para a eficácia dos processos de trabalho em consonância com a garantia de direitos aos usuários.

1.2. A Produção de Conhecimento no Serviço Social: algumas considerações

A utilização da pesquisa, no âmbito da formação profissional dos (as) assistentes sociais, é recente. O desenvolvimento dos Programas de Pós-Graduação, com os cursos de mestrado e doutorado, possibilitou o aprofundamento e estruturação de uma profissão com vieses capazes de

²² Uma racionalização gerencial que se manifesta nas formas de planejamento, das intervenções e das objetivações que são dadas na atuação profissional.

questionar a realidade posta e o conhecimento das demandas direcionadas ao serviço social.

Assim, como afirma Sposati (2007):

A pesquisa torna-se disciplina obrigatória na formação profissional dos assistentes sociais somente em 1982. Embora este fato, algumas escolas, departamentos ou faculdades já inseriam em seus currículos a metodologia da pesquisa. Pelo menos esta foi minha experiência ainda na Escola de Serviço Social da PUC-SP na década de 60 do século 20. (SPOSATI, 2007, p. 17).

Além disso, ressaltamos que, de um tecnicismo religioso, inerente ao surgimento do serviço social enquanto profissão, à compreensão *crítica*, foram longos os anos de estudos, pesquisas, renovações e rupturas até o entendimento e utilização de uma racionalidade crítico-dialética na produção de conhecimentos²³.

É a partir do chamado Movimento de Reconceituação que o serviço social busca uma maior aproximação com a tradição marxista. Um movimento com características e dimensões que se espalharam por toda a América Latina, buscando ampliar os debates entre os (as) assistentes sociais sobre a necessidade de rompimento com as teorias e metodologias que não representavam uma compreensão atenta do movimento real da sociedade e das suas contradições, ou seja: buscou-se a partir desse período uma nova direção para a profissão. Uma direção pautada numa racionalidade dialética e de compromisso com a classe trabalhadora.

Assim, concordamos com Bourguignon (2007), quando afirma que:

A década de 80 marca o reencontro do Serviço Social consigo mesmo, no que se refere à busca de estabelecimento de novas bases para a compreensão do seu passado histórico, das particularidades de sua prática na sociedade marcada por relações de classe, da sua relação com o Estado e com as forças da sociedade civil e de sua posição quanto às demandas sociais, cada vez mais complexas, situando-se no âmbito da divisão sociotécnica do trabalho. (BOURGUIGNON, 2007, p. 47).

²³A racionalidade dialética supera a lógica formal-abstrata e compreende a realidade em constante movimento e em contradição. Considera, ainda, a história como elemento fundamental para a análise do real (LEFÉBVRE, 1983).

A partir do início dos anos 1980, conforme afirmou Sposati (2007), através da atuação dos setores de vanguarda, buscou-se romper com o conservadorismo que permeava a atuação profissional e que se baseava numa racionalidade formal-abstrata²⁴, com características positivistas e empiricistas.

A década de 1990 foi importante por instaurar novos elementos de compreensão e novas possibilidades de pesquisa. Com muitos Programas de Pós-Graduação já estruturados, além do acúmulo já registrado em décadas anteriores, pôde-se adensar o campo e as estratégias de compreensão da realidade. Além disso, nessa mesma década, com as projeções para a construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social e com a criação do novo Código de Ética profissional, considera-se que novos compromissos com a sociedade e, conseqüentemente, novos questionamentos ao conjunto dos profissionais foram fomentados.

Nestes termos, o Projeto Ético-Político do Serviço Social (PEP), ainda que diante da correlação de forças existentes na sociedade, tem como princípios centrais o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e autoritarismo; ampliação e consolidação da cidadania; posicionamento em favor da equidade e justiça social; empenho na eliminação de todas as formas de preconceito; garantia do pluralismo; opção por um projeto profissional vinculado à construção de uma nova ordem societária; articulação com movimentos sociais de outras categoriais profissionais que compartilhem os princípios do Código de Ética do Serviço Social; compromisso com os serviços prestados à população; e exercício do serviço social sem ser discriminado, nem discriminar por questões de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física (BRASIL, 2012).

²⁴Através da concepção de Henri Lefebvre (1983), a racionalidade formal está fundamentada em metodologias que se imbricam na linguagem universal da álgebra, da matemática, ou, em outras palavras, do simbolismo abstrato que, ao contrário da racionalidade crítico-dialética, transforma a realidade em uma espécie de axioma, não considerando as suas contradições ou historicidade.

Os princípios do projeto profissional apresentam não apenas uma dimensão política, mas também um novo direcionamento ao conjunto da categoria, que, diante das diversas contradições existentes na sociedade capitalista, vem possibilitando uma maior coerência teórica e metodológica ao serviço social.

Marcado historicamente por equívocos de natureza teórica e, conseqüentemente, metodológica, o serviço social pôde orientar as suas produções baseadas num aperfeiçoamento que se evidencia, por exemplo, nas leituras que foram se realizando diretamente nas obras dos autores que deram sustentação aos compromissos éticos e políticos que a profissão adquiriu.

Hoje, mesmo com muitos avanços e com a busca de superação das estratégias *manualescas* de compreensão da tradição marxista, os desafios à pesquisa em serviço social são muitos. Há que se reconhecer que as complexidades ideológicas, sociais, políticas e econômicas lançadas à sociedade ampliaram as expressões da questão social e tudo isso demanda novas formas de compreensão das situações vivenciadas pelos usuários, principalmente numa perspectiva de totalidade.

Dessa maneira, o método dialético²⁵ tem se consolidado como um importante instrumento de análise para as ciências humanas e sociais, que, através do aprimoramento e amadurecimento das questões cotidianas de pesquisa, é capaz de compreender as diversas expressões da questão social para além dos elementos positivistas e empiricistas, pois ao considerar, as categorias nucleares intrínsecas à estruturação do método dialético – a totalidade, a contradição e a mediação – o serviço social direcionou novos horizontes teóricos e ideológicos ao seu compromisso com a classe trabalhadora. Dito isto, ressaltamos ainda que na atualidade apreender o método dialético é um dos desafios teórico-metodológicos postos ao serviço social, tanto na área de formação acadêmica com abertura de novas graduações na modalidade a distância e expansão dos cursos

²⁵ Este método de pesquisa propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, de modo que seja possível alcançar a essência do objeto. Esse alcance acontece a partir do momento em que é possível capturar a estrutura e a dinâmica da situação posta, através de procedimentos analíticos (NETTO, 2011).

presenciais, quanto no campo do conhecimento (pós-graduação *stricto sensu* e da pesquisa.

Concordamos com Souza (2014) quando afirma:

O sincretismo da prática aparece no âmbito da produção de conhecimento (como tendência) como ecletismo, ou seja, como coletânea acrítica de teorias, categorias e conceitos por vezes contraditórios, tudo em nome da captura de fragmentos de teoria que sejam capazes de explicar, também fragmentariamente, a realidade setorial com que se defronta o profissional, sem uma preocupação fundamental quanto às suas consequências ideopolíticas. (SOUZA, 2014, p. 536).

Consideramos ainda que esse ecletismo que tem se materializado na produção das pesquisas é também reflexo da apropriação errônea das teorias e metodologias, tendo em vista que é um dos objetivos mais projetados e introduzidos a partir da prática profissional sob o lema do “como fazer” ou como regra estratégica sobre como as teorias devem ser aplicadas na prática²⁶.

No entanto, concordamos com Souza (2014) quando afirma que nem toda a produção de conhecimento é eclética porque decorre do sincretismo da prática:

Mas essa contraface não significa que toda produção de conhecimento seja eclética porque espelha o sincretismo prático. Essa dedução, que seria logicamente correta do ponto de vista formal, é falsa do ponto de vista ontológico e histórico. Igualmente, nem todo conhecimento produzido sob angulação crítico-dialética consegue se expressar de imediato como componente revolucionário. Aqui, a lógica formal dá mostras de suas limitações. (SOUZA, 2014, p. 535).

Reconhecemos que essa produção de conhecimento está fundada em perspectivas teóricas que remetem a uma dada racionalidade. Racionalidade esta que, apesar do surgimento de teorias pós-modernistas, está fundada sob uma perspectiva histórica e com grandes contribuições da modernidade. Dessa maneira, discutiremos nos tópicos seguintes a influência das racionalidades formal e dialética para a produção de conhecimento e, conseqüentemente, as contribuições do método dialético ao serviço social.

²⁶ “Cumprir frisar que o sincretismo, presente no exercício profissional, tem como contraface teórica o ecletismo. Mas essa contraface não significa que toda produção de conhecimento seja eclética porque espelha o sincretismo prático” (SOUZA, 2014:6).

1.3 O Debate da Instrumentalidade no Serviço Social

As reflexões teóricas que se imbricam na instrumentalidade²⁷²⁸, no âmbito do serviço social, foram se desenvolvendo historicamente a partir das várias racionalidades teóricas que davam as bases de sustentação à profissão.

A princípio, o termo instrumentalidade aparenta se direcionar à compreensão ou estudo dos meios, instrumentos e técnicas de atuação profissional do serviço social, à pura operacionalização das políticas mediante o uso de instrumentais técnico-operativos.

Em uma reflexão mais crítica e reflexiva, verificamos, no entanto, que, ao se analisar a estruturação da palavra, o sufixo “idade” tem a ver com capacidade, qualidade ou propriedade para se falar em algo. Dessa maneira, podemos concluir que instrumentalidade do serviço social se refere a uma dada capacidade que a profissão vai adquirindo em sua trajetória sócio-histórica, através do confronto entre teleologias e causalidades (GUERRA, 2000a).

A instrumentalidade, como uma capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos, possibilita que os (as) assistentes sociais objetivem a sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio dessa propriedade que os profissionais modificam e alteram as condições objetivas e subjetivas, além de transformarem as relações interpessoais e sociais existentes nas relações sociais. Ao alterarem o cotidiano e a realidade dos usuários que demandam atendimento, modificando as suas condições e se utilizando de meios e instrumentos, os (as) assistentes sociais estão dando instrumentalidade à atuação profissional dentro das instituições (GUERRA, 2000b).

²⁷ A ampliação e o aprofundamento de estudos relacionados à instrumentalidade se deram, no âmbito do serviço social, principalmente a partir da década de 1990. No ano de 1995, por exemplo, é lançado o livro *A Instrumentalidade do Serviço Social*, publicação inédita e de referência da professora Yolanda Demétrio Guerra, que no ano de 2014 já se encontra na sua 10ª edição. É considerado um clássico no debate relacionado à instrumentalidade por questionar a visão hegemônica da análise dessa questão referida aos instrumentais técnico-operativos do serviço social.

²⁸ “Na década de 1990, alguns autores voltaram seus focos de pesquisa à questão da instrumentalidade da profissão, ou mesmo da problemática que envolvia os instrumentos e as técnicas usadas pelo serviço social. As contribuições de Hélder Sarmiento, Rosa Prédes Trindade, Sandra Campagnolli e Yolanda Guerra foram significativas para no avanço do debate sobre a instrumentalidade” (COSTA, 2008).

Nesse sentido, concordamos ainda com a autora quando assevera que:

Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adéquam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho. (GUERRA, 2000b, p. 2).

Essa capacidade ou propriedade que a profissão adquire na medida em que concretiza os seus objetivos pode ser constituída por três dimensões: a primeira se refere à análise da instrumentalidade da profissão face ao projeto burguês; a segunda se refere à instrumentalidade das respostas profissionais; e a terceira analisa a noção como uma forma de mediação.

A instrumentalidade funcional ao projeto burguês se refere à capacidade de a profissão ser instrumentalizada para a manutenção da ordem ou a serviço do projeto reformista da burguesia. A instrumentalidade das respostas profissionais está relacionada à capacidade técnico-operativa ou aos instrumentais operativos utilizados para dar suporte às respostas profissionais frente às demandas da população. A última caracterização considera a instrumentalidade como mediação. Ou seja, compreendida como o espaço no qual a cultura profissional se movimenta, e é através dela que os (as) assistentes sociais constroem indicativos teórico-práticos para a intervenção. Argumentamos que é a partir da mediação que as particularidades e as singularidades vivenciadas no cotidiano podem ser apreendidas para o direcionamento da ação, seja pela compreensão do objeto de intervenção para além dos instrumentos e técnicas, seja pela apropriação da perspectiva crítica que direciona o pensar e o agir profissional (GUERRA, 2000b).

Os dois primeiros níveis da instrumentalidade estão sustentados por um caráter instrumental, decorrente dos aspectos manipulatórios e ideologizantes da sociedade e suas instituições. Verificamos que, nessas duas compreensões, permanecem as visões psicologizantes e moralizantes da questão social. Além de práticas que buscam controlar e adaptar comportamentos e formas de sociabilidade que são exigidas pelos padrões de acumulação do sistema capitalista (GUERRA, 2000b).

Consideramos que a instrumentalidade é uma condição de existência e reprodução do ser social. É uma capacidade necessária à relação entre homem e natureza. Portanto, só existe instrumentalidade a partir do trabalho. Além disso, apreendemos também que existem condições objetivas com que os homens se defrontam, que escolhem ou criam com vistas a aperfeiçoar as técnicas e os instrumentos de trabalho. É através deste que o ser social realiza a sua ideação e adquire instrumentalidade. Ou, em outras palavras: “toda postura teleológica encerra a instrumentalidade, o que possibilita ao homem atribuir às coisas as propriedades verdadeiramente humanas, no intuito de que elas venham a converter-se nos instrumentos, nos meios para o alcance das suas finalidades” (GUERRA, 2000a, p. 11).

Nesses termos, concordamos com Guerra (2014) quando afirma que:

Como parte do modo de ser e de se reproduzir do ser social, o trabalho, mediação entre o homem e natureza, tem uma instrumentalidade. A capacidade de o ser social mobilizar os meios para alcançar seus objetivos está diretamente relacionada à outra capacidade que lhe é anterior: a teleologia, ou seja, a capacidade que os homens e as mulheres detêm de projetarem, pelo movimento da sua consciência, a sua intenção, antes mesmo de a realizarem. (GUERRA, 2014, p. 24-25).

Do mesmo modo, a instrumentalidade no cotidiano profissional pode ser apreendida como uma capacidade atribuída pelos homens para o alcance dos seus objetivos:

Só o trabalho atribui instrumentalidade aos meios e aos instrumentos que o sujeito julga como os mais adequados aos fins propostos, donde a necessidade da ciência dos fins e conhecimento dos meios. É nesta perspectiva que consideramos o termo instrumentalidade: como as propriedades/capacidades das coisas, atribuídas pelos homens no processo de trabalho, convertidas em meios/ instrumentos para a satisfação de necessidades e alcance dos seus objetivos/finalidades. (GUERRA, 2014, p. 25).

Em relação ao serviço social, nesse campo saturado de contradições e complexidades, Guerra (2014) entende que o estudo da instrumentalidade ainda pode ser considerado um campo saturado de mediações que não foram suficientemente discutidas pelos (as) assistentes sociais. Além disso, essa ineficiência de debates ocasiona um discurso que a nega ou revela um

conjunto de intervenções que se reduzem a atuações finalísticas, repetidas e modelares (GUERRA, 2014).

Constatamos, também, que, em torno da discussão da instrumentalidade, existem diversas confusões teóricas. Uma delas parte das ideias de como realizar a intervenção profissional (o “como fazer”). Nesta, consideramos que do domínio dos instrumentos e técnicas derivam ações competentes técnica e politicamente. A segunda linha de argumentação representa o “discurso” de recusa aos instrumentos e técnicas, por considerá-los imbricados na lógica formal (GUERRA, 2014)²⁹.

Ressaltamos ainda que em uma profissão interventiva como o serviço social, o uso de instrumentais de trabalho, de instrumentos técnico-operativos ou de uma documentação específica³⁰, é de extrema importância. O fato é que estes não podem resumir a noção de instrumentalidade, pois limitaria “o conjunto das racionalidades que revestem a profissão ao paradigma da racionalidade formal” (GUERRA, 2014, p. 74). Do mesmo modo, ponderamos ainda que a instrumentalidade tem sido pouco apreendida em seu sentido real pelos (as) assistentes sociais.

Segundo Guerra (2014), existem dois motivos centrais para a falta de compreensão dessa temática, no âmbito do serviço social. O primeiro se refere às lacunas que ainda precisam ser preenchidas, pois se trata de um tema recente a partir da utilização da perspectiva crítica na profissão. O segundo motivo se refere aos diversos equívocos teóricos que têm sido construídos pela apropriação errada, considerando o seu significado original.

A autora ainda argumenta que a instrumentalidade tem sido incluída no rol das temáticas “*mal ditas*” no interior da categoria profissional. Para ela, essa afirmação pode ser explicada a partir de duas constatações: a primeira se refere ao abandono, descaso, rechaço e banimento do tema por parte da academia, que reduziu as reflexões teóricas e discussões no seio da profissão,

²⁹Guerra (2014) argumenta que “[...] o debate da instrumentalidade tenta romper com esta visão formalista de conceber os instrumentos e técnicas com algo que determina a ação profissional, como se os procedimentos, estabelecidos *a priori*, fossem os responsáveis pela direção da intervenção profissional” (GUERRA, 2014, p. 22).

³⁰Segundo Matos, “a chamada documentação em Serviço Social é o conjunto de registros elaborados pelo próprio profissional no contexto da sua intervenção profissional, logo uma expressão do trabalho do assistente social na saúde” (MATOS, 2013, p. 110).

o que tornou o tema pouco estudado em pesquisas e conseqüentemente na produção de conhecimento ao longo de décadas. A segunda constatação se refere à falsa complexidade da instrumentalidade e sua compreensão durante a formação e atuação profissional. A base desse argumento também se sustenta pelo fato de a instrumentalidade ser considerada como parte do serviço social tradicional, com o uso de diagnósticos ou de outros elementos positivistas, sendo apreendida tão somente como instrumentos e técnicas (GUERRA, 2014). Ou seja, mesmo através da orientação de uma diversidade de complexos, podemos afirmar que a aplicabilidade da instrumentalidade nas ações cotidianas contribui para o fortalecimento do Projeto Ético-Político crítico.

Dessa forma, ainda que em um cenário adverso, a construção do Projeto Ético-Político da profissão tem conquistado hegemonia. Os duros ataques às políticas públicas e as *metamorfoses* da questão social fizeram do serviço social uma profissão requisitada por diversas instituições. Destarte, conseqüentemente, as contradições que se renovam e lançam novos dilemas à sociedade configuram, também, esse projeto como necessário.

Na saúde pública, assim como nas demais políticas, os conselhos democráticos de direito são compostos por muitos interesses, sejam eles requisitados pela população ou pelo grande capital. A dimensão política, no bojo dessa contradição, assume um papel significativo.

Em relação a isso, concordamos com Pontes (2010) quando assevera que:

Nesta dinâmica de reconstrução da particularidade do campo de intervenção profissional, com a conseqüente reapreensão da demanda social e profissional, o assistente social passa a ter possibilidades de articular as forças políticas em presença, em face de um projeto social politicamente determinado, voltado à construção de uma nova ordem social ou à conservação da ordem vigente. (PONTES, 2010, p. 169).

Para vencer o projeto reformista da burguesia que se coloca no cenário histórico da modernidade e construir projetos alternativos que sejam capazes de emancipar, não devem ser consideradas apenas as condições objetivas, mas também as subjetivas. Estas, através da cultura e da política, podem proporcionar às classes subalternas elementos que atuem na consciência, possibilitando, portanto, a criação de uma nova história.

Para Guerra (2014), a instrumentalidade só se enriquece e possibilita o desenvolvimento de mediações que sejam capazes de garantir os direitos aos usuários quando o (a) assistente social for além das estratégias individualistas para o desenvolvimento de demandas coletivas; quando lutar contra a individualização dos problemas, enfrentando os processos que levam à culpabilização e responsabilização dos usuários; quando lutar contra a precarização e intensificação do trabalho; quando exigir espaços para estudos e discussão nos locais de trabalho; e, ainda, quando questionar e lutar contra o aligeiramento da formação profissional, seja no âmbito da graduação ou da pós-graduação.

Além disso, a autora considera que a instrumentalidade só é rica quando o (a) assistente social estimula a participação dos usuários nas instituições; quando o profissional ousa criar instrumentos emancipatórios em detrimento daqueles que subordinam; quando existe a superação da aparência imediata e há uma atuação para além das demandas emergenciais, utilizando-se da dimensão investigativa; quando existe articulação com os movimentos sociais (GUERRA, 2014).

Há que se considerar que algumas provocações podem contribuir para um caráter messiânico da profissão e que, na realidade concreta, existem inúmeros desafios ao desenvolvimento da instrumentalidade, dos objetivos do Projeto Ético-Político e do significado social da profissão.

Em condições objetivas e subjetivas, consideramos que há uma importância concreta de um profissional comprometido e crítico à realidade posta, mas há também que se reconhecer que em ambientes institucionais e em dados elementos conjunturais, existem limites e possibilidades.

1.3.1 Instrumentalidade como Mediação

A mediação é considerada uma categoria de análise reflexiva e ontológica. Nesse sentido, pode ser construída pelo intelecto para a compreensão do movimento da razão e é retirada do plano real para ser compreendida também através da razão.

Para Pontes (2010), como categoria ontológica, a mediação é uma expressão histórica que foi sendo construída a partir da relação entre o homem e a natureza e das relações sociais, nas diversas formações humanas. A mediação, nesses termos, é uma indicação segura, do ponto de vista histórico e social, porque enriquece a humanidade, na sua dinâmica de objetivar-se no mundo, na sua saga por buscar mediações menos “degradadas e bárbaras”, de buscar cada vez mais relações humanitárias e igualitárias, tanto no ponto de vista social, quanto no plano de controle da natureza³¹.

Dito em outras palavras, a mediação como uma categoria ontológica assegura o movimento, a processualidade na relação “complexo-dinâmica entre complexos dinâmicos” na totalidade concreta (PONTES, 1989, p. 23).

A mediação é, pois, uma categoria de análise histórica e concreta que se manifesta no cotidiano e pressupõe a compreensão da realidade partindo das suas singularidades e aparências ao seu sentido real: à essência do objeto.

De acordo com Pontes (1989):

A mediação se processa na relação dialética – contraditória entre os complexos dinâmicos [...] que não se opera na simplicidade formalista do par causa-efeito, mas, efetiva-se e garante-se por passagens e conversões – determinantes e determinadas – que se devem exatamente aos processos de mediação. (PONTES, 1989, p.18).

Segundo Guerra (2000b), a mediação também é a categoria que permite a ultrapassagem da imediaticidade, direcionando a criação de vínculos entre o imediato e o mediato. É uma categoria que permite que se estabeleçam vínculos com o projeto ético-político profissional.

Assim sendo, conforme essas reflexões, a instrumentalidade do serviço social pode ser compreendida como uma forma de mediação, uma vez que, conforme os estudos de Guerra (2000b), a instrumentalidade, além de ser reconhecida como “a propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos”, é também uma capacidade sócio-histórica da profissão constituída em três níveis:

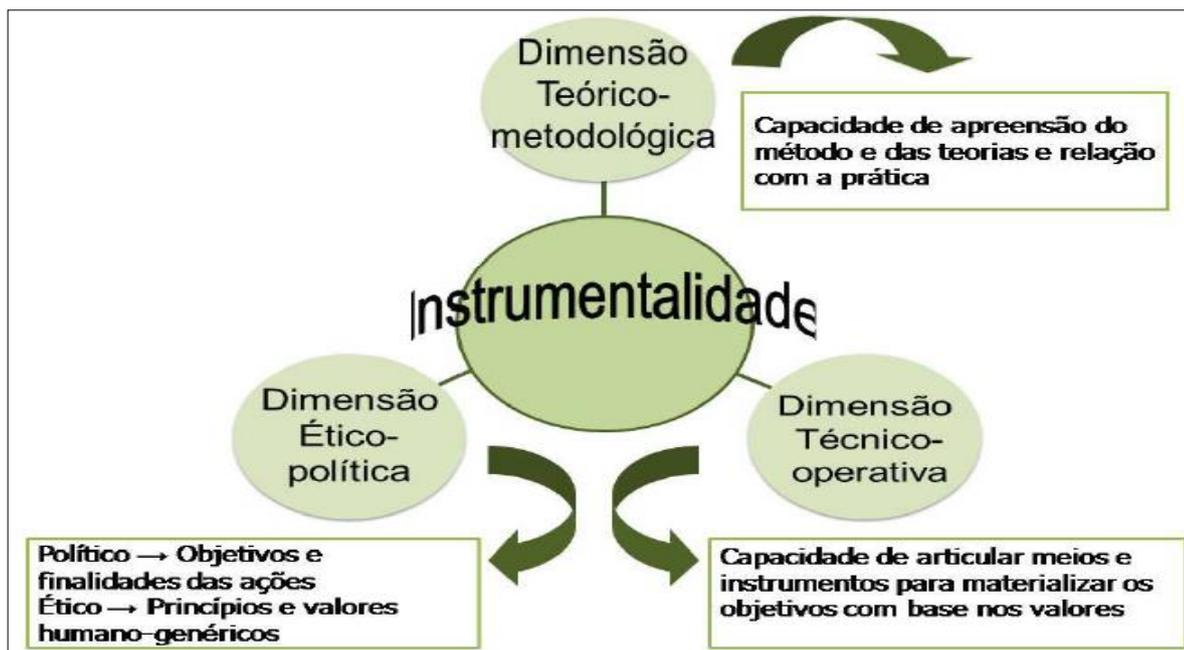
³¹ A categoria mediação não é uma estrutura nascida nas “maquinações do intelecto”, mas, de fato, ela é componente estrutural do ser social (PONTES, 2010, p. 77).

1. **A instrumentalidade do serviço social face ao projeto burguês:** através desta, o Estado lança estratégias de controle da ordem social, como, por exemplo, as políticas sociais, e direciona um profissional para atuar neste campo. Esse nível da instrumentalidade se imbrica na função atribuída ao serviço social pela *ordem burguesa*: reproduzir as relações capitalistas de produção.
2. **A instrumentalidade das respostas profissionais:** é através desta que o serviço social responde às necessidades sociais que são traduzidas em demandas antagônicas da relação capital x trabalho.
3. **A instrumentalidade como mediação:** este nível permite que o serviço social supere as ações meramente instrumentais e desenvolva um exercício profissional crítico.

Para a autora, a instrumentalidade pode ser concebida como uma forma de mediação, porque ela se exprime como uma particularidade sócio-histórica da profissão: “de um lado, a instrumentalidade do serviço social à ordem burguesa, dada pela sua inserção na divisão sociotécnica do trabalho e, de outro, a instrumentalidade das respostas profissionais, como meios para alcançar os objetivos da ordem social capitalista” (GUERRA, 2000b, p. 29). Além disso, a autora considera que a instrumentalidade, como mediação, pode recuperar a ruptura entre a correção dos meios e a coerência dos fins, superando as ações instrumentais e a razão instrumental, rompendo com as concepções da profissão que a concebem como técnica, tecnologia ou uma espécie de engenharia social (GUERRA, 2000a).

A partir da Figura 2, retirada da Dissertação de Mestrado de Francilene Soares de Medeiros Costa (2008), ao se referir à composição das dimensões da instrumentalidade, verificamos que a mesma é composta de aspectos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos:

FIGURA 2: AS DIMENSÕES DA INSTRUMENTALIDADE



Fonte: Dissertação de Mestrado de Francilene Soares de Medeiros Costa (2008).

Dessa maneira, como mediação, a instrumentalidade toma o serviço social como uma totalidade de saberes: técnico-instrumental, teórico-intelectual, ético-política e formativa e busca direcionar as respostas profissionais (GUERRA, 2000a). Assim sendo, concordamos com Guerra (2000a) quando assevera que:

A instrumentalidade do serviço social como mediação é o espaço para se pensar nos valores subjacentes às ações, no nível e na direção das respostas que estamos dando e pelas quais a cultura profissional é reconhecida ou questionada socialmente. É pela instrumentalidade que passam as decisões alternativas concretas, de indivíduos concretos, em situações concretas. E por isso nela residem as possibilidades da passagem do *ser em si* dos homens – já que todo fim é sempre particular – para a sua genericidade, para os valores e as finalidades humano-genéricas. (GUERRA, 2000a, p. 30).

No exercício profissional, apreender a mediação enquanto categoria central é fundamental, na medida em que esta constitui o movimento dialético capaz de dimensionar estratégias e construir uma instrumentalidade que assegure a criação de novas possibilidades históricas. A mediação se torna, dessa maneira, uma condição necessária à intervenção do (a) assistente social, pois possibilita a compreensão das contradições inerentes às singularidades.

Em uma profissão interventiva, como é o caso do serviço social, pautada hegemonicamente através de uma perspectiva crítica e tendo como objeto de intervenção a questão social e suas expressões, torna-se importante o desenvolvimento de um trabalho que articule mediações que não estejam restritas apenas à utilização dos instrumentos e técnicas.

Para a compreensão dos fenômenos sociais, torna-se importante ressaltar, ainda, que dentro de uma perspectiva de totalidade, numa análise cujas bases da racionalidade estão fundadas no materialismo histórico e dialético, a mediação se torna uma categoria fundamental para uma atuação qualificada e crítica, no serviço social: “a esta categoria tributa-se a possibilidade de trabalhar na perspectiva de totalidade. Sem a captação do movimento e da estrutura ontológica das mediações através da razão, o método, que é dialético, se enrijece, perdendo, por conseguinte, a própria natureza dialética” (PONTES, 2010).

Nessa perspectiva, para desvendar as novas e velhas demandas sociais, institucionais e profissionais, é necessário ter compreensão das reais necessidades (políticas, sociais, materiais e culturais), o que “[...] pressupõe entender o contexto em que elas se inserem, a partir das determinações que se colocam como definidoras de suas configurações e reconfigurações” (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 188).

Consideramos ainda ser imperativo que o (a) assistente social fundamente a sua intervenção profissional, a partir do uso de mediações, pois direcionará uma construção às respostas profissionais que garantam e ampliem o acesso aos direitos sociais. Nessa lógica, a intervenção “[...] não é a reprodução em geral nem a singularidade de um caso ou de um recurso, mas a *mediação* da correlação de forças para mudar as condições em que recursos e problemas se colocam e se destinam ao bloco dominado” (FALEIROS, 2011, p. 120).

No entanto, verificamos que existem inúmeros desafios à utilização da instrumentalidade como uma forma de mediação no ambiente de atuação profissional dos (as) assistentes sociais. As condições objetivas e subjetivas para uma atuação crítica na política de saúde, por exemplo, têm direcionado

aos profissionais novos questionamentos e a busca constante para operacionalizar uma atuação de natureza emancipatória.

Segundo Guerra (2000b):

O que ocorre com a instrumentalidade com a qual os homens controlam a natureza e convertem os objetos naturais em meios para o alcance de suas finalidades, é que ela é transposta para as relações dos homens entre si, interferindo em nível da reprodução social. Mas isso só ocorre em condições sócio-históricas determinadas. Nestas, os homens tornam-se meios/instrumentos de outros homens. O exemplo mais desenvolvido de conversão dos homens em meios para a realização de fins de outros homens é o da compra e venda da força de trabalho como mercadoria, de modo que a instrumentalidade, convertida em **instrumentalização das pessoas**, passa a ser condição de existência e permanência da própria ordem burguesa, via instituições e organizações sociais criadas com este objetivo. (GUERRA, 2000b, p. 4).

Além disso, outros desafios se colocam ao desenvolvimento de uma atuação profissional crítica e comprometida. Um deles, como se sabe, se refere aos limites institucionais e às demandas burocratizadas que são colocadas aos profissionais; outro se refere às demandas e ao quantitativo de usuários que buscam atendimento nas unidades de saúde, direcionando cada vez mais um atendimento imediato; outra, podemos dizer que está relacionada à formação profissional, uma vez que há um aumento de cursos a distância, fato que tem dificultado a compreensão de alguns elementos importantes à atuação; outra, ainda, se refere às ideologizações que são fundamentadas numa racionalidade formal-abstrata e que se dissipam em todos os espaços sócio-ocupacionais.

Entendemos que o desenvolvimento de mediações no cotidiano profissional é essencial na disputa por hegemonia. Enfrentar a racionalização instrumental burguesa como estratégia política do (a) assistente social torna-se uma operacionalização coerente com os princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social e do Código de Ética Profissional.

Conforme afirma Matos (2013):

No cotidiano profissional, cabe aos profissionais de serviço social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde. Considera-se que o nosso código de ética apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde. (MATOS, 2013, p. 179).

É nesse cotidiano que a categoria possui importância substancial para a compreensão das realidades vivenciadas pela população usuária dos serviços e políticas públicas. É esta categoria que possibilita a capacidade de projetar elementos que sejam capazes de superar a lógica mecanicista e formalista das instituições e suas burocratizações. Além disso, o desenvolvimento de mediações, no âmbito do serviço social, tem se tornado essencial diante dos inúmeros ataques às políticas públicas, em tempos de orientação neoliberal e, conseqüentemente, em tempos nos quais a questão social se complexifica e lança novos dilemas ao conjunto da sociedade.

A mediação se torna, dessa maneira, uma condição necessária à intervenção do (a) assistente social, possibilitando uma compreensão das contradições inerentes às singularidades. Destarte, essa categoria se torna importante no cotidiano profissional, na medida em que constitui o movimento dialético e se torna capaz de dimensionar estratégias que assegurem a construção de novas possibilidades históricas.

Nesses termos, Vergara (2003) considera que o estudo da categoria mediação remete à possibilidade de o (a) assistente social romper com a ideologia institucional, baseada no organicismo e mecanicismo (modelo de reprodução organizacional do sistema capitalista). E, ainda, direciona aos usuários, através da comunicação, a mobilização, a organização e a participação na busca constante por direitos (VERGARA, 2003).

Além disso, ressaltamos que a teoria social de Marx e o método dialético contribuíram diretamente com o serviço social, através de novas formas de conceber e analisar a realidade, projetando, ainda, a construção de novos compromissos com a classe trabalhadora que estão de acordo com as orientações do código de ética da profissão e do seu projeto ético-político.

Nesse sentido, apreendemos que a realidade social e as demandas dos usuários colocam os (as) assistentes sociais diante de diversas formas de desenvolver a instrumentalidade do trabalho profissional. A dimensão investigativa é um dos elementos que permite ao profissional o descortinar da realidade que se apresenta em aparência e compreender a essência do fato posto.

Concordamos com Pereira de Paula (2013) quando afirma que:

Junta-se a essas questões a necessidade de o assistente social perceber com nitidez a função social de sua prática profissional. Compreender que essa prática incide diretamente no modo de vida de seus usuários e conseqüentemente, na realidade social, é determinante para que o assistente social reconheça a importância de melhor compreender essas questões. As respostas profissionais do assistente social não poderão ser efetivamente qualificadas sem o profundo conhecimento dos sujeitos a quem se destina essas ações, seu modo de vida e de trabalho, bem como suas estratégias de sobrevivência, seus processos organizativos, entre outros. É por meio dessas expressões que o usuário do serviço social vai se forjando enquanto indivíduo social, na vivência das relações sociais de dominação que são também espaços de resistência e luta contra a exploração. (PEREIRA DE PAULA, 2013, p. 94).

Assim, aqui defendemos e adotamos o seguinte argumento: a instrumentalidade, por ser considerada um elemento importante para a realização de um trabalho crítico, como fundamento teórico-metodológico deve ser um meio para transformar as condições objetivas, garantido alternativas ao cotidiano dos (as) assistentes sociais.

1.3.2 Instrumentalidade e os Instrumentais Técnico-Operativos: mediações e metodologias de ação

O serviço social, como uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho e dotada de instrumentalidade para o desenvolvimento dos seus objetivos, apresenta um conjunto de dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas.

Assim, assinalamos que o serviço social não se configura como uma teoria, nem possui metodologias próprias, mas se utiliza de um conjunto de saberes intelectivos que são capazes de lançar os elementos analíticos para a compreensão da realidade posta. Ressaltamos ainda que a dimensão teórico-metodológica do serviço social não se reduz a pautas, etapas, procedimentos, estratégias e técnicas de intervenção. Essa dimensão está imbricada na maneira de explicar a sociedade e os fenômenos particulares que a constituem (COSTA, 2008).

Nesses termos, concordamos com a autora quando assevera que:

A teoria é a reconstrução, no nível do pensamento, do movimento do real apreendido nas suas contradições, nas suas tendências, nas suas relações e inúmeras determinações. E esse movimento se faz

necessário porque a prática social, na sociedade capitalista, não se revela de imediato, reafirmando-se, portanto, a exigência metodológica para se apreender as múltiplas determinações e relações com uma totalidade, que é histórica. (COSTA, 2008, p. 52).

A dimensão ético-política do serviço social se relaciona aos princípios históricos que foram sendo construídos pela profissão e à sua intensa busca pela emancipação humana e pela garantia de direitos e conquistas para a classe trabalhadora.

A dimensão política se imbrica na dimensão ética, uma vez que se posiciona em favor da equidade e justiça social; na perspectiva de universalização dos direitos; na consolidação da cidadania; e no princípio democrático de socialização da riqueza socialmente produzida. Além disso, no âmbito estritamente profissional, essa dimensão assume o compromisso com uma formação criticamente qualificada e competente.

A dimensão técnico-operativa, por sua vez, se relaciona à capacidade técnica e instrumental que é demandada ao trabalho dos assistentes sociais dentro das diversas instituições (COSTA, 2008).

Inserido a partir das orientações da dimensão técnico-operativa (imbricado nas dimensões teórico-metodológica e ético-política), o debate sobre os instrumentos e técnicas parte da concepção de que os mesmos são: a) elementos da dimensão técnico-operativa da profissão e, portanto, parte constitutiva do instrumental de intervenção, constituindo uma relação de unidade da diversidade, sendo os instrumentos os potencializadores das intencionalidades teórico-práticas para a efetivação da ação; b) elementos direcionados ao alcance de finalidades; c) produto da ação humana, o que lhes confere um caráter histórico (SANTOS; NORONHA, 2013).

Os instrumentos³² são considerados potencializadores da atuação profissional e devem ser constantemente aprimorados para o atendimento e reconhecimento das necessidades sociais do objeto e dos objetivos profissionais. Já a técnica possui como direcionamento central, a viabilização

³² Historicamente o assistente social na atuação institucional usa vários instrumentais técnico-operativos, a saber: entrevista, visita domiciliar e institucional, grupos, reuniões, atendimento individual e familiar, pareceres, relatórios, dentre outros.

dos instrumentais. Consideramos que a utilização dos mesmos deve superar o caráter tecnicista (COSTA, 2008).

Santos (2005) também afirma que os instrumentos são compreendidos “como os potencializadores das intencionalidades teórico-políticas para a efetivação da ação. São recursos utilizados para a viabilização das técnicas” (SANTOS, 2005).

A técnica, no cotidiano profissional³³, é compreendida como criação, conforme assevera Sarmiento (1994) na definição abaixo:

Apontamos a técnica, nesse sentido, como criação, enquanto desdobramento da racionalidade, pois verifica-se que neste processo de trabalho humano a consciência tem participação ativa, uma vez que elabora finalidades e produz conhecimentos. Assim, acaba por existir uma relação direta entre pensamento e ação, uma vez que o homem para satisfação de suas necessidades concretas não aceita o mundo como ele é, mas tem a necessidade histórica de transformá-lo, e é neste processo de atividades concretas onde age conhecendo que também se conhece agindo. Ressalte-se, porém, que a técnica não é só criação enquanto falo em si mesma, mas, é dimensão essencial da criação da vida social, enquanto elemento da constituição do mundo humano, da própria organização para com o mundo. (SARMENTO, 1994, p. 224).

O fato é que a utilização dos instrumentais no cotidiano profissional pode apresentar certo reducionismo no atendimento às demandas, se não houver o desenvolvimento de mediações capazes de superar a imediatez, a rotineirização e a padronização do atendimento. Isso projeta o profissional a respostas meramente obrigatórias e cotidianas³⁴.

Entendemos que o cotidiano – espaço sócio-ocupacional que direciona a construção de ações em resposta às demandas dos usuários– por vezes, conduz o (a) assistente social a exercer apenas as ações tecnicistas. Porém, essas não devem extrapolar as reflexões e mediações necessárias à atuação profissional.

Segundo Heller (1970), o cotidiano é algo que não pode ser eliminado da estrutura da sociedade, pois é um elemento histórico e é, na singularidade do homem, um espaço de sua reprodução:

³³ “Um conjunto articulado entre instrumentos e técnicas que formam uma unidade orgânica indissociável e que articulados a outros elementos efetivam a ação profissional” (SANTOS, 2005, p. 4).

³⁴Cf:GUERRA (2013).

A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja: o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se “em funcionamento” todos os sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias, ideologias. O fato de que todas as suas capacidades se coloquem em funcionamento determina também, naturalmente, que nenhuma delas possa realizar-se, nem de longe, em toda sua intensidade. O homem da cotidianidade é atuante e fruidor, ativo e receptivo, mas não tem nem tempo nem possibilidade de se absorver inteiramente em nenhum desses aspectos; por isso, não pode aguçá-los em toda sua intensidade. (HELLER, 1970, p. 18).

Matos (2013) considera que, no cotidiano, o que importa para os homens é a resposta para as necessidades imediatas. Para o autor, o homem lida com diferentes conhecimentos em sua superfície e o critério de verdade se mistura com o de utilidade. Como o número de atividades a serem desenvolvidas é elevado, as ações são realizadas sem reflexão. Ainda, por esse cotidiano ser histórico e insuprimível da estrutura da vida social, não conseguiríamos viver se em cada ação houvesse uma análise aprofundada.

No entanto, o mesmo autor pontua que, mesmo com as características que constituem a lógica cotidiana (espontaneidade, imediatez e superficialidade extensiva), o ser social pode apresentar possibilidades de reflexão crítica, até em sociedades com grande tendência à alienação, como, por exemplo, a sociedade capitalista moderna. Para o autor, existe a possibilidade de homens que sejam capazes de “suspender o cotidiano” (MATOS, 2013).

Nesse sentido, a preocupação central reside no fato de o (a) assistente social conseguir superar essa lógica e introduzir nos seus processos de trabalho, elementos que sejam capazes de compreender a dinâmica social na qual os seus usuários estão inseridos, de maneira a garantir melhores respostas ao que lhe é demandado.

Observamos que, em setores de atuação dos (as) assistentes sociais, como, por exemplo, a área da saúde, a alta demanda de usuários, as complexidades de suas situações, além da correlação de forças existente nas instituições e dos elementos estruturais da sociedade capitalista, muitos são os desafios para a superação da ordem pragmática que interferem na garantia de direitos para o conjunto da classe trabalhadora.

O preenchimento de fichas e documentações específicas da área de atuação, muitas vezes, não consegue superar os elementos mecanicistas e quantitativos da ordem vigente que se materializam no cotidiano de trabalho das várias profissões e, dentre estas, o serviço social.

Dessa forma, consideramos que o instrumental técnico e as metodologias da ação, utilizados também como mediação às respostas dos usuários e das instituições, contribuem para a superação histórica entre meios e finalidades, potencializando a ultrapassagem da razão instrumental. Ou, em outras palavras, isso faz com que o serviço social busque não limitar a sua atuação à mera utilização das técnicas e instrumentos, perdendo de vista a finalidade das suas ações (VELOSO, 2014).

Concordamos ainda com o autor quando assevera que:

O instrumental técnico, como mediação, é um meio a ser utilizado para alcançar propósitos específicos, como uma forma de implementar determinados projetos, os quais, por sua vez, consistem em atos conscientes de intervenção no mundo. A dimensão técnico-instrumental, neste sentido, encontra-se articulada a ideias e valores vinculados a projetos que expressam o relacionamento da ação a uma finalidade, em vista da qual são preparados e dispostos os meios necessários e adequados, são escolhidos os objetos e os procedimentos de ação. (VELOSO, 2014, p. 122).

Compreendemos que, para o direcionamento de uma atuação crítica e que efetive direitos, torna-se necessário superar os mecanismos formalistas de maneira a contribuir, através das mediações, para a construção de outra ordem societária.

Dito isto, ressaltamos que não estamos afirmando que deve haver um descarte da utilização de instrumentais técnico-operativos, pelo contrário, estamos admitindo a necessidade de sua utilização. Nada obstante, aliada à necessidade de projeção de uma atuação histórica, crítica e qualificada de acordo com as requisições da população, de maneira a garantir o acesso aos direitos sociais, evidenciando o compromisso com os princípios do Código de Ética do Serviço Social e com o Projeto Ético-Político da profissão.

2 – O SUS EM TEMPOS DE CONTRARREFORMA DO SETOR SAÚDE

O processo de Contrarreforma do Estado brasileiro³⁵, iniciado em meados dos anos 1990, objetivava alterar a função social no que se refere ao financiamento e execução das políticas públicas, por conseguinte, reduzindo os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora.

A Política de Saúde³⁶, desde a sua criação e regulamentação vem sofrendo transformações, sendo reconfigurada, principalmente, no que se refere ao modelo de gestão da assistência à saúde. Essa reconfiguração, através dos chamados novos modelos de gestão das unidades hospitalares, vem inserindo as Organizações Sociais da Saúde (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) e as Fundações Estatais de Direito Privado (Fedp) como executoras da política pública, interferindo, assim, no caráter de universalidade de direitos.

A reconfiguração do modelo de gestão de unidades públicas de saúde vem sendo progressiva. Ressaltamos que, ao mesmo tempo em que cresce a adesão de alguns gestores federais, estaduais e municipais, observa-se o surgimento da frente nacional contra a privatização do setor público, movimento de resistência que inclui, nas bases, movimentos sociais e trabalhadores da saúde em defesa dos princípios do SUS.

Dito isto, discutiremos os elementos da contrarreforma que vêm contribuindo para o avanço e limitações da privatização das unidades públicas de saúde, principalmente, no que tange aos hospitais universitários federais. Deste modo, entendemos ainda que essas reflexões são importantes na construção do arcabouço teórico-metodológico da nossa pesquisa, uma vez que essa modalidade de gestão tem impactado objetivamente as relações de

³⁵ O processo da Reforma da Gestão Pública brasileira ou reforma gerencial do Estado teve início em 1995, com a elaboração do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado, no governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso e coordenado por Luiz Carlos Bresser Pereira - Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE).

³⁶ Regulamentada pelas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990. Em 2011 a Presidente Dilma Rousseff instituiu o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

trabalho das assistentes sociais depois da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE).

2.1 A Função Social do Estado e Políticas Sociais no Brasil: elementos históricos

O processo histórico de implementação das políticas sociais demarca na sociedade brasileira uma formação contraditória, por entendermos que a sua criação foi metamorfoseada por disputas e práticas conservadoras e progressistas em relação ao tratamento dado às diversas expressões da questão social.

Consideramos que a compreensão da função social do Estado se relaciona com elementos sociais e historicamente construídos, sendo as razões do seu surgimento importantes para identificar a sua função na contemporaneidade. Assim, para a sua análise, não deve haver uma separação da totalidade social. Ou seja, a busca pelos seus fundamentos implica desvelar a sua função no contexto da reprodução social (SANTOS, 2013).

Desde Maquiavel, houve uma busca por uma abordagem racional do exercício político através do Estado. De tal modo que, nesse período, a função estatal se materializava como uma espécie de “mediador civilizador”, ao qual caberia o controle das paixões, desejos por vantagens materiais, próprias aos homens em estado de natureza (BEHRING, 2006).

No período da modernidade, três autores se destacaram na discussão política. Hobbes, Locke e Rousseau, os contratualistas, que influenciaram o mundo e as teorias acerca da relação entre Estado, sociedade civil e propriedade privada.

Na obra hobbesiana, *O Leviatã* (1651), observa-se que há a defesa de um Estado de natureza absolutista. Para Hobbes, um Estado soberano era necessário para conter o estado de guerra de todos contra todos. O homem, nesse estado, viveria sempre com medo e transferiria o seu direito à liberdade

individual ao monarca soberano, que, a partir desse momento, seria responsável por garantir de maneira obrigatória a segurança aos indivíduos.

Em Locke, o poder do Estado é limitado para que, assim, houvesse a garantia à liberdade e à propriedade. Uma monarquia absolutista, dessa maneira, seria incompatível com a formação da sociedade civil. A comunidade teria forte influência sobre as decisões estatais e o Poder Legislativo seria superior a todos os outros, podendo, ainda, ser deposto a qualquer momento pelo povo.

Para um dos grandes inspiradores da Revolução Francesa de 1789, Rousseau, no *Contrato Social* (1762), nenhum homem tem direito natural sobre o outro. A ordem social fundar-se-ia através de convenções. A guerra, dessa maneira, existiria através da relação entre as coisas e não da relação de homem para homem. Para o autor, a única forma de garantir a liberdade seria através da democracia direta: o que importaria seria que todos os homens participassem da tomada de decisões. O Estado surgiria através de um pacto formado entre os cidadãos, que, ao renunciarem à vontade individual, contribuiriam para a vontade geral. Esta, por sua vez, acabaria com as desigualdades sociais.

O fato é que a modernidade não trouxe apenas novas ideias e reflexões sobre a origem e o desenvolvimento do Estado. As ideias revolucionárias e o surgimento do capitalismo dissiparam transformações para além da esfera da produção material. Ou seja, também ocorreram transformações na esfera da reprodução social.

Com o desenvolvimento do novo modo de produção, o capitalismo, revelaram-se as transformações do Estado e do seu papel, que, na modernidade³⁷, foram se tornando cada vez mais contraditórios e com novos significados sociais.

Em relação a isso, Marx e Engels (2008) asseveram que:

³⁷Período histórico que possui como caracterização a predominância do modo de produção capitalista e de um sistema de valores centrado na ideia de racionalidade (MONDAINI, 2000).

A moderna sociedade burguesa, que surgiu do declínio da sociedade feudal, não aboliu as contradições de classe. Ela apenas colocou novas classes, novas condições de opressão e novas formas de luta no lugar das antigas. Nossa época – a época da burguesia – caracteriza-se, contudo, por ter simplificado os antagonismos de classe. Toda a sociedade se divide, cada vez mais, em dois grandes campos de inimigos, em duas classes diretamente opostas: a burguesia e o proletariado. (MARX; ENGELS, 2008, p. 9).

Engels (1979), na obra, *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, apresenta uma caracterização acerca da transição do desenvolvimento histórico das relações sociais, do período da barbárie à era da civilização. Para o autor, a expansão do comércio, do dinheiro e da propriedade fez progredir, rapidamente, a concentração de riquezas nas mãos de uma classe pouco numerosa, dimensionando um empobrecimento das massas e um aumento numérico dos pobres (ENGELS, 1979).

Além disso, o autor considera que o desenvolvimento do capitalismo, ao transformar todas as coisas em mercadoria, substituiu os costumes herdados pela “compra e venda, pelo livre contrato”:

Tal era a situação com que se encontrou a produção capitalista quando, a partir da era dos descobrimentos geográficos, se pôs a conquistar o domínio do mundo através do comércio universal e da indústria manufatureira. É de se supor que este modo de matrimônio lhe conviesse excepcionalmente, e isso era realmente verdade. E, entretanto – a ironia da história do mundo é insondável – seria precisamente o capitalismo que abriria nesse modo de matrimônio a brecha decisiva. Ao transformar todas as coisas em mercadorias, a produção capitalista destruiu todas as antigas relações tradicionais e substituiu os costumes herdados e os direitos históricos pela compra e venda, pelo “livre” contrato. (ENGELS, 1979, p. 24).

Assim sendo, as mudanças nas relações econômicas ditaram ao mundo, novas e irreparáveis contradições e, dessa maneira, formas de exploração que se expandiram ao conjunto da sociedade, em condições objetivas e subjetivas.

Concordamos com Engels (1979) quando argumenta que o desenvolvimento dessa nova sociedade e do poderio econômico e industrial que estava por se inserir como determinante das relações políticas e econômicas dividira a sociedade em classes com os antagonismos referenciados:

Acabava de surgir, no entanto, uma sociedade que, por força das condições econômicas gerais de sua existência, tivera que se dividir em homens livres e escravos, em exploradores ricos e explorados

pobres; uma sociedade em que os referidos antagonismos não só não podiam ser conciliados como ainda tinham que ser levados a seus limites extremos. Uma sociedade desse gênero não podia subsistir senão em meio a uma luta aberta e incessante das classes entre si, ou sob o domínio de um terceiro poder que, situado aparentemente por cima das classes em luta, suprimisse os conflitos abertos destas e só permitisse a luta de classes no campo econômico, numa forma dita legal. O regime gentílico já estava caduco. Foi destruído pela divisão do trabalho que dividiu a sociedade em classes, e substituído pelo Estado (ENGELS, 1979, p. 190).

Entendemos que a compreensão do capitalismo e das mediações que podem ser direcionadas a partir do período da modernidade e da tradição marxista revelou as transformações e o papel da ação estatal e de como isso se direciona às políticas sociais e econômicas.

Nesse sentido, concordamos com Marx quando diz que as relações econômicas da sociedade estão imbricadas nas relações políticas e, dessa maneira, a função do Estado estaria relacionada àquelas, a esfera econômica, culminando e projetando a sua função para parcela da população, processo pelo qual configura a função estatal como um comitê para administrar os negócios coletivos de toda a classe burguesa (MARX; ENGELS, 2008).

Conforme Marx e Engels (2008), a burguesia:

Suprime cada vez mais a dispersão dos meios de produção, da propriedade e da população. Ela aglomerou as populações, centralizou os meios de produção e concentrou a propriedade em poucas mãos. Resultou daí a centralização do poder político. Províncias independentes, ligadas até então por débeis laços, mas com interesses, leis, governos e aduanas diversos, foram reunidas em uma só nação, com apenas um governo, uma legislação, um único interesse nacional de classe e uma só fronteira aduaneira. (MARX; ENGELS, 2008, p. 16).

Aqui, reconhece-se que a intervenção estatal se manifesta nas esferas objetivas e subjetivas da sociedade. Além disso, na economia de mercado, a construção de aparatos econômicos e ideológicos se expande em instituições públicas e privadas e desvela as contradições que se expressam na função estatal:

O Estado não pode eliminar a contradição entre a função e a boa vontade da administração, de um lado, e os seus meios e possibilidades, de outro, sem eliminar a si mesmo, uma vez que repousa sobre essa contradição. Ele repousa sobre a contradição entre vida pública e privada, sobre a contradição entre os interesses

gerais e os interesses particulares. Por isso, a administração deve limitar-se a uma atividade formal e negativa, uma vez que exatamente lá onde começa a vida civil e o seu trabalho, cessa o seu poder. (MARX, 2010, p. 60).

Reconhecemos que o Estado, por estar permeado de contradições, é um campo político de disputas e interesses das classes antagônicas entre si. Ou seja, na sociedade capitalista dois projetos estão em conflito e, por apresentar visões de mundo distintas, o fim da sociedade não está dado com o capitalismo.

Bobbio (1999) observa que, na maior parte dos escritos que se direcionavam à compreensão da função estatal, seguindo a inspiração marxiana, os autores que se encontraram na situação de tomar posição diante das instituições características do Estado, definido por eles como burguês, atribuíam e destacavam apenas os seus aspectos negativos e, jamais, os seus aspectos positivos a serem conservados e desenvolvidos, eventualmente.

Gramsci, na filosofia da práxis³⁸, afirma que o Estado não é apenas coerção, mas um Estado ampliado, no qual a sociedade civil³⁹ é um campo de disputas de ideias. O autor chama atenção para os aparelhos privados de hegemonia⁴⁰ e para a cultura, considerando que estes possuem um papel importante na difusão e nas organizações das classes subalternas⁴¹. Em outras

³⁸ Termo utilizado pelo autor, enquanto estava preso, ao se referir à teoria “marxista” ou ao materialismo histórico dialético para evitar a censura.

³⁹ Segundo Gramsci “[...] na noção geral de Estado (ampliada) entram elementos que devem ser remetidos à noção de sociedade civil (no sentido, seria possível dizer, de que Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia couraçada de coerção). [...] isto significa que por ‘Estado’ deve-se entender, além do aparelho de governo, também o aparelho ‘privado’ de hegemonia ou sociedade civil” (GRAMSCI, 2000, p. 244).

⁴⁰ Compreendidos como “organismos sociais coletivos voluntários e relativamente autônomos em face da sociedade política” (VIOLIN, 2006, p. 5).

⁴¹ Conforme afirma Gramsci (1999, p. 103-104), “a compreensão crítica de si mesmo é obtida, portanto, através de uma luta de ‘hegemonias’ políticas, de direções contrastantes, primeiro no campo da ética, depois no da política, atingindo, finalmente, uma elaboração superior da própria concepção do real. A consciência de fazer parte de uma determinada força hegemônica (isto é, a consciência política) é a primeira fase de uma ulterior e progressiva autoconsciência, na qual teoria e prática finalmente se unificam. Portanto, também a unidade de teoria e prática não é um dado de fato mecânico, mas um devir histórico, que tem a sua fase elementar e primitiva no sentimento de ‘distinção’, de ‘separação’, de independência quase instintiva, e progride até a aquisição real e completa de uma concepção do mundo coerente e unitária. É por isso que se deve chamar a atenção para o fato de que o desenvolvimento político do conceito de hegemonia representa, para além do progresso político-prático, um grande progresso filosófico, já que implica e supõe necessariamente uma unidade intelectual e uma

palavras, na perspectiva gramsciana, Estado e sociedade civil não estão em oposição: a sociedade civil é o campo da disputa de ideias e de projetos. Ideias que se encontram expressas em uma realidade marcada pela contradição e luta de classes.

Concordamos com Coutinho (1994), quando afirma que:

É interessante observar que Gramsci afirma aqui uma possibilidade (ou melhor, para ele, uma necessidade) que foi explicitamente negada por Marx e Engels quando ainda defendiam uma concepção restrita do Estado: a de que uma classe ainda não dominante no plano do poder político já seja dirigente no plano ideológico. Gramsci diria que, com o surgimento da sociedade civil como esfera relativamente autônoma, esse monopólio da propriedade dos meios de produção intelectual dominante cessa: criam-se entidades culturais ligadas às organizações das classes subalternas (jornais, revistas culturais, editoras, etc.); além disso, a ideologia dessas classes encontra difusão no próprio seio dos aparelhos hegemônicos 'tradicionais' (sistema escolar, Igrejas separadas do Estado, etc.). (COUTINHO, 1994, p. 59).

Nesse espaço de disputas e interesses, o Estado foi demandado a responder às contradições inerentes à constituição do modo de produção capitalista. As políticas sociais, por exemplo, podem ser consideradas mediações importantes e necessárias nas respostas à questão social⁴².

Conforme assinala Behring (2006), o surgimento das políticas sociais é um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa, não em seus primórdios, mas quando se tem um reconhecimento da questão social inerente às relações sociais no modo de produção capitalista, *vis-à-vis* ao momento em que os trabalhadores assumem um papel político e até revolucionário⁴³.

Torna-se importante considerar que há uma visão pluralista acerca da função social do Estado e da sua relação com as políticas públicas. Algumas

ética adequada a uma concepção do real que superou o senso comum e tornou-se crítica, mesmo que dentro de limites ainda restritos”.

⁴² A questão social pode ser compreendida como a “emergência da classe operária e o seu ingresso no cenário político, por meio das lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco de poder, e, em especial pelo Estado” (IAMAMOTO, 2001, p. 17).

⁴³ Em relação a isso, Granemann (2009) também complementa que: [...] “Na primeira idade do modo de produção capitalista, comumente denominada concorrencial, o Estado não promovia políticas sociais. Nesse período da história, vivia-se sob o domínio das ideias liberais, e elas reivindicavam o mercado como instância de regulação das relações sociais e como garantidor da igualdade de oportunidades e de benefícios a todos os homens” (GRANEMANN, 2009, p. 12).

teorias, por vezes, se subsidiam em uma visão simplista e unilateral que apreende as políticas sociais como iniciativas exclusivas do Estado para responder às demandas da sociedade e garantir hegemonia. Outras, porém, explicam a sua existência como relacionadas apenas à luta e pressão da classe trabalhadora (BEHRING, 2011).

Avaliamos que essas visões unilateralistas são equivocadas, uma vez que estas desconsideram a existência de contradições e campos de disputa nas relações sociais. Desconsideram ainda que, no processo histórico, a disputa pela hegemonia na sociedade de classes também ocorre nas instituições.

Dessa forma, concordamos com Pereira (2009) quando afirma que:

Política pública, como já indicado, não é sinônimo de política estatal. A palavra pública, que sucede a palavra política, não tem identificação exclusiva com o Estado. Sua maior identificação é com o que em latim se denomina de *res publica*, isto é, *res* (coisa), *publica* (de todos), e, por isso constitui algo que compromete tanto o Estado quanto a sociedade. É, em outras palavras, ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo. (PEREIRA, 2009, p. 94).

Consideramos que, na realidade brasileira, o Estado se desenvolveu sob forte ambiguidade entre um liberalismo formal, como fundamento e patrimônio, e o patrimonialismo como prática e garantias de privilégios às classes dominantes. Destarte, a implementação das políticas sociais acompanhou as dissonâncias e a dinâmica da própria conformação do Estado (BEHRING, 2011).

Em relação a isso, Iamamoto (2009) também assevera que:

O liberalismo brasileiro, portanto, vem nutrindo-se, desde a formação do Estado Nacional, de forças representativas da tradição patrimonialista, em um amplo processo de privatização da coisa pública, em detrimento das tradições republicanas, com sua vocação contratualista, democrática e universalizante [...] essa herança favorece o cultivo dos interesses privados, inclusive o uso privado dos recursos públicos, impeditivos da constituição de uma cidadania sólida e universal. (IAMAMOTO, 2009, p. 35).

No Brasil, o processo de industrialização iniciado na década de 30 do século passado possibilitou o surgimento de políticas sociais que respondessem à questão social, que já se projetava através de diversas expressões nas condições de higiene, saúde e habitação. Nesse período, a intervenção estatal para essas questões era mínima e era caracterizada como sendo de natureza assistencialista e paternalista, revelando o caráter de classe do Estado (BRAVO, 2013).

No que se refere à política de saúde no Brasil, compreendemos que a partir do campo político de disputas, somente a partir da década de 1980, houve um avanço na compreensão da saúde e de sua institucionalização como uma política pública.

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde, a assistência social e a previdência passaram a constituir o tripé da Seguridade Social. Destarte, a saúde, a partir do artigo 196 da Carta Magna, passou a ser compreendida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Na contramão do avanço das respostas estatais, foi impulsionado, a partir da mesma conjuntura, um movimento amplo e global que surgiu como forma de reestruturar o sistema capitalista, imerso em uma crise estrutural desde meados da década de 1970.

A Contrarreforma do Estado, como assim é chamada, e o investimento em políticas neoliberais direcionaram impactos à política de saúde e aos profissionais das diversas instituições, como é o caso dos (as) assistentes sociais, profissionais que não se encontram “imunes” aos novos rebatimentos dos processos de refilantropização, privatização e aviltamento das políticas sociais públicas.

No auge da conquista dos direitos sociais, que, por longos anos, foram sucumbidos da história do país, duros ataques e recessões têm sido projetados ao conjunto da sociedade, ainda que com mais gravidade para alguns segmentos e regiões.

Para Mondaini (2013):

A situação de recesso dos direitos sociais se dá por todos os setores, ainda que com mais gravidade na região Nordeste e entre negros e pardos, tendo as suas expressões mais visíveis no crescimento do desemprego, do trabalho informal e das inúmeras formas de trabalho precarizado incluindo-se aí o trabalho infantil e, até mesmo, o trabalho escravo. (MONDAINI, 2013, p. 23).

Em relação aos direitos sociais, o autor ainda afirma que, “na saúde, a visão não é menos apavorante, apesar da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a falta de leitos disponíveis e as filas para o atendimento clínico e emergencial uma perversa rotina” (MONDAINI, 2013, p. 23).

Os fatos contemporâneos demonstram que o desenvolvimento histórico do Brasil ainda sofre os fluxos e os refluxos de uma realidade nacional marcada pelo patrimonialismo e por um “barbarismo” no tratamento da questão social. Há, notadamente, um espesso caminho entre a consolidação dos direitos constitucionais e a situação real em que a população se encontra: uma distância entre os direitos conquistados e a sua efetivação.

Consideramos, ainda, que os impactos da Contrarreforma do Estado têm comprometido a garantia dos direitos no Brasil e direcionado novas formas de controle e racionalização que interferem na autonomia das instituições públicas, metamorfoseadas, a partir da construção dos novos modelos de gestão, por características públicas e privadas.

2.2 Contrarreforma da saúde e os novos modelos de gestão no SUS

No Brasil, a resposta estatal à crise estrutural do sistema capitalista iniciada na década de 1970, surge com a adesão ao projeto neoliberal, em meados da década de 1990. Apresenta-se um novo cenário político visando implementar mudanças macroeconômicas e administrativas nos serviços públicos.

Na realidade brasileira que aqui se pauta, será a partir da década de 1990, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) que o Estado sofrerá uma ampla reforma. Esse governo propõe à base aliada criar o

Estado Social Liberal⁴⁴, que se expressará em um novo modelo para a administração pública de base gerencial⁴⁵⁴⁶.

Bresser-Pereira (1997, p. 18) explica a denominação do Estado Social Liberal, por acreditar que:

Social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal, porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará seus serviços sociais e científicos principalmente através de organizações públicas não estatais competitivas, porque tornará os mercados de trabalho mais flexíveis, porque promoverá a capacitação dos seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional (BRESSER-PEREIRA, 1997, p.18)

Em relação a isso, consideramos que os aspectos imbricados na crise estrutural do capital impactaram as ações do Estado em relação ao provimento das políticas públicas.

De acordo com Andreazzi (2013):

Com a cronicidade da crise econômica iniciada em meados dos anos 1970, uma nova era se estabelece: a do ajuste das contas públicas, da redução do Estado no financiamento e provisão das políticas públicas. No caso da saúde, por diversos motivos – entre os quais a insuficiência estrutural do mercado para prover coberturas adequadas a vastos segmentos da população, como idosos, pessoas com doenças crônicas ou insuficiência de renda e/ou emprego –, uma proposta distinta se estabelece: a manutenção do Estado para essas categorias, porém outro Estado, limitado na cobertura, integrado ao

⁴⁴Segundo Bresser-Pereira (1997, p :7), “reconstrução do Estado que significa: recuperação da poupança pública e superação da crise fiscal; redefinição das formas de intervenção no econômico e no social através da contratação de organizações públicas não estatais para executar os serviços de educação, saúde e cultura; e reforma da administração pública com a implantação de uma administração pública gerencial. Reforma que significa transitar de um Estado que promove diretamente o desenvolvimento econômico e social para um Estado que atue como regulador e facilitador ou financiador a fundo perdido desse desenvolvimento.”.

⁴⁵ Desde o período colonial brasileiro, pode-se verificar que ocorreram diversas mudanças nas características da administração pública. No Governo Vargas, da década de 1930, a administração pública executou uma tentativa de superação do modelo patrimonialista e investiu em estratégias de superação da crise de 1929, instituindo normas e controle das finanças e das pessoas. A partir da instauração do Regime Militar, em 1967, foram criadas novas propostas de reformas administrativas que ocasionaram na criação do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que, entre outras coisas, passou a diferenciar administração pública direta e indireta (BARROS, 2013).

⁴⁶ Barros (2013, p. 257) assevera que o sistema de gestão pública brasileiro teve três grandes marcos, a saber: “[...] a de 1937, do Governo Vargas; a de 1967, do regime militar; e a de 1995, de Fernando Henrique Cardoso, com o modelo de reforma gerencial do Estado”. Além disso, no modelo de gerenciamento de serviços públicos, destacam-se a centralização, o exagero de normatizações, o formalismo e a morosidade, transformando as instituições em mecanismos autoritários, frágeis e ineficazes.

mercado de financiamento privado, prestando serviços diferenciados a ele. Isto especialmente na área de alta tecnologia, em que os hospitais universitários se destacaram. (ANDREAZZI, 2013, p. 277).

Entendemos que esse movimento teve como direção e orientação a hegemonia neoliberal que instituiu uma série de contrarreformas estatais e alterações nas dinâmicas de acumulação capitalista. Dinâmicas estas inseridas na financeirização e na supercapitalização dos lucros em todas as esferas.

Ao passo que existiu esse movimento de retrocesso no papel do Estado, estavam se formando, no Brasil, várias organizações que defendiam a universalidade e a criação de políticas públicas no país.

Cabe aqui aludir que foi a partir do final da década de 1970 e início dos anos 1980, seguindo a lógica de construção de novos projetos/propostas para o setor público, que ocorreram mudanças significativas na atuação dos sujeitos coletivos e no papel do Estado que ocasionaram articulações e mobilizações para pensar a gestão pública da saúde⁴⁷, a exemplo, da criação em 1976 do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes)⁴⁸, que foi determinante para a construção política do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e da volta da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp)⁴⁹ ligada à Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Essas articulações políticas ajudaram a mobilizar e organizar a luta pelo fortalecimento dos direitos no campo da saúde e posteriormente possibilitaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), hoje considerado um dos avanços mais significativos na história da saúde pública no país.

Para Campos (2006), a reforma sanitária que se desenvolveu no Brasil pode ser considerada tardia. Enquanto havia o declínio das concepções

⁴⁷Em relação à saúde pública no Brasil, verificamos que a mesma em seus primórdios era caracterizada pelo atendimento filantrópico e caritativo, não possuindo uma política específica ou tratamento adequado por parte do Estado. Somente a partir da conjuntura de 1930 a 1945, houve a incipiente implementação da política de saúde no país. Percebemos que o setor saúde se pautava através da construção de dois subsetores, saúde pública e medicina previdenciária.

⁴⁸ O Cebes, entidade nacional criada em 1976, luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Articula ativistas, lideranças, pesquisadores, professores, profissionais e estudantes. Participa com diversos movimentos sociais, grupos e entidades da sociedade civil da defesa do Projeto de Reforma Sanitária e do SUS.

⁴⁹No ano de 1970, o quadro docente da Ensp teve os direitos políticos cassados e alguns renomados sanitaristas da Fiocruz foram compulsoriamente aposentados pela ditadura militar. Este fato ficou conhecido como o "Massacre de Manguinhos".

socialistas e do Estado de Bem-Estar em todo o mundo, no Brasil houve o apogeu do reformismo em saúde:

Em todo o mundo se falava e se praticava o neorreformismo liberal e, aqui, no campo da saúde, firmou-se, política e gerencialmente, o que viria a se constituir em um sistema público de saúde com várias características consideradas ultrapassadas e incapazes de assegurar eficiência e equidade ao sistema de saúde. (CAMPOS, 2006, p. 136).

Torna-se importante considerar que o MRS foi composto por militantes de várias profissões e de heterogêneas orientações políticas. O movimento trouxe para o país a tradição dos Sistemas Nacionais de Saúde, além de indicativos que expandiam a necessidade de superação da visão reducionista do processo saúde/doença (CAMPOS, 2006).

A década de 1980 foi, portanto, decisiva para os rumos da Política de Saúde no Brasil; foi importante pelas grandes mobilizações sociais e levou à construção de indicativos positivos no que se refere às conquistas da classe trabalhadora no país.

Além da garantia constitucional consolidada no artigo 196, observe-se, ainda, que foram criadas legislações para regulamentar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵⁰: Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços; Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Essas legislações significaram um avanço em relação às respostas estatais, inserindo a discussão acerca da política de saúde através de um debate político e a configurando como pública e universal.

Concordamos com Soares (2010) quando afirma que o SUS:

Foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde. E para isso,

⁵⁰ O Sistema Único de Saúde tem como diretrizes definidas nos artigos 196 a 206 da CF /1988: a universalidade (art. 196), integralidade na assistência (art. 198), equidade, descentralização político-administrativa (art. 198) e participação social (art. 198).

além das ações de assistência à saúde, está centrado nas ações de prevenção e promoção social, possibilitando a participação social por meio do controle social, as ações de educação em saúde, entre outros. (SOARES, 2010, p. 15).

Neste estudo, a política de saúde brasileira, a partir do campo político, é compreendida como inserida numa arena política, portanto permeada de disputa por hegemonia do modelo sanitário entre dois projetos distintos – projeto da reforma sanitária⁵¹ (1980) e projeto privatista (1990) –, com o avanço na compreensão da saúde e de sua institucionalização como uma política social⁵².

No que se refere ao Estado capitalista e às conquistas dos direitos sociais, temos na conjuntura neoliberal o que denominamos de contrarreforma⁵³. A contrarreforma é um projeto político de base neoliberal que envolve o econômico, o social e a cultura política; a sua lógica é investir em redução de direitos trabalhistas e ajustes nas políticas sociais com sérios desdobramentos na política de saúde e sobre os profissionais das diversas instituições, que incluem, dentre outras medidas, a redução do financiamento; introdução de novos modelos de gestão de unidades hospitalares de alta complexidade; precarização das condições de trabalho; e ingresso no serviço público por processo seletivo temporário. No caso dos (as) assistentes sociais, como profissionais da saúde, estes não se encontram “imunes” às imposições do projeto neoliberal, aos novos rebatimentos da contrarreforma do setor

⁵¹Nos seus escritos, Coutinho (2012, p. 122) nos esclarece: “a palavra ‘reforma’ foi sempre organicamente ligada às lutas dos subalternos para transformar a sociedade e, por conseguinte, assumiu na linguagem política uma conotação claramente progressista e até mesmo de esquerda”.

⁵²Cf.: Bravo (2013); Fleury (2008); Correia (2007).

⁵³Segundo Coutinho (2012, p. 122), “o neoliberalismo busca assim utilizar a seu favor a aura de simpatia que envolve a ideia de ‘reforma’. É por isso que as medidas por ele propostas e implementadas são mistificatoriamente apresentadas como ‘reformas’, isto é, como algo progressista em face do ‘estatismo’, que, tanto em sua versão comunista como naquela social-democrata, seria agora inevitavelmente condenado à lixeira da história. Estamos assim diante da tentativa de modificar o significado da palavra ‘reforma’: o que antes da onda neoliberal queria dizer ampliação dos direitos, proteção social, controle e limitação do mercado etc., significa agora cortes, restrições, supressão desses direitos e desse controle. Estamos diante de uma operação de mistificação ideológica que, infelizmente, tem sido em grande medida bem-sucedida”.

saúde, dentre os quais, elencamos: fortalecimento do modelo médico-centrado na assistência à saúde; refilantropização, privatização e terceirização⁵⁴.

Entendemos, além disso, que os impactos da contrarreforma do Estado brasileiro não somente vêm comprometendo a garantia dos direitos sociais e de cidadania, mas também vêm estabelecendo novas formas de controle e racionalização que interferem na autonomia das instituições públicas, metamorfoseadas, a partir da construção dos “novos” modelos de gestão pública, com base nos padrões de gerenciamento das empresas privadas que visam eficiência, eficácia e lucro.

As políticas públicas foram diretamente as mais afetadas a partir desse período. As contenções de gastos com as áreas sociais e a privatização dos serviços inseriram a sociedade em novas configurações que transferiram alterações ao mundo do trabalho e às expressões da questão social.

Em relação a isso, Fleury (2008, p. 72) assevera que “a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS”.

Soares (2010) traz à tona que:

Os serviços de saúde tornam-se cada vez mais espaços de supercapitalização e relevante fonte de maximização do capital. As diversas formas de capital, em tempos de dominância financeira, conectam a cadeia de mercadorias e serviços desde o espaço da produção e comercialização até as finanças: indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, sistema público de saúde, redes de hospitais, clínicas, farmácias, planos privados de saúde, seguros saúde, bolsa de valores, linhas de crédito e financiamento bancários, entre outros. (SOARES, 2010, p. 41).

Nesses termos, é possível considerar que o cenário adverso da década de 1990 gerou um processo de descontinuidade na implementação da política de saúde, de acordo com os seus princípios e com as respostas formuladas pelo Movimento de Reforma Sanitária. Somem-se a isso as condições estruturais vivenciadas pela população, que passou a demandar novas respostas estatais, institucionais e profissionais.

⁵⁴Cf.: Bravo e Matos (2009); Soares (2010).

Nesse sentido, concordamos com Soares (2014) quando afirma que o processo de contrarreforma na saúde apresenta, além de outros aspectos, particularidades como: 1) Crescimento precarizado do sistema e de sua rede de serviços, sem atender, de fato, a magnitude da população usuária, configurando-se como uma *ampliação restrita*; 2) Refuncionalização dos princípios do SUS e de seus fundamentos, que não são negados explicitamente, mas adquirem conteúdos distintos da racionalidade da reforma sanitária.

Entendemos que, na disputa pela hegemonia, o Projeto de Reforma Sanitária vem apresentando recuos com relação aos avanços conquistados a partir da década de 1990. Porém, contraditoriamente, ao mesmo tempo, apresenta avanços primordiais a qualquer luta social: a articulação e o surgimento de novos sujeitos políticos, bem como espaços de mobilização social.

Ponderamos ainda que a Contrarreforma do Estado possui como principais objetivos a racionalização dos gastos nas políticas sociais e o fortalecimento do setor privado, que, na contemporaneidade, tem se materializado através da construção de novos modelos de gestão.

Andreazzi (2013) afirma que os novos modelos de gestão possuem como ideia básica a expansão de responsabilidades entre vários atores sociais, sejam eles de natureza pública ou privada:

A ideia básica comum a estes modelos é a de expansão dos papéis e responsabilidades dos diversos atores sociais, públicos e privados, nas políticas públicas, em contraposição aos modelos tradicionais de gestão, centrados no governo como protagonista nos processos de formulação e implementação das políticas públicas. Isto daria origem a uma “esfera pública não estatal”, constituída por “organizações da sociedade civil de interesse público”. Isto tem sido proclamado como o advento de uma era pós-burocrática, em que as mazelas da burocracia estatal seriam, por fim, equacionadas com maior racionalidade no seio da própria sociedade. (ANDREAZZI, 2013, p. 277).

Nesses termos, esperava-se que a implementação do SUS fosse acompanhada de uma gestão baseada nas normas constitucionais recém-promulgadas, organizando as relações e regimes de trabalho dos servidores da saúde e formas de ingresso por concurso. No entanto, o que se presenciou a

partir do Governo Collor foi um processo de desconstrução da capacidade reguladora do Estado, realizado com um pressuposto de que os serviços públicos eram possuidores de um excesso de funcionários com uma elite que desfrutava de salários abusivos. Com isso, o governo do então presidente Collor instituiu um imenso aparato político e ideológico com discursos e ações de diminuição do funcionalismo público, contrariando o desenvolvimento e as necessidades para a implementação do SUS nas esferas estaduais e municipais (NOGUEIRA, 2006).

A partir da construção do Plano Diretor da Reforma Estatal⁵⁵, ao Estado, nesse processo, caberia o papel de financiar e regular as políticas sociais e ao setor privado, a gestão dos serviços públicos. Aspectos que transformaram as políticas sociais em objetos mercadológicos e de supercapitalização, novas normas para o trabalho no setor público e novas formas gestonárias para o desenvolvimento da sua regulação estatal.

De acordo com Nogueira (2006), destacam-se as seguintes mudanças que afetaram o desenvolvimento dos serviços públicos e o trabalho dos servidores:

- Demissibilidade do servidor por insuficiência de desempenho, avaliada pela chefia;
- Demissibilidade do servidor por excesso de quadro na esfera de governo correspondente;
- Incentivos à demissão voluntária através de planos específicos;
- Criação e melhoria de carreiras do núcleo central de gestão do Estado;
- Aprovação do vínculo de emprego público, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com trabalhadores admitidos por meio de seleção pública;
- Estágio probatório de três anos para qualquer servidor ou empregado admitido, com avaliação de desempenho como requisito para sua efetivação no cargo;
- Criação da figura da Organização Social (OS), entidade com a qual o Estado pode estabelecer contratos de gestão para efetuar parte de suas ações no campo social (NOGUEIRA, 2006, p. 149).

⁵⁵ Projeto elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), coordenado por Bresser-Pereira no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso.

É nesse sentido que passaram a ser instituídas as Organizações Sociais (OSs)⁵⁶, através da criação da Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips)⁵⁷, através da Lei Federal n.º 9.790, de 23 de março de 1999:

As Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) constituem duas novas modalidades institucionais de direito privado que podem ser associadas ao Estado para o cumprimento de seus objetivos na área social e cultural. É exigida uma prévia habilitação legal dessas entidades para que seja instituído, com o poder executivo, o contrato de gestão (OS) ou o Termo de Parceria (Oscip), documentos que definem objetivos e metas a serem alcançados no campo de atuação de cada entidade, de acordo com a natureza da política pública. (NOGUEIRA, 2006, p. 157).

A estruturação das OSs permite que sejam contratados funcionários sem a realização de concursos públicos, além de permitir a compra de bens ou serviços sem licitações. As organizações também não são obrigadas a prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública.

Nesse sentido, Rezende (2007) assevera que:

Do ponto de vista do regime jurídico do Direito Público, tanto as OSs quanto as Oscips são instituições de direito privado que, não fossem as leis específicas que as instituíram, poder-se-iam ser consideradas como pessoas jurídicas estranhas ao sistema jurídico administrativo nacional. Ademais, não têm encontrado respaldo ou legitimidade social onde quer que se tentem implantá-las. (REZENDE, 2007, p. 31).

Considerando que existe uma distância entre os objetivos das organizações e os princípios do SUS, conforme proposto através do Movimento de Reforma Sanitária, o quadro abaixo apresenta uma síntese dos modelos de gestão defendidos pelo SUS, pelas OSs e pelas Oscips:

⁵⁶ “Organizações sociais são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde” (BRASIL, 1998).

⁵⁷ A Lei 9. 790 de 23 de março de 1999 instituiu as Oscips como “a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e institui e disciplina o Termo de Parceria” (BRASIL, 1999).

QUADRO 1 - SÍNTESE DO MODELO DE GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

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

Fonte: Rezende, 2007.

Em relação ao quadro, podemos destacar que alguns dos princípios que são defendidos e objetivados pelas OSs e Oscips são contraditórios àqueles que são normatizados pelo SUS: a descentralização da gestão em cada esfera de governo é afetada, já que as organizações possuem autonomia administrativa e financeira. Há, também, nesse sentido, uma descentralização favorável à privatização, não sendo os municípios os responsáveis pelas ações e serviços de saúde; a hierarquização do atendimento também é

afetada, pois OSs e Oscips possuem autonomia para direcionar os atendimentos; a regionalização nas duas formas de organização é inexistente; o princípio da universalidade, defendido pelo SUS, também é afetado, visto que há uma focalização no atendimento; e, ainda, um dos elementos mais importantes e democráticos para a garantia dos direitos dos usuários, o controle social, possui inoperância dentro das organizações.

É importante ressaltar que as construções privatistas e gerencialistas delineadas no governo de Fernando Henrique Cardoso tiveram continuidade na era Lula da Silva e no Governo Dilma, que instituíram conseqüentemente as Fundações Estatais de Direito Privado (Fedp), criadas pelo Projeto de Lei Complementar – PLC nº 92/2007, e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), constituída a partir da Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011, que autoriza “o poder executivo a criar a Ebserh como empresa na estrutura do Estado, de natureza privada e sob a forma de sociedade anônima, para prestação de serviços públicos de educação e saúde constitucionalmente definidos como universais e gratuitos” (BRASIL, 2011).

Observa-se ainda que, no âmbito dos hospitais universitários do Brasil, existia uma crise de gestão que se demonstrava de maneira aguda e poderia levar ao fechamento de algumas instituições. Destarte, o Governo Federal iniciou a construção de uma série de medidas e um processo de reforma política através da publicação da Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPOG nº 562/2003, de 23 de maio de 2003, composta por uma comissão interinstitucional da qual faziam parte representantes do Governo (Ministérios) e da sociedade civil (associações) com o objetivo de construir um amplo debate e analisar os problemas de ordem financeira, estrutural e de gestão que assolavam os HUs (BARROS, 2013).

Barros (2013) considera que:

Em virtude da crise crônica instalada nos HUs de todo o país, o governo propõe uma nova política de gestão para esses hospitais, por meio da criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), tendo esta um modelo jurídico de empresa pública com direito privado. Essa proposta muda toda a lógica de governança dessas instituições, trazendo um caráter mais autônomo, colocando o Estado como um controlador e não mais como um executor direto. Segundo os idealizadores da proposta, não se trata da privatização dessas instituições, entretanto, a lei que define as diretrizes de

atuação levam ao entendimento de alguns de que o Estado está repassando para as mãos de terceiros, ou seja, para a iniciativa privada, a administração desses hospitais. (BARROS, 2013, p. 275).

Reconhecemos a crise que se instalou nos hospitais universitários de todo país, e também nas demais unidades públicas de saúde. No entanto, consideramos que o Estado não tem se comportado como um “controlador” das políticas sociais, mas um Estado “Máximo” na sua proposta de privatização e de desresponsabilização das suas funções. Defendemos a proposta que foi direcionada a partir do MRS e das conquistas iniciadas a partir da Constituição Federal de 1988. Defendemos um SUS gratuito e universal, um SUS gerido pelos princípios e diretrizes das instituições públicas.

A crise nos HUs abre precedentes para a privatização com a criação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários (Rehuf), implementado através do Decreto 7.082, de 27 de janeiro de 2010, pois houve um direcionamento à reestruturação dos hospitais universitários federais, integrados ao SUS⁵⁸. Além disso, concordamos que

A Ebserh se enquadra dentro de mais um discurso gerencial industrial que fará a modernização da gestão dos recursos humanos. Primeiro são privatizados equipamentos, exames e terceirizada a contratação de pessoas — considerado o primeiro passo da privatização direta. O segundo passo foi a ameaça de entrega da gestão para uma organização social (OS) ou fundações — mas não foi firmado acordo, pois as negociações do Estado com a sociedade não foram favoráveis. Por último, o governo deu um passo atrás (SODRÉ et al., 2013, p. 372).

Essa forma de reestruturação e, respectivamente, a criação da Ebserh, pode ser denominada, segundo Granemann (2010), de **privatização não clássica**, pois se manifesta de maneira sutil, muitas vezes, com um discurso de esquerda. A autora considera que essa forma de privatização tem sido utilizada no Brasil, porque não há mais como “entregar” o patrimônio de maneira clássica, que acontece de maneira direta (como, por exemplo, a venda da Vale do Rio Doce, no Governo de FHC) (GRANEMANN, 2010).

⁵⁸ “O objetivo do programa é criar condições materiais e institucionais para que os hospitais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população” Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao>>. Acesso em: 18 out. 2015.

A autora, ainda, avalia que as diversas formas de privatização do fundo público implicam em contribuir para a disseminação dos arranjos estratégicos, materiais e ideológicos do capital no sentido de operar os direitos sociais:

Considerar políticas sociais as diversas formas de privatização do fundo público, estatal, transferido para os mais variados agentes privados – empresas privadas, Organizações Não Governamentais (ONGs), organizações religiosas, fundações privadas, fundações de apoio, fundações “estatais”, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), Organizações Sociais (OS) e para diferentes categorias/formas jurídicas de instituições privadas –, significa contribuir para a disseminação e para a consolidação do fetichismo de que o capital e os estratégicos arranjos materiais e ideológicos de sua reprodução podem operar direitos sociais de maneira coletiva, pública e universal, intermediados por organismos privados que não possuem a abrangência do Estado. (GRANEMANN, 2007, p. 59).

Atualmente, a Ebserh gerencia 33 hospitais universitários federais que estão localizados em todas as regiões do país. Segundo informações disponíveis no *site* da empresa:

As universidades federais que possuem hospitais poderão contratar a Ebserh para a melhoria da gestão de suas unidades. A adesão das instituições federais de ensino ou instituições congêneres à Ebserh é feita a partir da assinatura de Termo de Adesão e Contrato. A decisão pela contratação cabe a cada universidade, no âmbito de sua autonomia. **O contrato entre a Ebserh e cada instituição deverá conter as obrigações dos signatários, as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução e a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas.** (BRASIL, 2015e, grifos nossos).

Nesse sentido, verificamos que, dentre os objetivos da empresa, está o de renovar o arcabouço tecnológico e o estabelecimento de metas. Esses dois objetivos já apresentam alguns resultados que serão discutidos mais adiante. Antecipamos informando que os dados demonstraram alterações graves nos processos de trabalho de vários profissionais, além de comprometerem a autonomia, que é uma característica das universidades federais.

A administração dos HUs através da Ebserh trouxe um novo modelo de gestão completamente diferente daquele que foi defendido pelo MRS e pelos princípios do SUS. Como os objetivos de uma empresa se diferenciam daqueles que deveriam existir dentro dos órgãos da administração pública, as atividades de ensino, pesquisa e assistência aos usuários se transformaram

também em formas de ampliação dos lucros.

Para Andreazzi (2013), a Ebserh apresenta mudanças ao setor público nos seguintes aspectos:

- **Financiamento:** com a Ebserh, além das fontes de financiamento da União, do MEC e de convênios com o SUS, pode ser instalada a incorporação de qualquer espécie de bens suscetíveis à avaliação em dinheiro, como por exemplo, o aluguel de instalações e a venda de cursos. Serão as necessidades do mercado que definirão os serviços que serão oferecidos pela empresa e não a lógica da saúde e da formação de profissionais, de acordo com as prioridades das políticas públicas. Ainda, por se tratar de uma empresa, a Ebserh poderá ser sócia de empresas lucrativas como laboratórios, implementando um verdadeiro plano de negócios numa instituição que deveria ser gerida pelos princípios públicos.
- **Ressarcimento ao SUS:** deve haver um ressarcimento ao SUS pelo atendimento de consumidores de planos de saúde, caso haja, observando os valores estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse orçamento, não sendo da União, irá diretamente para os cofres da Ebserh, que poderá direcionar benefícios aos funcionários celetistas e esses, por sua vez, poderão gerar alguma forma de beneficiamento aos usuários dos planos privados de saúde.
- **Necessidade de Estabelecer Contrato de Prestação de Serviços com as Universidades:** essa pode ser considerada uma das grandes fragilidades dentre as quais o sistema público se submete. A partir do momento em que a empresa começar a gerir os serviços do hospital, fará de tudo para que o contrato não seja suspenso. Esse aspecto gera um impacto concreto na autonomia das universidades.
- **Cessão de servidores:** de acordo com o artigo 7º, da Lei 12.550, os servidores serão cedidos com ônus para o cessionário. Do ponto de vista da gestão, essa é uma situação que já se apresenta caótica em estados e municípios, acarretando em múltiplos salários e vários trabalhos destinados a uma mesma função.
- **Controle Social:** a Ebserh, diferentemente do que é defendido pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde, não apresenta instâncias deliberativas de controle democrático.
- **Pessoal da Ebserh:** é contratado através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), mediante a aprovação em concursos públicos de provas e títulos.

- **Processo Formal de Decisão:** diz respeito aos impactos diretos na autonomia universitária com a entrada da Ebserh. A empresa passa a coordenar, acompanhar e executar as atividades dos hospitais, o que implica em ela própria elaborar a matriz de distribuição dos recursos e avaliar a própria gestão.
- **Impactos sobre o Ensino Médico:** formados em uma instituição que manifesta diversos interesses pela lógica de mercado, os médicos poderão ter um ensino voltado apenas à conquista de lucros, não se preocupando com os principais objetivos éticos defendidos pela medicina.

Além dos efeitos diretos, as mudanças poderão acarretar, em longo prazo, a privatização de outros setores das universidades. Além disso, se forem adotados os programas de produtividade que já são utilizados em outros modelos de gestão, poderá diminuir a qualidade do atendimento e implicar em alterações nas formas de trabalho, gerando, conseqüentemente, prejuízos à saúde dos trabalhadores.

Consideramos que a construção dos novos modelos de gestão no SUS, 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 trabalhos dos vários profissionais que atuam nas unidades de saúde, considerando dentre estes, os (as) assistentes sociais.

Para Rezende (2007), além desses elementos, as “parcerias” com as organizações sociais implicam em:

- a) transferência de “poupança pública” ao setor privado lucrativo;
- b) repasse de patrimônio, bens, serviços, servidores e dotação orçamentária públicos a empresas de Direito Privado;
- c) desregulamentação do Sistema Público de compra de bens e serviços (Lei 8.666/Lei das Licitações);
- d) os Servidores Públicos, cedidos às OSs continuarão vinculados aos seus órgãos de origem, integrando um “Quadro em Extinção”, desenvolvendo atividades para o setor privado;
- e) com as OSs e as Oscips, vislumbra-se a implementação da terceirização de serviços públicos como regra e o fim do Concurso Público, forma democrática de acesso aos Cargos Públicos;
- f) desprofissionalização dos Serviços, dos Servidores Públicos e desorganização do processo de trabalho em saúde;

- g) flexibilização dos contratos de trabalho;
- h) desmonte da Gestão Única do SUS;
- i) recentralização da gestão de várias políticas públicas e da gestão do SUS nos Ministérios e nas Secretarias de Estado;
- j) a hierarquização dos serviços de saúde estará comprometida, na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação à Administração Pública e ao SUS. Fica comprometido o Sistema de Referência e Contrarreferência (REZENDE, 2007, p. 36).

Já em relação aos impactos da Ebserh nos hospitais universitários, concordamos com Silva (2012), quando afirma que essa gestão significa a quebra do sistema de saúde, a focalização de políticas públicas de saúde e um golpe na universalização do sistema de saúde.

Além de outros aspectos, para o autor, a gestão de uma empresa pública de direito privado nos HUs acarretará para as universidades: a perda de autonomia para gerir os seus hospitais, já que os mesmos serão reestruturados conforme os princípios da empresa; e a criação de dois grupos de funcionários: o primeiro, via regime RJU, e o segundo, via CLT (SILVA, 2012).

Verificamos que esse processo e a construção da racionalidade gerencialista, além de criarem formas incompatíveis com os princípios do SUS, implicaram em desafios ao trabalho do serviço social, profissão que surgiu na área da saúde, historicamente, para o enfrentamento das contradições fundamentais do capitalismo, da questão social e das suas expressões que se materializavam no adoecimento físico e mental da classe trabalhadora.

A Ebserh, empresa pública vinculada ao Ministério da Educação (MEC), gerencia 33 de um total de 50 (66%) hospitais universitários federais localizados em todas as regiões do país⁵⁹.

⁵⁹Registramos que, a cada dia, mais reitores das instituições federais de ensino estão colocando a adesão como ponto de pauta das reuniões dos Conselhos Universitários. Verificamos que das 33 filiais da empresa, cinco estão localizadas na **Região Centro-Oeste**, nos seguintes HUs: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; Hospital Universitário Júlio Müller, vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso; Hospital Universitário de Brasília, vinculado à Universidade de Brasília; Hospital Universitário, vinculado à Universidade Federal da Grande Dourados; e Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Goiás. Na **Região Nordeste**, existem 14 filiais da empresa, sendo uma no Hospital Universitário vinculado à Universidade Federal do Piauí; uma no Hospital Universitário Professor Alberto Nunes, vinculado à Universidade Federal de Alagoas; uma no Hospital Universitário Professor Edgard Santos e uma na Maternidade Climério de Oliveira, vinculados à Universidade Federal da Bahia; um no Hospital Universitário

A empresa está presente nas cinco regiões do país: no Nordeste, com adesão de 14 hospitais universitários, verificamos que esse quantitativo representa um percentual de 28% em relação à totalidade dos HUs do país e 43,43% do número de hospitais geridos pela Ebserh; a região Norte, com adesão de quatro hospitais, representa 8% do total dos HUs do país e 12,12% daqueles geridos pela Ebserh; já as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul representam, cada uma, 10% do total dos HUs federais brasileiros e 15,15% daqueles que são filiais da Ebserh.

Em relação a esses números, podemos perceber que a região Nordeste é a que possui o maior número de adesões. Este é um dado preocupante, considerando que outros hospitais já se encontram em processo de contratualização em outros estados da referida região.

Walter Cantídio e uma na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, vinculados à Universidade Federal do Ceará; uma no Hospital Universitário vinculado à Universidade Federal do Maranhão; uma no Hospital Lauro Wanderley, vinculado à Universidade Federal da Paraíba; uma no Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco; uma no Hospital de Ensino Dr. Washington Antônio de Barros, vinculado à Universidade Federal do Vale do São Francisco; uma no Hospital Universitário Ana Bezerra, uma no Hospital Onofre Lopes e uma na Maternidade-Escola Januário Cicco, vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Norte; e uma no Hospital Universitário, vinculado à Universidade Federal de Sergipe. **Na Região Norte**, podem ser verificadas quatro filiais da Ebserh: uma no Hospital Getúlio Vargas, vinculado à Universidade Federal do Amazonas; uma no Hospital de Doenças Tropicais, vinculado à Universidade Federal do Tocantins; uma no Hospital Universitário Betinna Ferro de Souza e uma no Hospital Universitário João de Barros Barreto, vinculados à Universidade Federal do Pará. Assim como na Região Centro-Oeste, existem atualmente cinco filiais da Ebserh **na Região Sudeste**, localizadas da seguinte maneira: uma no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, vinculado à Universidade Federal do Espírito Santo; uma no Hospital das Clínicas, vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais; uma no Hospital das Clínicas, vinculado ao Hospital Universitário do Triângulo Mineiro; uma no Hospital Universitário, vinculado à Universidade Federal de São Carlos; e uma no Hospital Universitário de Juiz de Fora, vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora. E, por fim, na **Região Sul**, também existem cinco filiais da empresa, sendo: uma no Hospital Universitário de Santa Maria, vinculado à Universidade Federal de Santa Maria; uma no Hospital-Escola, vinculado à Universidade Federal de Pelotas; uma no Hospital das Clínicas e uma na Maternidade Vítor Ferreira do Amaral, vinculados à Universidade Federal do Paraná; e uma no Hospital Universitário Doutor Miguel Riet Corrêa Jr., vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (Fonte: *Site* da Ebserh. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais-ebserh>>. Acesso em: 6 dez. 2015).

2.3 Contrarreforma na Saúde: os Impactos na Gestão no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

O Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE) é uma unidade pública de saúde, com caráter de ensino, pesquisa e extensão – hospital-escola. É considerado uma instituição de alta complexidade, cuja finalidade é o atendimento direto aos usuários do SUS, além da formação de profissionais.

A construção do HC-UFPE teve início ainda na década de 1950, mas a sua inauguração só ocorreu no dia 14 de setembro de 1979. Atualmente, a instituição está organizada a partir das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Na instituição, o atendimento prestado à população acontece a partir de demandas da rede regionalizada e hierarquizada, conforme os princípios e diretrizes do SUS. Na unidade, são realizados atendimentos de natureza médico-hospitalar e ambulatorial, em procedimentos de média e alta complexidade.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS), os Hospitais Universitários Federais são integrados ao SUS através de convênios, conforme o previsto no artigo 45:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990a).

A estrutura organizacional do HC-UFPE é considerada de grande porte. É composta por quatro divisões, sendo elas: Divisão de Gestão do Cuidado: composta por 16 Unidades Assistenciais; Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (na qual, se encontra o serviço social); Divisão Médica; e Divisão de Enfermagem. Há ainda, cinco setores: Setor de Urgência e Emergência: com 1 unidade; Setor de Apoio Diagnóstico: com cinco unidades; Setor de Apoio Terapêutico: com 12 unidades; Setor de Regulação e Avaliação em Saúde; Setor de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013a).

Segundo dados fornecidos a partir da página do HC na internet, a instituição está situada em uma área de 62 mil m² e dispõe de 371 leitos em funcionamento.

Torna-se importante ressaltar que, desde o dia 11 de dezembro de 2013, data de assinatura do contrato entre a UFPE e a Ebserh, o hospital vem sendo reorganizado conforme os procedimentos gestionários da empresa.

Durante 2012 e 2013, diversas foram as estratégias promovidas por servidores técnico-administrativos, docentes e discentes da UFPE na tentativa de impedir a inserção da Ebserh como empresa de gestão dos serviços do HC-UFPE.

Em 2012, anteriormente à greve dos servidores da UFPE, que teve uma duração de três meses, o Sindicato dos Trabalhadores das Universidades Federais de Pernambuco (Sintufepe) e as lideranças estudantil e docente realizaram diversas atividades de mobilização e esclarecimento da comunidade universitária sobre o processo; o movimento buscou dialogar com o Conselho Universitário e com o Reitor, ao mesmo tempo em que realizavam vários seminários em nove centros da UFPE, de maneira a problematizar os impactos da gestão da empresa no Hospital das Clínicas. Podemos citar, como exemplo, o seminário “A Trajetória do SUS, a Contrarreforma do Estado e as Privatizações: a Ebserh no Contexto da Política de Privatização”, organizado pelo serviço social do HC e pelo Sintufepe.

Podemos verificar que, embora com o aumento do número de funcionários, a organização hospitalar através gestão da Ebserh não tem conseguido superar problemas históricos do HC/UFPE. Sob a gestão privada na unidade, há problemas como falta de medicamentos e outros materiais que se destinam ao atendimento dos usuários, além da perpetuação de longas filas para o atendimento ou marcação de consultas. Consideramos, ainda, problemas da própria estrutura do prédio que atrapalham as ações dos diversos profissionais. Profissionais estes que lidam todos os dias com a falta de infraestrutura e o alto nível de demandas complexas que ainda não conseguiram ser superadas sob a gestão de modelo privatista.

Em 23 de abril de 2015, residentes e outros servidores realizaram um protesto contra a crise de abastecimento que atinge o hospital. Tomando como fonte matéria do Diário de Pernambuco, podemos destacar o seguinte⁶⁰:

Desde 2013, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é responsável pela administração do hospital. Ao longo dos últimos anos, afirmaram médicos e residentes, a situação de falta de material para trabalhar permanece. Na semana passada, os residentes de todas as áreas prepararam uma carta em que relatam a situação da unidade, com uma lista dos medicamentos e equipamentos em ausência, e encaminharam a demanda para o Ministério Público Federal, a superintendência do Hospital e também os respectivos conselhos.

Ressaltamos que os profissionais de saúde cotidianamente atendem usuários com demandas complexas, apesar da falta de manutenção e problemas de infraestrutura do prédio, como, por exemplo, elevadores parados, goteiras, forro do teto do anfiteatro desabando, móveis permanentes inutilizados espalhados pelos corredores dos ambulatórios, falta de medicamentos, lençóis e agulhas para acupuntura, UTI Neonatal fechada; aparelhos de ultrassonografia e tomografia quebrados. A precária condição de trabalho levou médicos residentes a iniciarem uma greve em 30 de julho de 2015, que teve duração de 24 dias⁶¹.

O superintendente do hospital, Dr. Frederico Jorge Ribeiro, em entrevista fornecida em 4 de junho de 2015, admite que a instituição de ensino passa por uma crise em relação ao quadro de profissionais e ao abastecimento de insumos, mas que tem buscado alternativas para solucionar os problemas:

Desde dezembro de 2013, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é responsável pela administração do hospital. No entanto, a nova forma de gerir a unidade não tem conseguido sanar a situação de falta de material para os profissionais de saúde trabalharem. No início deste ano, residentes de todas as áreas prepararam uma carta em que relatam a situação precária do HC e encaminharam a demanda ao Ministério Público Federal.

⁶⁰Fonte: “Residentes do Hospital das Clínicas da UFPE protestam contra crise no abastecimento”. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2015/04/23/interna_vidaurbana,572775/residentes-do-hospital-das-clinicas-da-ufpe-protestam-contracrise-no-abastecimento.shtml>. Acesso em: 30 out. 2015.

⁶¹ Fonte: <<http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/geral/noticia/2015/07/28/medicos-residentes-do-hospital-das-clinicas-entram-em-greve-geral-nesta-sexta-feira-192176.php>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

A unidade de ensino tem 175 consultórios de atendimento ambulatorial, 371 leitos⁶² e dez salas de centro cirúrgico⁶³. O hospital, que é considerado de alta complexidade, atende a 42 especialidades, realizou cerca de 11 mil consultas por mês em 2014 e operou uma média de 639 cirurgias no mesmo ano.

Contraditoriamente, apesar de o hospital ter em seus quadros um quantitativo reduzido de profissionais da saúde para atender uma parcela das demandas de alta complexidade do estado de Pernambuco, tem um alto número de atendimentos realizados anualmente. Não obstante, a realização de concursos públicos em 2014⁶⁴, para o aumento do quadro da Ebserh, ainda não se resolveram os problemas velhos e novos de infraestrutura, cuja resolução gerará melhoria na qualidade da assistência à saúde em vários setores.

De acordo com os elementos elencados acima, pode-se cogitar que a reestruturação de unidades públicas de saúde pela ótica da gestão de empresas precisa de maiores discussões e mediações para testar a sua eficácia e eficiência quanto à melhoria das condições de trabalho e prestação de serviços. É fato que o HC/UFPE ainda se encontra em dificuldades para o seu funcionamento com a relação a sua real capacidade de respostas às demandas dos usuários do SUS. Porém, seria prematuro aqui atestar que o problema não está na gestão pública e que a crise poderia ter resolutividade, caso tivesse havido o devido financiamento por parte do Estado para as políticas públicas⁶⁵.

Os recursos humanos da instituição estão distribuídos conforme as informações do quadro abaixo⁶⁶:

⁶² Sendo 12 leitos na Unidade de Tratamento Intensivo de adultos e 12 leitos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

⁶³ Sendo sete salas no centro cirúrgico ambulatorial e três salas no centro obstétrico.

⁶⁴ Considera-se que, em 2014, foi realizado um concurso para a contratação de 690 profissionais, sob o regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), dos quais 388 já foram incorporados.

⁶⁵ Reafirmo que este tema não é nosso objeto de estudo. Além disso, em termos de pesquisa avaliativa, precisaríamos de mais elementos para iniciar uma análise mais aprofundada.

⁶⁶ Os dados apresentados estão em constante modificação.

QUADRO 2 – RECURSOS HUMANOS DO HC-UFPE

Recursos Humanos	
Servidores da UFPE	1.408
Docentes	220
Estudantes (Graduação)	2.200
Estudantes (Mestrado e Doutorado)	510
Residentes	298
Voluntários	71
Empregados da Ebserh	571

Fonte: Pernambuco (2015).

Em relação ao número de contratados da Ebserh e daqueles que já trabalhavam via Regime Jurídico Único (RJU), verificamos, de maneira comparativa às demais profissões, que o número de assistentes sociais na instituição ainda é reduzido e esses profissionais não estão presentes em todos os setores do hospital. Dessa maneira, por mais que haja um aumento na produtividade e no número de atendimentos, alguns setores ainda não puderam solucionar o seu problema em quadro estrutural.

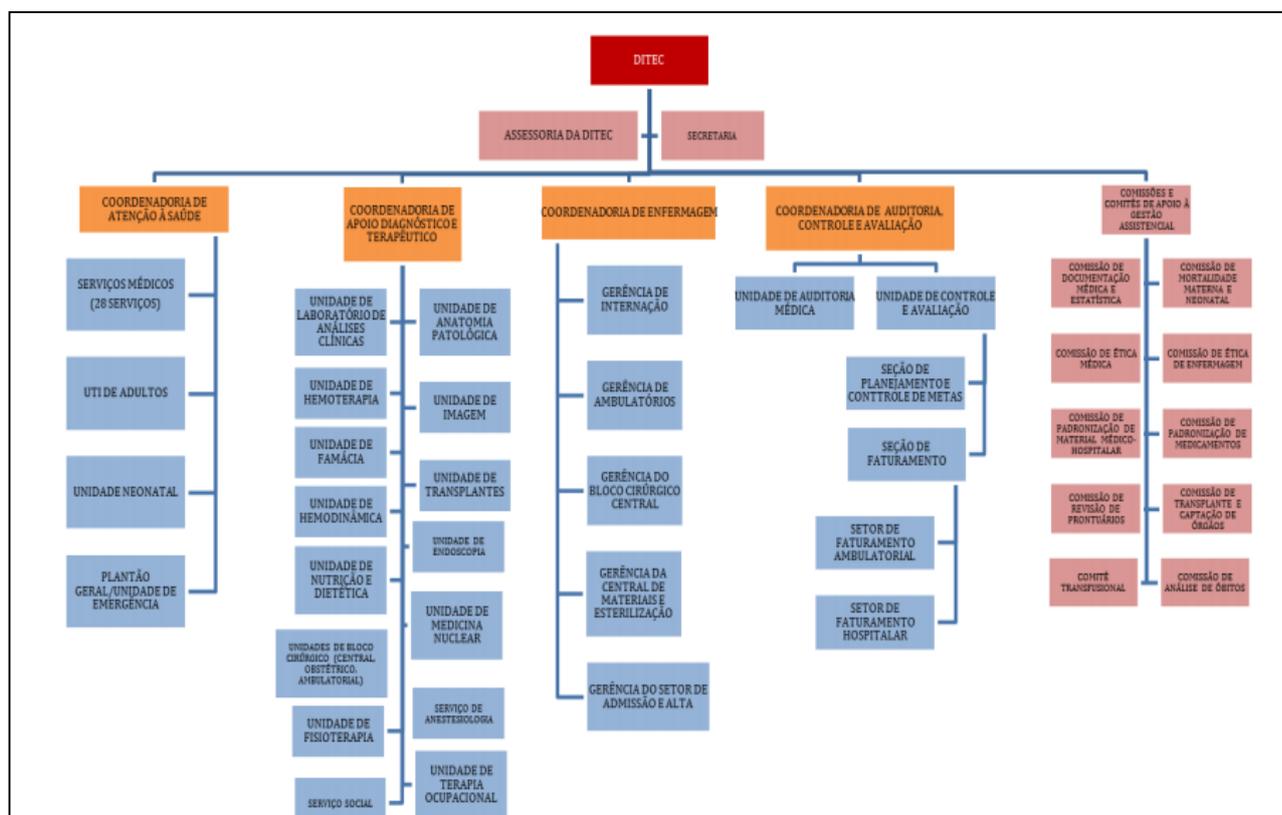
Podemos verificar no HC-UFPE, assim como na maioria das instituições de saúde, que, mesmo com a existência de espaços de discussões, há uma verticalização de poderes entre os profissionais. A denominada hegemonia do “poder médico”⁶⁷ é um aspecto apontado por várias categorias, como um dos determinantes que segmentam e dificultam a integralidade das ações para o atendimento dos usuários.

Em relação a isso, consideramos que, a partir do novo modelo gestor que vem sendo implementado pela Ebserh, há um redirecionamento à inserção do serviço social na Unidade de Atenção Psicossocial. Para as assistentes sociais da instituição, isso dificultaria a ação das profissionais, já que a coordenação imediata seria uma “chefia médica”.

⁶⁷ Vasconcelos; Silva; Schmaller (2013, p. 86) afirmam que “funcionários tanto da ‘sociedade civil’, quanto ‘da sociedade política’ atuam, predominantemente, como agentes das classes dominantes, sendo responsáveis pela elaboração de um arcabouço ideológico, transformado em ‘concepção de mundo’, capaz de impregnar todo o ‘corpo social’ em favor das mesmas. Neste processo de construção da hegemonia, portanto, a cultura é percebida como uma dimensão essencial da política e esta passa a ser apreendida em sua tarefa de estruturação da hegemonia de uma classe”.

Atualmente, o serviço social do HC-UFPE ainda está inserido na Coordenação de Apoio ao Diagnóstico, o que tem atribuído certa autonomia ao trabalho das profissionais. Nesse sentido, as assistentes sociais da instituição realizaram uma mobilização, além de desenvolverem um documento demonstrando os impactos dessa reestruturação para o setor⁶⁸.

FIGURA 3 – ORGONOGRMA DO HC-UFPE

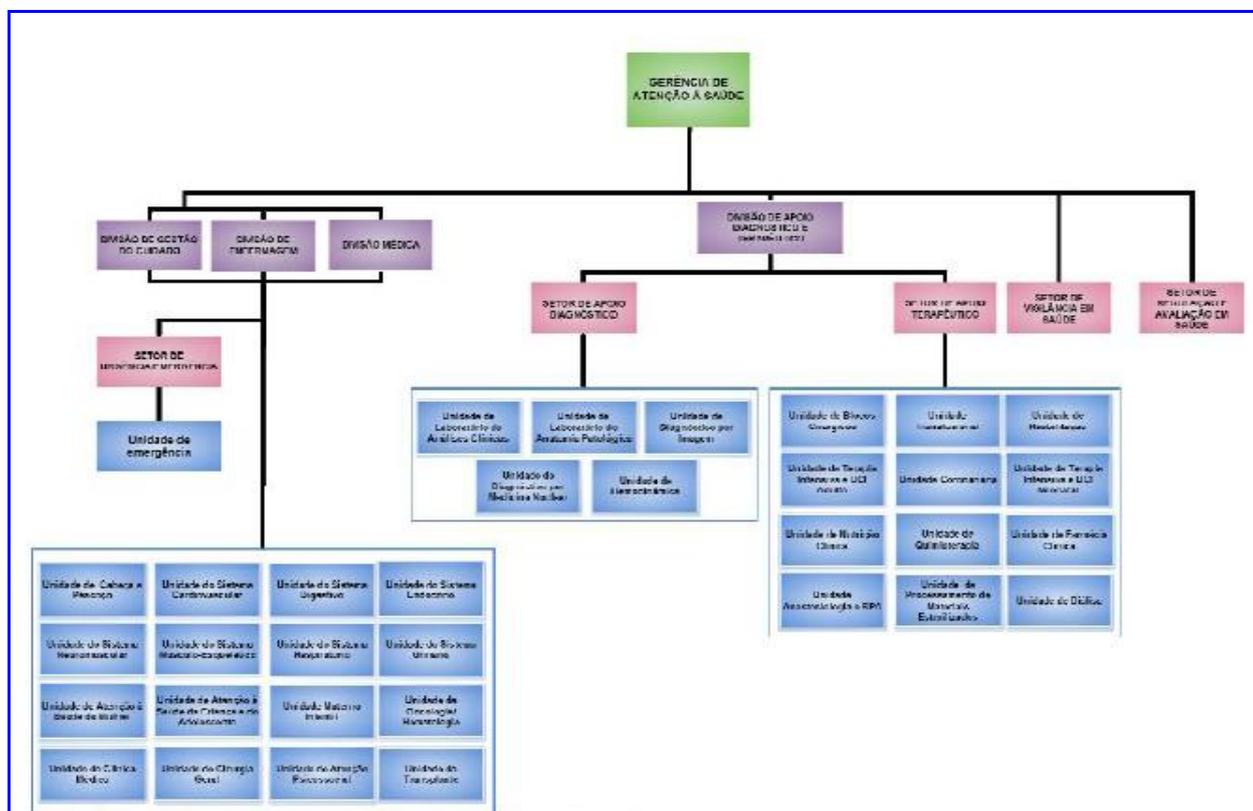


Fonte: Brasil (2013b).

A proposta de estrutura organizacional da Ebserh poderá ser visualizada na figura abaixo e mais dados sobre essa discussão serão elucidados mais à frente, a partir dos elementos que foram coletados na pesquisa de campo:

⁶⁸ Podemos considerar essa informação ainda como sendo válida, já que o organograma institucional ainda não é definitivo. Em uma “caixinha pontilhada”, através das lutas que foram desenvolvidas pelo serviço social da instituição, o serviço social poderá ficar ligado à Divisão de Cuidados.

FIGURA 4 – PROPOSTA DE ESTRUTURA ORGANIZACIONAL PARA O HC-UFPE (PROPOSTA DA EBSERH).



Fonte: Brasil (2013b).

A partir do documento da Ebserh, denominado de “Dimensionamento de Serviços assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa” (BRASIL, 2015c), podemos verificar que, além de direcionar a reestruturação dos serviços da instituição, o mesmo busca aumentar o quantitativo dos atendimentos, sem buscar alternativas concretas para a melhoria estrutural do HC.

No HC-UFPE, em relação às condições físicas, podemos afirmar que foi criada uma “maquiagem”, após a entrada da empresa, no sentido de que transformou as duas entradas do HC, melhorando a sua aparência. No entanto, esse aspecto não impactou nos demais setores do hospital, tampouco no atendimento.

O aumento da produtividade, proposto através do aumento de metas e de atendimentos, não gera melhorias qualitativas, o que deveria ser uma característica dos hospitais universitários, conforme o que está disposto na

visão do HC-UFPE: “prestar um serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão, com o intuito de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, promoção e preservação da vida” (BRASIL, 2015b).

Vale ressaltar que a visão da Ebserh se diferencia da que é proposta pelo HC-UFPE, já que se concentra mais na gestão: “Aprimorar a gestão dos Hospitais Universitários Federais e congêneres, prestar atenção à saúde de excelência e fornecer um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docentes e discentes” (BRASIL, 2015c).

Na figura abaixo, podemos verificar o mapa estratégico da empresa para os anos de 2015 e 2016:

FIGURA 5 – MAPA ESTRATÉGICO DA EBSERH (2015-2016)



Fonte: Brasil (2015c).

Como é possível verificar, um dos objetivos, segundo o Mapa Estratégico (2015-2016), é ampliar os recursos orçamentários e financeiros à Ebserh. Esses recursos, que são necessários para a consolidação da empresa, provêm de fontes públicas que deveriam ser utilizadas pela própria universidade, de acordo com a sua autonomia, para solucionar os problemas e dimensionar estratégias para o fortalecimento do seu papel social.

Podemos destacar também que, de acordo com o Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de

Pernambuco⁶⁹, documento que integra o contrato firmado entre a Ebserh e o hospital, que a metodologia a ser utilizada pela empresa busca ampliar consideravelmente o número de profissionais que serão contratados via regime celetista, demonstrando cada vez mais o caráter privatista e ampliando o quadro de funcionários que a longo prazo será bem maior do que aqueles que foram contratados através do RJU. A proposta da empresa através do plano de reestruturação pode ser visualizada no Quadro 3 abaixo:

QUADRO 3 – PROPOSTA DO PLANO DE REESTRUTURAÇÃO DO HC-UFPE PARA O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

HC-UFPE	
DADOS DE PESSOAL	QUANTIDADE
Profissionais necessários, segundo dimensionamento, para o funcionamento do HU	2.423
Quadro total de vagas autorizadas pelo Dest/MPOG	2.481
Quantidade de profissionais RJU compatíveis com o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da Ebserh, que permanecerão no HU	1.339
Quantidade de profissionais de outros vínculos que não permanecerão no HU (RJU não compatível ou excedente)	213
Número de vagas para concurso imediato	929

Fonte: Brasil (2013b).

Com essa discussão, não queremos afirmar que o HC-UFPE não estivesse precisando de uma reforma na sua estrutura física e no quadro de profissionais. Consideramos que a gestão desse processo deveria acontecer através da iniciativa pública, conforme os princípios construídos pelo Movimento de Reforma Sanitária: um SUS público e universal.

O que temos presenciado com todas essas reestruturações é a construção progressiva de um SUS que tem atendido paulatinamente aos interesses do grande capital, projetando na saúde um mercado lucrativo e que

⁶⁹ “Este documento integra, na forma de anexo, o Contrato firmado entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), nos termos do Artigo 6º da Lei nº 12.550/2011. Tem por objetivo estabelecer ações a serem desenvolvidas no âmbito desse Contrato, no seu primeiro ano de vigência.” (BRASIL, 2013b, p. 3).

não tem garantido o devido acesso dos usuários aos seus direitos, conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

2.3.1 Trabalho do (a) Assistente Social em Tempos de Contrarreforma do Setor Saúde

A inserção dos (as) assistentes sociais no setor saúde é compreendida a partir de uma perspectiva histórica que se imbrica no próprio entendimento e construção de uma política de saúde no país. Ressaltamos que, na atualidade, a saúde é avaliada como o espaço que tem absorvido o maior número de assistentes sociais.

De acordo com Cavalcanti e Zucco (2009, p. 75):

A inserção do serviço social tem se tornado necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis do SUS, derivada da adoção do conceito ampliado de saúde, que compreende o processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e de trabalho.

O início da atuação profissional do serviço social teve um viés voltado ao trabalho em comunidade, através de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, orientando as famílias sobre o controle de natalidade, de doenças infantis, saúde bucal, de saneamento, entre outros. Eram práticas que se concretizavam como um trabalho educativo e que se tornaram necessárias à conjuntura do país, que, naquele momento, apresentava uma conjuntura dramática em relação aos níveis de escolaridade, com grande parte da população em situação de miséria (SODRÉ, 2010).

Podemos afirmar que os traços conservadores no tratamento da questão também caracterizaram as práticas profissionais e, dentre estas, a atuação do serviço social. Ainda de maneira incipiente e com pouca concentração de assistentes sociais, o trabalho profissional ocorria de maneira curativa e preventiva, além de ser marcado por técnicas individualistas e de rotinas simples. Ou seja, a prática do serviço social na saúde:

[...], centrava-se nas necessidades imediatas da clientela, visando à solução dos problemas na própria ação, sem teoria de suporte. O nível técnico era elementar, com obediência a rotina simples, como

manutenção de fichário e tratamento individualizado para prestação de auxílio aos clientes. (BRAVO, 2013, p. 47).

Consideramos que as mudanças na compreensão do conceito de saúde, principalmente a partir da década de 1970, e os avanços promovidos pela categoria profissional de assistentes sociais, no país, possibilitaram o avanço nas práticas e nos modelos de intervir, compreendendo o atendimento aos usuários como um direito que deveria ser efetivado.

Nesse sentido, na atualidade, podemos verificar que a atuação dos (as) assistentes sociais pressupõe a discussão das políticas públicas e, nesse caso, da política de saúde, além do acesso e garantia dos direitos aos cidadãos. É uma atuação que implica um conjunto de saberes que envolvem o processo saúde-doença, a trajetória da política de saúde brasileira, a reforma sanitária e as mudanças advindas a partir da CF de 1988. Além disso, espera-se que o (a) assistente social tenha compreensão de dados epidemiológicos locais, regionais e nacionais, referentes à subárea na qual está inserido, além de outros aspectos (CAVALCANTI; ZUCCO, 2009).

Em relação a isso, concordamos ainda com Cavalcanti e Zucco (2009, p. 79) quando afirmam que:

Nessa perspectiva, o assistente social intermediará a relação entre o dever do Estado e o direito à saúde do cidadão. Para tanto, intervém no tênue limite entre o cumprimento dos direitos dos usuários e o respeito às normas institucionais, que em algumas situações dificultam a entrada no sistema de saúde, sendo esse conflito uma das expressões dos embates sociais. Por vezes, o profissional responderá à demanda dos usuários dos serviços com ações imediatas e emergenciais, sem, no entanto, perder de vista a noção do direito e o princípio da integralidade, que permeiam a visão de totalidade.

Some-se ao tênue limite para o cumprimento dos direitos dos usuários os elementos estruturais da própria função que o Estado brasileiro tem assumido, principalmente a partir da década de 1990, com a expansão dos ideais neoliberais que impactaram a consolidação dos direitos e as políticas públicas.

Nesse quadro, consolidou-se para a classe trabalhadora um conjunto de perdas que foram desfazendo o seu potencial político-organizativo, entre outros fatores, como as novas práticas flexíveis de gestão da força de trabalho,

trabalho em domicílio, trabalho nas infovias de comunicação, terceirizações, além do trabalho parcial, temporário e fragmentado. Esses mecanismos foram estabelecendo novos meios de controle e dominação sobre a classe trabalhadora com o argumento perverso da “empregabilidade” (SODRÉ, 2010).

As mudanças para os novos modelos de gestão na força de trabalho desencadearam novas influências para o campo da saúde. Sodré (2010) adverte sobre a atuação do Estado como “parceiro” de empresas de saúde, de indústrias de equipamentos hospitalares, de cartéis dos planos de saúde, da indústria de medicamentos e das organizações não governamentais.

Essas novas modalidades que têm se materializado a partir da contrarreforma do Estado lançam desafios ao trabalho dos profissionais no serviço público, principalmente com as estratégias adotadas a partir do Governo FHC. De acordo com March (2011), o impacto desse processo se deu mais diretamente em relação à aposentadoria e à estabilidade, já que houve alterações no RJU com a privatização e adoção da CLT:

A flexibilização dos direitos dos trabalhadores, elemento central das reformas neoliberais, atingiu profundamente os trabalhadores do serviço público, tanto os contratados pela CLT, que sofreram com o desemprego e a precarização de suas condições de trabalho, resultantes, sobretudo, da privatização das empresas estatais, como os regulados pelo sistema estatutário. (MARCH, 2011, p. 181).

Aos (as) assistentes sociais, além de estarem inseridos nas mesmas condições precárias da classe trabalhadora, surgem demandas novas e complexas da população que se encontra sob diversas situações contraditórias e de vulnerabilidade social. Em relação a isso, Sodré (2010) afirma que:

O assistente social é solicitado, durante todo o seu tempo de trabalho, a atender demandas complexas, de forma desmedida pode ser considerada a sua intensidade. Por vezes, o atendimento a uma só pessoa pode ocupar dias de trabalho devido a sua complexidade. E mesmo com demandas grandes e intensas de atendimento direto à população, é também convocado a ocupar cargos que dialogam com a gestão. (SODRÉ, 2010, p. 466).

Nessas condições complexas, advindas com esse período de continuidade da contrarreforma do Estado, o serviço social e todos os

trabalhadores assalariados do país vivenciaram a contradição da nova fase do capitalismo mundial, de flexibilização de direitos.

Em relação a isso, concordamos com Antunes (2014, p. 41) quando assevera que:

A flexibilização produtiva, as desregulamentações, as novas formas de gestão do capital, a ampliação das terceirizações e da informalidade acabaram por desenhar uma nova fase do capitalismo no Brasil. As novas modalidades de exploração intensificada do trabalho, combinadas com um relativo avanço tecnológico em um país dotado de um enorme mercado consumidor tornaram-se elementos centrais da produção capitalista no Brasil. A articulação complexa existente entre financeirização da economia, neoliberalismo, reestruturação produtiva e as mutações no espaço microcômico do trabalho e da empresa não poderia deixar de afetar profundamente a classe trabalhadora.

Consideramos que esses elementos se materializam nas condições de trabalho dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do Estado e de aviltamento das conquistas vivenciadas pelo Brasil no processo de construção do SUS. Verificamos que as características que vêm concretizando a nova morfologia do trabalho aparecem no trabalho do serviço social em todos os espaços sócio-ocupacionais.

Em relação ao setor público, Raichelis (2009, p. 4) afirma que:

[...] trabalho do assistente social na esfera estatal remete necessariamente ao tema das relações, ao mesmo tempo recíprocas e antagônicas, entre o Estado e a sociedade civil, uma vez que o Estado não é algo separado da sociedade, sendo, ao contrário, produto desta relação, que se transforma e se particulariza em diferentes formações sociais e contextos históricos.

Segundo dados do Conselho Federal de Serviço Social (Cfess), existem atualmente no Brasil cerca de 120 mil assistentes sociais com registro nos 25 Conselhos Regionais de Serviço Social (Cress). Esses números colocam o país como o segundo maior em registro de assistentes sociais no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (BRASIL, 2015a).

Consideramos que os (as) assistentes sociais que atendem a demandas complexas no cotidiano profissional, além de estarem inseridos na mesma lógica de precarização e intensificação do trabalho, têm vivenciado um novo contexto referente ao trabalho na política de saúde.

O trabalho sob orientação dos novos modelos de gestão na saúde abrange uma série de mudanças estruturais e organizacionais nas unidades de saúde, apresentando uma nova racionalidade, caracterizada por um amplo produtivismo e por um atendimento que se baseia muitas vezes no quantitativo e não na qualidade de atendimento. São mudanças que refletem na garantia dos direitos aos usuários do SUS.

No cotidiano vivenciado pelas assistentes sociais do Hospital das Clínicas da UFPE, verificamos que os impactos dos elementos acima assinalados se encontram presentes e materializados. A partir de elementos recolhidos em experiência anterior e das anotações em diário de campo, podemos destacar que os (as) assistentes sociais do HC/UFPE recebem demandas diárias de inúmeros usuários do sistema de saúde que, por vezes, vão além do quantitativo de profissionais (26 assistentes sociais). Além disso, a maioria dos usuários vem de municípios do interior de Pernambuco e apresentam, desde a atenção primária, a falta de resolutividade dos agravos à saúde até ausência de cobertura dos serviços.

Podemos citar, ainda, a partir da vivência do estágio obrigatório I e II, no HC/UFPE, além de outros elementos que vêm sendo elucidados a partir da pesquisa de campo do mestrado, que outros desafios também se colocam aos (as) assistentes sociais, a saber:

- Negação do direito do usuário;
- Enfrentamento às expressões do agravamento da questão social, que se apresenta cotidianamente no setor saúde;
- Superação das respostas imediatas às demandas postas pelos usuários, que se apresentam sem continuidade, individualizada e burocratizada;
- Refilantropização da questão social e da assistencialização das políticas sociais;
- Contrarreforma do setor saúde, mediante o projeto neoliberal, que vem se materializando a partir da contratação de serviços da Ebserh;

- Descontinuidade no/do exercício profissional devido ao regime de trabalho;
- Superação das correlações de força entre as profissões que geram dificuldades no cotidiano institucional nas respostas às demandas dos usuários e do serviço, como por exemplo, a hegemonia da profissão médica e a fragmentação das especialidades.

Consideramos que esses aspectos trazem em si novos elementos para se pensar o trabalho do (a) assistente social na saúde e, de acordo com os objetivos desta pesquisa, na particularidade que vem sendo vivenciada no HC-UFPE. São desafios postos para o atendimento aos usuários, consolidação do Projeto Ético-Político do Serviço Social e para a própria defesa, conquista e garantia de direitos.

Os aspectos dessa particularidade serão apresentados no próximo capítulo, a partir da coleta de dados da pesquisa de campo que foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2015 no Serviço Social do Hospital das Clínicas da UFPE.

3 – REFLEXÕES SOBRE A INSTRUMENTALIDADE NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS (AS) ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Neste estudo, as discussões teóricas nos possibilitaram apreender e aprofundar o debate sobre os conflitos e contradições presentes no nosso problema de pesquisa. Os impactos que a racionalidade gerencialista, adotada desde a implantação da Reforma Administrativa do Aparelho do Estado brasileiro, idealizada pelo Ministério de Administração e Reforma do Estado (Mare), visaram à construção de novos modelos de gestão e de um novo padrão para o desenvolvimento das políticas públicas.

Destarte, esses impactos geraram mudanças não apenas no gerenciamento e financiamento, mas, sobretudo, conflitos na forma de acesso; salário; carga horária; processos de trabalho, entre outros fatores. Além disso, vêm modificando as relações de trabalho e o exercício profissional de várias categorias do serviço público, em particular, dos (as) assistentes sociais que atuam na área da saúde.

Os novos modelos de gestão, sobretudo aquele que se materializa no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), através do contrato assinado em dezembro de 2013, com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), já apresentam alguns elementos empíricos que podem ser analisados com base na pesquisa social.

Os elementos da racionalidade formal-abstrata, de natureza instrumental, já se manifestam institucionalmente e lançam desafios, tanto na garantia de direitos dos usuários dos serviços hospitalares, quanto nas dimensões teórico-metodológicas e técnico-operativas do serviço social, profissão inserida no espaço ocupacional do setor saúde.

Em relação ao serviço social do HC/UFPE, apreendemos que existem novas particularidades que interferem na autonomia profissional, na defesa do Projeto Ético-Político e, conseqüentemente, no desenvolvimento da instrumentalidade, como mediação.

3.1 Os Caminhos percorridos

A pesquisa realizada teve como *via de entrada, a realidade concreta*. Essa realidade pode se apresentar através de um trabalho ou de uma experiência em uma instituição (exigências e limitações); ou, ainda, através de fontes de informações (insuficientes ou dificultosas), conforme afirma Soriano (2004).

A aproximação com a problemática ora apresentada teve sua origem nas reflexões iniciais no período da graduação em serviço social, 2009 a 2013; e das inquietações que sempre surgiram sobre o debate que permeia a categoria instrumentalidade durante o período de formação profissional da pesquisadora⁷⁰.

Soriano (2004) afirma que a realidade concreta, baseada nas teses do materialismo histórico e dialético, apresenta fenômenos sociais com dependências mútuas, ou seja: ela é um todo que se inter-relaciona e não um conjunto de fatos isolados; encontra-se em permanente movimento e transformação; são transformações cuja fonte é a *contradição*; está inserida em processos da estrutura social que possuem diferentes hierarquias em relação ao surgimento e, dessa maneira, não podem ser analisados a partir de qualquer elemento; e, ainda, é uma realidade que se apresenta em diversos níveis. Além disso, consideramos que os conflitos e as contradições que se manifestam na sociedade capitalista contemporânea incidem nas relações sociais, ou seja, em todas as esferas da vida social.

As instituições públicas de saúde são espaços permeados de conflitos e contradições, pois vêm se tornando a cada dia objetos de lucratividade para o grande capital, porém, ao mesmo tempo, também se caracterizam como espaços de luta e resistência dos trabalhadores da saúde. As instituições

⁷⁰O período de formação compreende as experiências de estágio curricular obrigatório em Serviço Social no Hospital das Clínicas da UFPE, em 2013, e, ainda, a experiência em estágio de docência na Disciplina de Seminário Temático I. Reconhecemos que, apesar do avanço na produção de conhecimentos no setor saúde, ainda são muitos os questionamentos apresentados pelos profissionais nos espaços de trabalho. O estágio de docência na disciplina de Seminário Temático I possibilitou relacionar as discussões que estiveram presentes para a construção desta pesquisa com as necessidades e dúvidas apresentadas pelos alunos nas discussões em sala de aula.

públicas, privatizadas a partir da apropriação do fundo público e gerenciadas através dos novos modelos de gestão, são campos de pesquisa e análises para investigadores das áreas das ciências sociais, política e de saúde pública.

A atuação do serviço social na área da saúde não é nova. Contudo, as novas requisições institucionais e a alta demanda de usuários que se evidenciam no cotidiano institucional constituem um campo de pesquisa, pois transformam o aparente em questões investigativas que requerem análises teórico-metodológicas e técnico-operativas aprofundadas, para além da resolução das situações-problema.

Consideramos que a dimensão investigativa no âmbito do cotidiano do trabalho do serviço social assume, dessa maneira, uma característica peculiar. As expressões da questão social que se materializam permitem o conhecer da realidade de maneiras direta e indireta. Em ambas, a investigação se torna imprescindível.

Para Guerra (2009):

O assistente social lida com essas múltiplas expressões das relações sociais da vida cotidiana, o que permite dispor de um acervo privilegiado de dados e informações sobre as várias formas de manifestação das desigualdades e da exclusão social em sua vivência pelos sujeitos, de modo que a ele é facultado conhecer a realidade de maneira direta: a partir da sua intervenção na realidade, das investigações que realiza, visando responder a esta realidade. Mas é possível também conhecer através das experiências indiretas, através do que já foi produzido por outras pesquisas e/ou teoricamente. Também aqui, para o assistente social, se exige um investimento na investigação, posto que, ao testar o conhecimento derivado indiretamente, tem-se como resultado uma avaliação sobre o mesmo. (GUERRA, 2009, p. 14).

Nesses termos, a categoria instrumentalidade, no âmbito da saúde, dimensiona a necessidade de investigações por gerar dubiedades quanto ao uso. São equívocos teóricos e metodológicos que precisam ser desvelados e investigados, para que, assim, novas respostas sociais possam ser direcionadas ao conjunto da população.

Reafirmamos que a instrumentalidade do serviço social é apreendida no cotidiano e nos processos de trabalho da profissão e que a sua compreensão teórica pode ser analisada e aprofundada por qualquer assistente social e em qualquer tempo histórico.

No entanto, em se tratando da formação profissional e do tempo da publicação da obra da professora Yolanda Guerra (1995), *A Instrumentalidade do Serviço Social*, consideramos que deveria ter havido um prazo hábil para o conhecimento e expansão do debate em torno do tema. Em relação a isso também, podemos considerar que foi um processo em decorrência da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais e do Projeto Ético-Político em vigor até a presente data. Estes orientaram as reformas curriculares dos cursos de graduação de serviço social.

Na UFPE, a reforma curricular teve início a partir do segundo semestre de 2001. No novo currículo, várias disciplinas incorporaram a discussão da categoria instrumentalidade; dentre elas, citamos: Serviço Social 1, 2,3 e 4; Serviço Social e Questão Social; Processo de Trabalho; Seminário Temático 1 e 2; Estágio 1 e 2; Oficina de Instrumental Técnico em Serviço Social.

Ou seja, para a definição do período de compreensão da literatura de base, consideramos o momento em que o debate, mais aprofundado, sobre a instrumentalidade teve início no serviço social brasileiro. Definimos 1995, ano da publicação do livro "*A instrumentalidade do Trabalho do Serviço Social*" de Yolanda Guerra para a revisão de literatura e de outros estudos desenvolvidos a partir desse marco conceitual. E, para a definição dos sujeitos da pesquisa, estabelecemos o ano 2000, já que achamos justo o estabelecimento de um tempo para empoderamento das discussões. Além disso, esclarecemos que a delimitação desse ano se deve ao fato de que a discussão conceitual ingressa no novo currículo dos cursos de graduação e pós-graduação em serviço social das instituições de ensino superior brasileiro e em Pernambuco, principalmente, a partir do ano já informado acima.

A metodologia, para além do método de compreensão da realidade, abrange todas as etapas desenvolvidas na execução da investigação, ou seja, a definição do objeto, os procedimentos de coleta de dados, a abordagem e o tipo da pesquisa.

Neste estudo, optamos pelo método crítico-dialético. A abordagem é considerada exploratória e a pesquisa é de base qualitativa. Para o desenvolvimento da pesquisa, elegemos como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental. Esses aportes

metodológicos nos possibilitaram materializar os objetivos da pesquisa que haviam sido traçados no projeto.

O objetivo geral delineado foi analisar a apropriação e incorporação da instrumentalidade, como mediação, no exercício profissional dos (as) assistentes sociais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE) e os objetivos específicos: 1) identificar as demandas postas ao serviço social pelos usuários e gestores do HC-UFPE; 2) evidenciar o uso dos instrumentais técnico-operativos, metodologias de ação e da instrumentalidade nas respostas às demandas postas ao serviço social; 3) identificar as incidências da lógica privatista sobre o exercício profissional dos (as) assistentes sociais e as formas de resistência direcionadas pelo serviço social.

Consideramos que a pesquisa e a produção de conhecimentos científicos acompanharam o desenvolvimento histórico da humanidade, evidenciando a descoberta de novos questionamentos e projetando a construção de novos saberes, nas diversas áreas.

Destarte, em todo estudo que se revela sobre a área social deve haver o desenvolvimento de métodos que esclareçam o processo de investigação da pesquisa científica. São, dessa maneira, métodos que são desenvolvidos a partir de elevado grau de abstração e que direcionam ao pesquisador como decidir acerca do alcance da investigação, das regras, da validade e das generalizações. Neste grupo metodológico, encontram-se o método dedutivo, indutivo, hipotético-dedutivo, dialético e fenomenológico. Cada um está vinculado a uma corrente filosófica do conhecimento que busca explicar como se processa a realidade (GIL, 2010).

Para Bourguignon (2007):

A relação do Serviço Social com a pesquisa surge em função de um processo histórico de amadurecimento intelectual e de ampliação das demandas sociais, o qual vai revelando uma profissão capaz de gerar conhecimentos que lhe acrescentam subsídios teórico-metodológicos, coerentes com sua natureza e com as exigências societárias. Entretanto, é no contexto acadêmico que a pesquisa se revela como potencialidade para o Serviço Social, e é neste contexto que se enfrenta o desafio de construir articulações orgânicas, entre a produção de conhecimento e a prática profissional (BOURGUIGNON, 2007, p. 49).

O método de análise utilizado para a compreensão da instrumentalidade no exercício profissional do (a) assistente social, no setor saúde, foi o dialético. Neste método, os instrumentos e as técnicas de pesquisa são variados. Podem ir desde a pesquisa documental até as formas de observação, recolhimento de dados, quantificação, entre outros. O pesquisador se vale dessas técnicas para se apoderar da matéria (NETTO, 2011).

O materialismo dialético⁷¹ pode ser entendido como um método que interpreta a realidade, baseado em três grandes princípios: a unidade dos opostos (1), já que todos os objetos e fenômenos se apresentam de maneira contraditória; quantidade e quantidade (2): mudanças quantitativas graduais geram mudanças qualitativas; negação da negação (3): a mudança nega o que é mudado e o resultado, por sua vez, é negado, mas esta segunda negação conduz a um desenvolvimento e não a um retorno ao que era antes (GIL, 2010).

Nesse sentido, ainda de acordo com o autor:

Quando, pois, um pesquisador adota o quadro de referência do materialismo histórico, passa a enfatizar a dimensão histórica dos processos sociais. A partir da identificação do modo de produção em determinada sociedade e de sua relação com as superestruturas (políticas, jurídicas, etc.) é que ele procede à interpretação dos fenômenos observados. (GIL, 2010, p. 23).

O método dialético, ainda, está fundamentado a partir de seguintes categorias: individual – particular – geral; causa-efeito; necessidade-casualidade; conteúdo-forma; e possibilidade-realidade (RICHARDSON, 2010).

Por possuir instrumentos e técnicas variados, conforme afirmou Netto (2011), utilizou-se, através do método dialético, a técnica da entrevista semiestruturada, da pesquisa bibliográfica e da pesquisa documental para o desenvolvimento do nosso estudo.

⁷¹ “Ideologia e ciência do marxismo. Oposição clara a toda forma de positivismo e estruturalismo. Considera-se materialismo, porque sua interpretação da natureza, concepção dos fenômenos naturais e sua teoria são materialistas. Considera-se dialético, porque sua aproximação (método e estudo) dos fenômenos naturais é dialética” (RICHARDSON, 2010, p. 44).

Na nossa investigação, conforme já citado, utilizamos a abordagem qualitativa. Para Martinelli, a pesquisa qualitativa pretende conhecer o sujeito e suas experiências sociais. É esse direcionamento que buscará compreender os fatos a partir dos significados atribuídos pelas vivências dos próprios sujeitos (MARTINELLI, 1999).

Minayo e Sanches afirmam ainda que

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volta com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

Além disso, Minayo e Sanches (1993) também pontuam que:

Em outras palavras, do ponto de vista qualitativo, a abordagem dialética atua em nível dos significados e das estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível. Assim, considera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, e as contradições como a própria essência dos problemas reais. (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

A metodologia qualitativa nesse estudo se justifica porque buscamos compreender a natureza de um fenômeno social, conforme os nossos objetivos.⁷²

Para Richardson (2010):

Em princípio, podemos afirmar que, em geral, as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm como objeto situações complexas ou estritamente particulares. Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. (RICHARDSON, 2010, p. 80).

Concordamos com Richardson (2010), quando afirma também que a abordagem utilizada é válida na medida em que, além de analisar a realidade

⁷² “O método qualitativo difere, em princípio, do quantitativo à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema. Não pretende numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas” (RICHARDSON, 2010, p. 79).

na qual a pesquisa se destinou, pôde contribuir para a reflexão dos elementos sociais que vêm sendo vivenciados pelas assistentes sociais do Hospital das Clínicas da UFPE. Além disso, metodologicamente, podemos afirmar que, além de qualitativa, a nossa pesquisa é caracterizada como sendo de natureza exploratória.

Entendemos que uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória possibilita familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações. Ela também pode servir para determinar impasses e bloqueios, capazes de entravar um projeto de pesquisa em grande escala (POUPART et al., 2008). Ou, ainda, de acordo com a afirmação de Gil (2010), as pesquisas exploratórias

[...] têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental, entrevistas não padronizadas e estudos de caso. Procedimentos de amostragem e técnicas quantitativas de coleta de dados não são costumeiramente aplicados nestas pesquisas. (GIL, 2010, p. 27).

Na nossa investigação, utilizamos categorias teóricas que fundamentam as análises da atuação e da formação do serviço social, pois entendemos que a maturidade intelectual dessa profissão ao longo dos anos vem assumindo um lugar de destaque nos campos de investigação científica e de debate acadêmico. As transformações societárias e as novas configurações que se atrelam ao mundo do trabalho e às suas contradições lançam novos dilemas para a realização de pesquisas e, conseqüentemente, para a produção de conhecimentos.

Conforme citado, para compreender a apropriação da instrumentalidade, como elemento mediador na entidade estudada, optou-se como técnica de coleta de dados pela entrevista semiestruturada. Concorde-se com Guerra quando assevera que “quando realizamos entrevistas, estamos exercitando a dimensão investigativa da profissão, por meio de informações extraídas diretamente da realidade, mas a sua preparação, em grande medida, dependeu de conhecimentos indiretos sobre vários temas que nos habilitaram a realizá-la” (GUERRA, 2009, p. 14).

Em respeito aos princípios éticos presentes em toda pesquisa social, utilizamos sempre, antes da realização de cada entrevista, os seguintes critérios estabelecidos por Richardson (2010), buscando elucidar os objetivos e o porquê da realização da entrevista: explicou-se o objetivo e a natureza do trabalho, dizendo ao entrevistado como foi escolhido; assegurar o anonimato do entrevistado e o sigilo das respostas; informar que o entrevistado deve sentir-se livre para interromper, pedir esclarecimentos e criticar o tipo de pergunta; e solicitar autorização para gravar a entrevista, explicando o motivo da gravação (RICHARDSON, 2010).

Ressaltamos que, imediatamente após cada entrevista, foi executada a sua transcrição pelo pesquisador para que não existissem perdas de informações relevantes ao estudo⁷³. Em se tratando de uma pesquisa qualitativa, Richardson (2010) recomenda que um estudo que utiliza a entrevista em profundidade não seja realizado com mais de 20 pessoas⁷⁴.

As entrevistas semiestruturadas, segundo Britten (2009)

São conduzidas com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador e a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes. (BRITTEN, 2009, p. 24).

A escolha por essa forma de entrevista se deu para que mais dados e percepções pudessem ser coletados. As questões abertas permitiram que as assistentes sociais expusessem as suas ideias e aprofundassem a discussão que caracteriza a noção da instrumentalidade. Por ter sido aplicada de maneira individual, consideramos que não houve interferência de outro profissional, já que isso poderia desqualificar a opinião e gerar resultados diferentes e incompatíveis com o objetivo do projeto.

Em relação a isso, concordamos com Richardson (2010) quando afirma que a metodologia que se utiliza de entrevistas dessa natureza possui uma validade maior do que a que se baseia em questionários:

⁷³Consideramos que o processo de transcrição foi demorado, mas essencial para a coleta de resultados. Para Richardson (2010), o processo de transcrição permite que o pesquisador estude cada entrevista e faça uma análise preliminar dos resultados alcançados.

⁷⁴ No nosso estudo, adotamos uma amostragem máxima de dez pessoas, mas, com os critérios de inclusão e exclusão, foram realizadas cinco.

No método qualitativo, o pesquisador obtém “mediações” que apresentam maior validade interna, pois as observações não estruturadas permitem conhecer detalhes que os instrumentos estruturados (questionários) não podem obter. Além disso, por exemplo, na observação participante, o pesquisador ocupa física e emocionalmente um lugar no grupo de observação. (RICHARDSON, 2010, p. 88).

Destacamos que as entrevistas⁷⁵ foram realizadas individualmente e com um roteiro prévio (Apêndice 1) e em diferentes setores do Hospital das Clínicas da UFPE, nas quais buscamos, conforme os objetivos, analisar a apropriação da instrumentalidade, como mediação, pelos (as) assistentes sociais do HC. O roteiro da entrevista contemplou as categorias estruturantes do objeto de estudo e da temática proposta. Ressaltamos que as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas. Afirmamos que o anonimato dos sujeitos informantes foi garantido na fase de sistematização, análise e divulgação dos dados⁷⁶⁷⁷.

Torna-se de fundamental importância, ainda, esclarecer que, para manter o sigilo, o anonimato e a ética, utilizamos, na apresentação dos resultados e discussões, uma codificação para referenciar trechos dos sujeitos informantes da pesquisa (E1 a E5).

A coleta dos dados, conforme o previsto nas considerações éticas, foi realizada em sala fechada, apenas com a presença de uma entrevistada e da entrevistadora. As dúvidas que surgiram foram sendo esclarecidas no decorrer

⁷⁵ O projeto, inicialmente, seguiu para análise e aprovação dentro da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HC-UFPE, que assinou a folha de rosto exigida para projetos a serem realizados no hospital universitário da universidade, aprovando a realização da pesquisa. Em seguida, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e teve a sua aprovação no dia 4 de setembro de 2015, através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (Caae), de número: 46978815.4.0000.5208, sem nenhuma recomendação de alteração pelo (a) parecerista. Após aprovação, entregamos o parecer à GEP, que emitiu uma carta de encaminhamento para a assistente social Isadora Serrano (chefe do Serviço Social do hospital), para que pudessem ser marcados os dias para apresentação e início das entrevistas. A etapa seguinte foi marcar uma apresentação do projeto para a equipe de Assistentes Sociais do HC/UFPE, de maneira a elucidar para o conjunto das profissionais a temática proposta, os objetivos e benefícios da pesquisa na instituição e os critérios de inclusão / exclusão dos sujeitos da pesquisa. Nessa reunião, foi necessário adequar um dos critérios de inclusão: a existência de apenas um vínculo de trabalho. Além disso, na ocasião, selecionamos os sujeitos informantes que corresponderam aos critérios de inclusão da pesquisa.

⁷⁶ Conforme prevê a resolução do Conselho Nacional de Saúde e o Comitê de Ética na Pesquisa da UFPE e conforme consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

⁷⁷ O período de realização das entrevistas foi de 9 de outubro a 20 de novembro de 2015.

do procedimento. Avaliamos também que algumas entrevistas foram interrompidas, por alguns instantes, para que as profissionais pudessem atender ou dar respostas a algumas demandas. Todavia, esse aspecto não interferiu na coleta de dados, já que as gravações ficaram em perfeito estado para transcrição.

Depois de transcrever as entrevistas, procedemos com a sistematização e análise dos pontos abordados, a partir de um quadro analítico⁷⁸ construído com o referencial teórico, utilizado para apreender melhor as informações colhidas.

Para a estruturação do processo de análise em pesquisas de abordagem qualitativa, deve-se considerar o que pesquisador busca conhecer para analisar, apreender, descrever ou explicar fenômenos sociais. Para os critérios de análise, existem três abordagens amplas: a análise temática, a *grounded theory*⁷⁹ e a abordagem da estrutura.

Na nossa pesquisa, como possuímos um critério específico de análise, utilizou-se a análise temática. Esta abordagem também pode ser considerada a mais utilizada em pesquisas desenvolvidas em serviços de saúde.

Em relação à análise temática, Pope, Ziebland e Mays (2009) afirmam que:

O pesquisador agrupa os dados por temas e examina todos os casos no estudo para ter certeza de que todas as manifestações de cada tema foram incluídas e comparadas. Se o objetivo da pesquisa for exploratório, ou se for uma parte muito pequena de um estudo com métodos mistos, esses agrupamentos temáticos podem simplesmente ser relatados ou descritos nesse estágio. Uma análise mais forte, contudo, irá além da simples descrição para examinar como os temas estão interconectados. Isso envolve a tentativa de identificar as relações entre os temas. (POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009, p. 83).

Nesse sentido, a análise temática foi compatível com a pesquisa, já que possibilitou desenvolvimento de mediações teóricas entre as temáticas

⁷⁸ O quadro analítico foi composto pela categoria central de análise, pelos principais autores utilizados no referencial teórico, pela concepção adotada no estudo e pelas respostas das entrevistadas. Essas respostas foram organizadas conforme os objetivos do projeto.

⁷⁹ Teoria Fundamentada nos Dados.

discutidas. Foi essencial na medida em que proporcionou articulações que vão além dos dados recolhidos.

Como também estruturamos as nossas mediações no processo de pesquisa a partir da análise documental, verificamos que esta considera não apenas a utilização de escritos para esclarecer determinado tema, mas também qualquer objeto que contribua para a investigação de determinado fato (GIL, 2010). Assim sendo, utilizamos os documentos elaborados⁸⁰ pela gestão da Ebserh a partir da reestruturação do Hospital das Clínicas, além de outros documentos oficiais que vêm sendo utilizados pelo setor do serviço social. Os documentos definidos, utilizados e analisados foram:

- Contrato de Adesão à Ebserh (2013);
- Organogramas do HC/UFPE (antes e depois de 2013);
- Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (2013);
- Dimensionamento de Serviços Assistenciais e da Gerência de Ensino e Pesquisa (2013);
- Norma Operacional Nº 01, de 7 de abril de 2015;
- Diagnóstico de Aderência à Lista de Contribuições: HC/UFPE (2015);
- Plano Diretor Estratégico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco - HC/UFPE - Biênio 2016-2017.

Além disso, elaboramos um roteiro para analisar os documentos buscando obter as seguintes informações:

1. Modelo de gestão da empresa;
2. As reestruturações no que se refere às alterações do organograma;
3. As alterações dos números de profissionais e de atendimentos dentro da instituição;

⁸⁰ Todos os documentos são públicos e estão disponíveis e podem ser obtidos nos *sites* do HC/UFPE e da Ebserh.

4. O diagnóstico realizado pela Ebserh, para construir o termo de adesão da universidade;
5. A compreensão das estratégias produtivistas que vêm sendo implantadas, principalmente a partir de agosto de 2015.

Nesse sentido, consideramos que a pesquisa documental foi uma técnica extremamente relevante e complementar ao desenvolvimento da pesquisa, pois colaborou para analisarmos os elementos que eram verbalizados pelos sujeitos informantes, por exemplo, o processo de construção do novo organograma da instituição e os termos de contrato de adesão à empresa. Este processo investigativo também nos ajudou a apreender que os problemas e as demandas contraditoriamente se apresentam tanto para a gestão da instituição quanto para os profissionais da unidade de ensino.

Entendemos que a pesquisa documental, quando imbricada no método dialético, auxilia o investigador a compreender melhor os conflitos e as contradições que historicamente permeiam a sociedade capitalista. Podemos ainda afirmar que os procedimentos e as técnicas de coleta de dados da pesquisa foram satisfatórios para a construção dos nossos resultados.

Este estudo gerou resultados para além da construção dessa pesquisa e, conseqüentemente, desta dissertação. Embora, tenham sido entrevistadas cinco assistentes sociais da instituição, consideramos que o conjunto das profissionais pôde aprofundar a reflexão sobre a temática da instrumentalidade, bem como a particularidade do exercício profissional a partir da adesão do HC/UFPE ao modelo de gestão da Ebserh⁸¹.

No HC/UFPE, presentemente, temos 26 assistentes sociais que atuam em ambulatórios, enfermarias, plantões sociais e chefia. Ressalva-se que todas, inicialmente, foram consideradas aptas para compor o quadro de informantes-chaves. Porém, com base nos critérios de inclusão definidos pela pesquisa, apenas cinco assistentes sociais puderam contribuir com a pesquisa.

⁸¹ Informamos que os dados da pesquisa serão devolvidos à instituição em momento posterior.

Dessa maneira, consideramos que a definição dos sujeitos da pesquisa seguiu dada intencionalidade⁸² para a compreensão de alguns elementos específicos do universo teórico do serviço social. Dessa forma, é uma amostragem do tipo intencional. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção etc.) de determinados elementos da população, mas não representativos dela (MARCONI; LAKATOS, 2011).

Considera-se, ainda, que a pesquisa foi realizada dentro de apenas uma instituição, que possuía um objetivo geral definido e que deveria se direcionar para um grupo de profissionais específicos. Com isso, não queremos dizer que as demais profissionais não pudessem ou não tivessem a capacidade de responder as perguntas. Observe-se também que o número de assistentes sociais da unidade hospitalar é reduzido.

Diante dos elementos discutidos, portanto, consideramos que as técnicas desenvolvidas a partir da utilização do método dialético se mostraram eficazes e nos ajudaram a construir os resultados da pesquisa. Os elementos e os aspectos observados serão elucidados nos próximos tópicos.

3.2 Resultado e Discussão

Os resultados que serão apresentados se referem às mediações que foram desenvolvidas para a compreensão dos objetivos propostos no projeto. Inicialmente, procuramos apreender a instrumentalidade no exercício profissional das assistentes sociais do HC/UFPE. Observe-se que utilizaremos as informações obtidas a partir das entrevistas e da análise documental acerca das demandas e das contradições que permeiam este estudo. Assim,

⁸²Observe que a amostragem utilizada não foi do tipo probabilista. Pelo contrário, segundo Marconi e Lakatos (2011), esse procedimento de coleta de dados não faz uso de formas aleatórias de seleção e, por isso, torna-se impossível a aplicação de fórmulas estatísticas para o cálculo. Não podem ser objeto de certos tipos de tratamento estatístico. Além disso, o universo de uma pesquisa representa “o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. A amostra de uma pesquisa é “uma parcela da população, convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo”. Ou seja: “o universo de uma pesquisa depende do assunto a ser investigado, e a amostra, porção ou parcela do universo, que realmente será submetida à verificação, é obtida ou determinada por uma técnica específica de amostragem” (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 27).

buscamos identificar alguns elementos da lógica privatista que incidem na atuação do (a) assistente social, bem como os processos de luta e resistência que vêm sendo criados pela categoria na instituição, uma vez que:

Somente problematizando as expressões cotidianas e imediatas da realidade e que se constituem em demandas às instituições e ao Serviço Social pode o profissional exercer uma relativa autonomia intelectual que oriente suas propostas de intervenção com base nas condições objetivas existentes. (MOTA, 2014, p. 700).

3.2.1 O Perfil Profissional das Assistentes Sociais do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) é uma instituição de referência regional e de alta complexidade, atua nas diversas áreas do ensino, pesquisa e extensão das Ciências da Saúde e tem por finalidade a formação de profissionais de saúde. Como hospital-escola, está organizado a partir das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação (MEC). O HC/UFPE presta atendimento direto a usuários oriundos de várias regiões do estado, a partir das demandas da rede regionalizada e hierarquizada, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Segundo a Lei Orgânica da Saúde (LOS), os hospitais universitários federais são integrados ao SUS através de convênios, respeitando as especificidades regionais, conforme as orientações do art. 45:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990a).

A requisição do serviço social no campo da saúde é histórica. A atuação do (a) assistente social faz parte da história do hospital-escola, desde quando o HC funcionava nas dependências do Hospital Pedro II até quando, em meados dos anos 1980, todos os serviços foram transferidos para a estrutura do *campus* na cidade universitária.

O serviço social enquanto profissão está inserido na divisão social e técnica do trabalho e, portanto, entendemos que o (a) assistente social

[...] é proprietário de sua força de trabalho especializada. Ela é produto da formação universitária que o capacita a realizar um “trabalho complexo”, nos termos de Marx. Essa mercadoria, força de trabalho, é uma potência, que só se transforma em atividade — em trabalho, quando aliada aos meios necessários à sua realização, grande parte dos quais se encontra monopolizada pelos empregadores: recursos financeiros, materiais e humanos necessários à realização deste trabalho concreto, que supõe programas, projetos e atendimentos diretos previstos pelas políticas institucionais. (IAMAMOTO, 2007, p. 421).

Como profissão, possui intervenções que acumulam procedimentos teóricos, metodológicos, éticos e políticos. Desse modo, a atuação do (a) assistente social no HC/UFPE incide mediante a prestação de serviços individuais e coletivos; do estudo e pesquisa das condições de vida da população; das determinações sociais da saúde e dos determinantes do processo saúde-doença; além da formação de profissionais na área da saúde, através da qualificação de alunos de graduação em serviço social e de assistentes sociais, entre outras coisas (PERNAMBUCO, 2003).

No Hospital das Clínicas da UFPE, o serviço social possui cinco áreas de atuação: ambulatório, enfermaria, estágio, plantão geral e plantão do serviço de admissão e alta. As competências específicas do Serviço Social no HC/UFPE, de acordo com o Manual de Normas e Procedimentos do Serviço Social, são:

- i. Sistematização da metodologia do Serviço Social aplicada ao planejamento, à pesquisa social e operacional, à investigação e à intervenção nos aspectos referentes à cotidianidade paciente/família.
- ii. Emissão de parecer técnico em situações que exijam estudo da realidade social do paciente ou de grupos sociais, seja para encaminhamentos a órgãos externos ou da análise da equipe interprofissional.
- iii. Identificação e definição das necessidades específicas do grupo profissional e proposição de treinamentos e cursos.
- iv. Análise e parecer acerca das possibilidades de estágio e capacitação.
- v. Avaliação de desempenho do estagiário na unidade de treinamento. (PERNAMBUCO, 2003).

Os (as) assistentes sociais têm as seguintes funções, segundo o referido manual:

- a) entrevista individual para identificar a realidade sócio-econômica e político-cultural do paciente, além de investigar as situações que possam interferir na qualidade de vida e no tratamento;
- b) acompanhamento dos casos junto ao usuário e à família;
- c) orientações aos usuários e familiares sobre direitos relativos à Seguridade Social, além de outros direitos;
- d) encaminhamentos com parecer técnico para instituições prestadoras de serviços, tanto na área jurídica, como na área social;
- e) ações sociais e educativas junto a usuários e familiares, em atendimento ambulatorial ou em programas; visitas domiciliares para estudos de casos;
- f) visitas institucionais para acompanhamento e atualização dos dados;
- g) reuniões administrativas e de estudos; participação em reuniões clínicas interprofissionais, e;
- h) pesquisa social e participação em pesquisas interdisciplinares (PERNAMBUCO, 2003).

Além disso, no setor, os (as) assistentes sociais atuam em equipes interdisciplinares, participam e realizam reuniões semanais no planejamento dos serviços da própria categoria, dentre outras atividades. Suas ações são pautadas pelo Código de Ética Profissional, com base no Projeto Ético-Político e nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2010).

O objeto de intervenção do (a) assistente social são as expressões da Questão Social, e, particularmente, no caso do Hospital das Clínicas da UFPE, estas expressões se referem àquelas relacionadas ao processo saúde-doença. Este processo está relacionado, entre outros, às condições de vida, desigualdade econômica e social, falta de acesso às políticas sociais, ou seja, aos determinantes macroestruturais.

Dito isto, atualmente, no quadro funcional do serviço social do hospital temos 26 assistentes sociais. Destas, duas estão cedidas a outras instituições. Das 24 assistentes sociais que possuem vínculo empregatício e que estão atuantes, quatro possuem vínculo de trabalho através da CLT e 20 através do RJU com carga horária de 30 horas semanais⁸³. Ressalvamos, ainda, que seis assistentes sociais também atuam em outras instituições, ou seja, têm duplo

⁸³ As assistentes sociais ingressaram com pedido de equiparação da lei de 30 horas semanais.

vínculo empregatício, perfazendo uma carga horária total de 60 horas semanais. O tempo de serviço das profissionais varia em torno de um ano a 33 anos de atuação.

As profissionais possuem idade que varia entre 28 a 60 anos e tiveram a sua formação, em nível de graduação, entre os anos de 1979 e 2011, sendo que 22 são concluintes da UFPE e duas da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). Com relação à formação complementar, 21 têm especialização; sete possuem mestrado e uma, o título de doutora em serviço social. Apenas duas assistentes sociais não têm nenhum tipo de pós-graduação. Evidenciamos que as assistentes sociais com mestrado também têm grau de especialistas nas áreas de Saúde Coletiva e/ou Gestão de Políticas Sociais e Serviço Social. A assistente social que possui o título de doutorado também possui especialização em Políticas Públicas e Gestão de Serviços Sociais e outra em Prevenção de Abuso Sexual e Infantil.

As cinco assistentes sociais selecionadas como informantes estão na faixa etária de 29 a 39 anos; com tempo de serviço de um a nove anos de trabalho, assim distribuído: duas assistentes sociais com cinco anos de vínculo de trabalho; duas com nove anos; e uma com um ano de trabalho. Com relação ao vínculo: uma é regida pela CLT e quatro profissionais são concursadas via RJU. Sendo ainda que quatro entrevistadas trabalham apenas no HC e uma possui outro vínculo empregatício.

Lembramos que as últimas contratações de assistente sociais para o HC ocorreram em 2014, mediante edital de concurso para preenchimento de vagas para a Ebserh, portanto, com o vínculo celetista. Todas as assistentes sociais contratadas antes de 2014 possuem vínculo através do RJU.

As cinco assistentes sociais entrevistadas tiveram a sua formação em graduação de 2002 a 2008, sendo que duas em 2002, uma em 2003, uma em 2007 e uma em 2008.

Em relação à formação complementar, verificamos que as cinco entrevistadas possuem especialização, a maioria em saúde pública. Sendo que três, além da especialização, possuem o título de mestra em serviço social.

Em relação às demandas que chegam ao hospital para atendimento do serviço social, três das cinco entrevistadas afirmaram que o quantitativo de

assistentes sociais para os setores de atuação é insuficiente. As mesmas entrevistadas ainda afirmaram que as demandas aumentaram expressivamente com a entrada da Ebserh na gestão do hospital. Além disso, as assistentes sociais alegaram que, após a entrada da Ebserh, houve um aumento no número de contratações de profissionais da área da saúde para alguns setores, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros. Entretanto, apenas quatro assistentes sociais foram contratadas. Considere-se, ainda, que existe apenas uma assistente social para cada setor (ambulatório ou enfermaria). Lembramos que o hospital realizou uma média mensal de atendimentos, em 2014, de 11 mil consultas ambulatoriais e outros serviços, como, por exemplo, 894 internações (PERNAMBUCO, 2015).

Segundo a Entrevistada 1:

“De maneira geral, o hospital sempre se organizou como se o serviço social pudesse dar conta de todo o hospital. Então, desde que eu cheguei aqui, sempre houve a assistente social como referência de uma clínica. Mas de alguma forma, a gente se desdobra e acaba acumulando o atendimento de outros setores” (E1, 2015).

“A gente teve a contratação de mais de 500 profissionais. Então eu acho que a grande dificuldade, por exemplo, no serviço social, é que a gente teve a entrada de três profissionais. Mas em setores houve a contratação de outros profissionais de enfermagem, de médicos...então houve uma maior capacidade de atendimento ao usuário. Então de alguma forma a gente percebe uma intensificação da demanda para o serviço social” (E1, 2015).

As demandas aumentaram e se tornaram mais complexas após a adesão ao novo modelo de gestão da unidade hospitalar de ensino. Mas, segundo a entrevistada, isto vem ocorrendo

“ [...] Porque o número de profissionais dobrou, né? Médicos, enfermeiros... e eles atendem em dois horários. O ambulatório funciona 12 horas por dia. E eu estou aqui 30 horas e fico só no período da manhã” (E2, 2015).

Em relação às demandas institucionais, observe-se que elas permeiam o intelecto do (a) assistente social, despidas de mediações, fundamentadas por preceitos técnico-operativos, programáticos ou populacionais. Ou seja, as demandas institucionais se revelam imbricadas na imediatividade, como um “fim em si mesmo” (PONTES, 2010).

A informante E5 reitera o que fora anteriormente ressaltado pela E1. Ou seja, o aumento das demandas no setor é real. Este fato também foi observado nos estudos dos autores Mota e Amaral (2000); Sodré (2010); Mota (2014); e Soares (2014), nos quais evidenciamos não só aumento, mas, principalmente, a complexidade das demandas postas para o serviço social em tempos de contrarreforma do Estado.

Segundo a entrevistada E5, a complexidade das situações de vida dos usuários que chegam para a instituição é tão intensa que algumas pessoas não conseguem ser atendidas. Podemos compreender isso justamente pelo aumento do número de profissionais de outras categorias, como médicos e enfermeiros, e conseqüentemente com o aumento no número de atendimentos que tem sido cada vez maior. Além disso, para a informante, não significa afirmar que as assistentes sociais defendem o estado anterior, ou seja, um número menor de atendimentos e, por conseguinte, pouca demanda. Mas nos alertam para a desigualdade existente em relação ao número de atendimentos realizados pelo setor de serviço social e o total de profissionais de outras categorias. Além disso, considera que o número de contratações não significou uma melhoria nos serviços, pois faltam insumos para o atendimento dos usuários.

Com relação à questão dos insumos para atendimento, E1 assevera que:

“Estão faltando muitas medicações, material cirúrgico, material de curativo para os internamentos... fora toda a estrutura precária que permanece. Às vezes: falta de sala, de espaço, sala de reunião de fazer reunião de grupo. No atendimento do serviço social, por exemplo, a gente percebe um aumento de demandas e aumento do nível de estresse, nesse sentido. Porque você percebe, mas não consegue dar conta de tudo” (E1, 2015).

Consideramos que é imprescindível ao (a) assistente social “[...] trazer à tona que talvez a saúde seja uma das políticas sociais que manifestam uma diversidade enorme de demandas e necessidades da vida humana” (SODRÉ, 2010, p. 473). Uma vez que, “não é possível realizar ações estanques e padronizadas em políticas públicas que atuam diretamente sobre a vida” (SODRÉ, 2010, p. 473).

A análise dos dados nos revelou outro elemento importante sobre a gestão da Ebserh. Esta tem priorizado a inserção das assistentes sociais recém-contratadas diretamente nas equipes multidisciplinares e não diretamente nos setores de serviço social.

Segundo E1, esse é um aspecto que levanta certa preocupação, já que esta determinação administrativa poderá comprometer a autonomia profissional. Não é que a inserção em uma equipe interdisciplinar ou multiprofissional possa ser um aspecto negativo ao exercício profissional. Mas se pondera que a assistente social, ao ficar vinculada à clínica e não ao serviço, por vezes, poderá, ao invés de atender as demandas de acordo com as suas competências, atuar para além dos parâmetros postos pela profissão. A informante E1 argumenta ainda que o chefe de clínica, por ser quase sempre um médico, poderá apresentar uma visão distorcida sobre o perfil do (a) assistente social no setor saúde, o que poderá comprometer a autonomia relativa profissional.

No entanto, reconhece-se que existem disputas pela hegemonia no campo da Saúde Coletiva⁸⁴ e compreende-se também que existem limites profissionais no desenvolvimento da instrumentalidade em equipes multidisciplinares e interdisciplinares. Contudo, ao mesmo tempo, entende-se que são nesses espaços que podemos atuar para desconstruir a hegemonia do modelo biomédico⁸⁵, ou seja, é a partir de reflexões sobre transdisciplinaridade de saberes e práticas que iremos construir coletivamente a defesa da saúde como democracia e direito social.

Com relação à continuidade da formação profissional, todas as informantes afirmaram que há um comprometimento com o desenvolvimento

⁸⁴Cf. Luz (2009; 2005).

⁸⁵Segundo Barros (2002, p. 76): “É provável que a expressão mais acabada das distorções e consequências concretas do modelo biomédico, reducionista, de abordagem da saúde e da doença na vida dos indivíduos reside no que se convencionou designar como medicalização. [...]. Esta pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo. Essa intromissão desmesurada da tecnologia médica passa a considerar como doença problemas os mais diversos (situações fisiológicas, problemas cuja determinação é, em última análise, fundamentalmente, de natureza econômico-social), como tal demandando, para sua solução, procedimentos médicos. Não importa que – ou quiçá, é isto que interessa – em muitos casos, os resultados obtidos constituam meros paliativos ou até mesmo sirvam à manutenção do *status quo*”.

do aperfeiçoamento através de cursos e atividades acadêmicas. Apenas uma profissional afirmou que trabalhou enquanto frequentava o curso de graduação e que, em certa medida, isso gerou dificuldades no processo de aprofundamento teórico.

Quando questionadas se houve alguma dificuldade de apreensão nos debates teóricos e discussões temáticas apresentadas em sala de aula, apenas duas das cinco entrevistadas afirmaram que o processo de aprendizado poderia ter sido mais intenso, caso tivessem acesso à rede mundial de computadores, ou, ainda, se houvessem se matriculado em disciplinas eletivas ofertadas no durante o ano letivo. Para uma entrevistada, com o acesso rápido à internet nos dias atuais, fica muito mais fácil de buscar artigos, livros, resenhas ou outros materiais para estudos.

Em relação à categoria instrumentalidade, a informante E2 afirmou ter tido dificuldade em entender a discussão no período em que cursava a graduação.

“Rapaz! Para lhe ser sincera, eu acho que a questão da instrumentalidade mesmo me deixou um pouquinho confusa. Assim, eu não me aprofundei também... na questão do entendimento. Assim, ficou um pouquinho desejando mais. Porque agora quando tu vieste para a gente eu fiquei pensando: isso a gente estudou... eu sei que a gente estudou, mas eu não consegui me aprofundar” (E2, 2015).

Ressaltamos que existem confusões teóricas e metodológicas acerca do conceito de instrumentalidade, conforme afirma Guerra (2014), pois existe desconhecimento em torno do conceito, tanto no campo teórico-metodológico, quanto nos aspectos técnico-operativos que fundamentam a atuação profissional do serviço social. Para além das confusões na abordagem teórica, ainda temos aqueles que apreendem a instrumentalidade como sinônimo de dinâmicas, técnicas e instrumentos de trabalho utilizados com grupos, indivíduos, famílias e em espaços sócio-ocupacionais. Assim sendo, é necessário estabelecer mediações para desmistificar as necessidades reais de demandas imediatas tanto do usuário quanto da instituição, pois, como argumenta Guerra (2010, p. 721):

Na imediatividade do cotidiano, dadas as suas características estruturadoras, a tendência é de considerar a intervenção pelo seu resultado, sem buscar os seus fundamentos e de realizar intervenções que concebiam o indivíduo isolado da estrutura e contexto sócio-histórico, de modo a responsabilizá-lo, e mais ainda, a culpabilizá-lo pelo seu suposto sucesso ou fracasso, com o que subvertem-se princípios e diretrizes da formação profissional.

Nesse sentido, Mota (2014, p. 701) assevera que:

Na ausência dessa competência intelectual, que requer reflexão, estudo, pesquisa e domínio de informações sobre a realidade, ganham projeção técnica a avaliação e o julgamento dos resultados da ação que, quase sempre, recaem na constatação da impossibilidade de utilização da teoria social crítica, de inspiração marxiana, para tratar os fenômenos singulares e contemporâneos. Isso porque na teoria marxiana alguns leitores desavisados procuram inspiração para orientar ou instrumentalizar *imediatamente* as demandas cotidianas. Amparando-se na negação da perspectiva da totalidade e no fato de as categorias marxianas não darem conta das problemáticas do *dia a dia* profissional, advogam a *pertinência* do marxismo para explicar as macroestruturas, mas praticam o pragmatismo e o empirismo para atender aos requisitos da ação cotidiana.

Para os sujeitos informantes, o processo de aprendizado ocorre em outros espaços, como a participação em eventos da categoria e em debates de temas transversais à profissão. Ressalto que, com relação à participação em eventos, só uma entrevistada afirmou não ter participado de nenhuma atividade da categoria durante o processo de formação profissional em nível de graduação.

Nessa mesma questão, quatro informantes afirmaram ter participado de algum evento promovido pela categoria profissional, dentre os quais, citaram aqueles realizados pela: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (Abepss); pelo Conselho Federal de Serviço Social (Cfess); pelo Conselho Regional de Serviço Social (Cress); pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip); da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); e do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (Enpess). Além disso, citam eventos promovidos pelo movimento estudantil, como o Encontro Nacional de Estudantes de Serviço Social (Eness) e o Encontro Regional de Estudantes de Serviço Social (Eress).

Revelar essa participação em eventos científicos é importante para reafirmar a busca pelo aprofundamento teórico das categorias que dão sustentação à prática profissional⁸⁶⁸⁷. Nesses espaços, pode-se observar que a categoria instrumentalidade é apresentada e debatida, como uma mediação necessária ao imbricamento dos conteúdos aprendidos, para além da sala de aula, na perspectiva de superar as expressões do conservadorismo⁸⁸ na formação profissional⁸⁹.

Os sujeitos entrevistados também revelaram a importância do estágio obrigatório para a formação profissional em serviço social. Para as informantes, o estágio é um espaço de continuidade do aprendizado, bem como, a iniciação científica ou projetos de extensão (três assistentes sociais participaram de atividades dessa natureza).

A análise dos dados coletados também evidenciou que as categorias teóricas que foram mencionadas, em número maior, como tendo sido as que foram apreendidas com mais qualidade no período de formação acadêmica são: questão social (E1; E5); trabalho (E1; E5); mediação (E1; E2; E3); instrumentalidade (E2; E4). Observe-se que todas as disciplinas mencionadas pelas informantes têm seus fundamentos da teoria social crítica, que analisa a realidade objetiva a partir as contradições inerentes à sociedade de classes. Segundo Mota:

⁸⁶ Ressaltamos, por exemplo, que no período de 1º a 3 de junho de 2015, realizou-se a II Jornada Nordeste de Serviço Social, na qual registramos como palestrante a Professora Yolanda Guerra com a mesa intitulada: “O Serviço Social frente à crise contemporânea: instrumentalidade e estratégia de atuação profissional”.

⁸⁷ Ainda, aconteceu, no período de 21 a 23 de setembro de 2015, o II Congresso de Serviço Social do Imip e a VI Jornada de Serviço Social do Imip, na qual registramos como palestrante a Professora Yolanda Guerra com a mesa intitulada: “O neoconservadorismo e os desafios da instrumentalidade do Serviço Social na saúde”.

⁸⁸São expressões do conservadorismo moderno: metodologismo; teorismo acrítico; aligeiramento da formação e da pesquisa; pragmatismo; voluntarismo e contentamento com o possibilismo.

⁸⁹Chamamos atenção para o *pragmatismo* que, dentre outros fatores, “[...] alimenta um tipo de formação, mas também de trabalho profissional, baseado na filosofia utilitarista, no imediatismo, no famoso discurso de que ‘na prática a teoria é outra’. Tal postura leva à negação da teoria, à adesão ao praticismo acrítico, à ação imediatista, desprovida de compromisso político com a transformação estrutural das relações socioeconômicas. É preciso compreender que nenhuma teoria ‘se aplica’ ao e no real. A teoria é o real captado pelo pensamento (o concreto pensado), que busca explicar os fenômenos da realidade em uma perspectiva de totalidade. A teoria pode subsidiar a ação profissional e/ou política na transformação do real, por isso é uma mediação para a ação. Teoria não é e nunca será uma receita de intervenção profissional” (BOSCHETTI, 2015, p. 648).

Isso porque, da teoria pode-se cobrar o desvelamento do real, que transformado num real pensado, permite, mediante aproximações sucessivas, desvelar a aparência dos fenômenos pela apreensão de categorias que deem inteligibilidade à realidade desde uma perspectiva de totalidade (produção e reprodução social), com uma visão histórica e de crítica radical (aos modos de ser e viver da sociedade). E neste caso, o que é singular se particulariza através de uma operação intelectual que o vincula, através de mediações, às leis gerais e universais que regem uma determinada realidade, historicamente desenvolvida, oferecendo aportes para compreender e transformar a realidade. (MOTA, 2014, p. 19).

Ponderamos ainda que esse resultado se deva, dentre outros dados, ao avanço da produção intelectual da profissão, a partir dos anos 1980 do século XX; e à inserção do serviço social como uma área do conhecimento das ciências sociais aplicadas que logrou o reconhecimento de agências de fomento nacionais e regionais⁹⁰, sobretudo, devido à expansão dos programas *stricto sensu* e *lato sensu* e dos grupos de pesquisa das instituições de ensino.

3.2.2 Serviço Social e Instrumentalidade: exercício profissional do (a) assistente social no setor saúde em tempos de contrarreforma.

A instrumentalidade do serviço social é definida como “uma determinada capacidade ou propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no processo sócio-histórico” (GUERRA, 2000b). Nestes termos, Mota (2014, p. 18), afirma que:

O Serviço Social brasileiro, ao se constituir numa área do conhecimento, adensa a sua intervenção na realidade através da construção de uma cultura intelectual, de cariz teórico-metodológico crítico, redefinindo a sua representação intelectual e social até então caracterizada, prioritariamente, pelo exercício profissional, no qual a dimensão interventiva tinha primazia sobre o estatuto intelectual e teórico da profissão.

A análise das entrevistas revelou que a instrumentalidade, capacidade ou propriedade constitutiva do serviço social, vem se estruturando no cotidiano profissional, porém demanda, nas suas intervenções, as condições, instrumentos, meios para o enfrentamento dos vários desafios que se apresentam para o alcance dos objetivos profissionais. Ou seja, torna-se

⁹⁰ CNPq; Facepe; outras.

necessário que os (as) assistentes sociais criem os meios e as condições objetivas e subjetivas para materializar as suas ações profissionais, dando-lhe instrumentalidade.

Nesses termos, considerando que a instrumentalidade se manifesta no cotidiano profissional, o nosso estudo evidenciou que a temática foi sendo aprofundada, por todas as entrevistadas, também em diferentes períodos posteriores à conclusão da graduação. A apreensão da categoria instrumentalidade, no período de formação profissional, foi mencionada como fundamental pelas cinco informantes, sendo que apenas uma afirmou não recordar de ter esse conteúdo nas discussões em sala de aula, entretanto, ressalta que se aproximou da temática da instrumentalidade em eventos científicos e na produção intelectual da categoria.

Das quatro entrevistadas que afirmaram ter tido algum conhecimento acerca do tema da instrumentalidade, pode-se constatar que, para a informante E1, o debate que se travou foi em torno dos elementos apresentados por Yolanda Guerra, no livro *“A instrumentalidade do Serviço Social”*. Para a entrevistada, esta é uma “categoria abstrata” e que requer um estudo mais aprofundado dos conteúdos das ciências filosóficas. A informante E2 afirmou que o processo de apreensão da instrumentalidade deve ter início na formação acadêmica e ser aprofundado durante toda a vida profissional, pois, sempre há confusão teórica em relação ao tema. Segundo ela, muito do que fora discutido no processo de formação na graduação se pautou apenas na utilização dos instrumentais técnico-operativos e não na totalidade do debate. A entrevistada E4 certificou que o estudo do tema foi relacionado à discussão da mediação como categoria central. Para E5, o tema instrumentalidade teve associação com a questão das atribuições do trabalho do (a) assistente social nos diversos espaços ocupacionais.

Ressaltamos que, para além de apreender as dimensões teóricas que fundamentam a instrumentalidade, é necessário criar algumas estratégias de enfrentamento das expressões conservadoras no cotidiano institucional, tais como:

- a) Ter um olhar voltado para além das ações individuais;
- b) Lutar contra a individualização para que não se caia na culpabilização dos sujeitos e dos seus problemas;
- c) Lutar contra a intensificação do trabalho do serviço social e das demais categorias;
- d) Exigir espaços para estudos dentro dos ambientes de trabalho;
- e) Lutar contra a privatização e as lógicas privatistas;
- f) Não esquecer a utilização dos instrumentos, mas com ressalvas, já que existem instrumentos manipulatórios e que se reduzem à racionalidade instrumental;
- g) Construir instrumentos que não controlem o usuário, mas que garantam os seus direitos;
- h) Desenvolver articulações com os movimentos sociais e;
- i) Utilizar uma racionalidade crítico-dialética nos processos de trabalho.

Nesses termos, é a instrumentalidade apreendida como mediação, que permitirá compreender as reais demandas postas à profissão no processo de trabalho do serviço social do HC/UFPE. Segundo as informantes, a maioria das demandas que são postas ao setor do serviço social se refere à solicitação de benefícios sociais; ao acompanhamento de saúde; à questão da humanização; à falta de medicamentos, roupas, cadeiras para acompanhantes, dentre outros insumos necessários para a assistência hospitalar. Esses dados corroboram o que foi demonstrado no 2º capítulo em relação à escassez de insumos na Ebserh.

Em relação às demandas dos usuários, E2 afirma que:

“As principais demandas são com relação à orientação em relação aos direitos sociais, trabalhistas e previdenciários, que aí o serviço social é o responsável por informar ao paciente. As principais são em relação aos direitos mesmo, tanto em relação ao entendimento quanto ao encaminhamento”. (E2, 2015).

As assistentes sociais informaram ainda que a chefia e a equipe, frequentemente, desenvolvem ações consideradas estratégicas para esclarecer, junto ao corpo de funcionários e usuários, quais são as reais atribuições do (a) assistente social na unidade hospitalar de ensino. Essas ações acontecem especialmente em reuniões de equipe que são realizadas semanalmente com a presença de assistentes sociais da instituição.

Consideramos que essa ação propositiva amplia a compreensão sobre o significado social da profissão.

O setor de serviço social realiza semanalmente reuniões com as assistentes sociais que atuam em diversos setores com o objetivo de problematizar as demandas dos usuários e da instituição; articular respostas; avaliar as ações realizadas e discutir sobre as atribuições do serviço social frente às novas e velhas expressões da questão social que se apresentam ao exercício profissional.

No entanto, mesmo com essa articulação, as informantes avaliam que ainda existem elementos históricos que demonstram os traços conservadores como o *aligeiramento* das respostas; o *metodologismo* com ênfase no instrumental técnico-operativo e o *contentamento com o possibilismo*, com as orientações dos direitos ao usuário, voltado para o controle através das normas e rotinas hospitalares de maneira a garantir a rotatividade dos leitos.

Essa rotatividade dos leitos também demonstra o caráter muitas vezes imediatista do atendimento biomédico, já que não considera os fatores sociais que se encontram imbricados na realidade de cada usuário. Se compreendermos a saúde para além desses limites, perceberemos que o serviço social possui um papel extremamente necessário à realidade do setor saúde: realizar mediações que permitam a garantia dos usuários é também desenvolver uma instrumentalidade de natureza emancipatória.

Para exemplificar esse aspecto, evidenciamos as falas de E1 e E3 quando questionadas sobre as demandas institucionais e sua materialidade:

“Bem, veja: eu acho que uma das grandes requisições do hospital pra gente é em relação ao controle do usuário. Controle em relação aquele usuário que causa dificuldade durante o internamento. Do acompanhante do usuário que causa alguma dificuldade durante o internamento” (E1, 2015).

“E também assim... é: normatizar. Que o acompanhante siga as normas da instituição. Ficar sempre próximo ao paciente... porque tem acompanhante que sai mais do que tudo. Não fica com o paciente” (E3, 2015).

Para Boschetti (2015, p. 649), “muitos desses traços conservadores são fomentados pelo desencanto e pelas sucessivas perdas sociais históricas, submetidas à barbárie neoliberal”. Esses e outros elementos presentes na atuação profissional, por vezes, vêm consolidando a lógica racionalista da

sociedade burguesa no processo de trabalho sem que os (as) assistentes sociais se deem conta disso. Concorda-se ainda com a autora quando afirma que frear as tendências conservadoras

Exige recusar os modismos tecnicistas e pragmáticos na formação e no trabalho profissional e defender firmemente o trabalho como espaço de fortalecimento dos direitos da classe trabalhadora, direitos entendidos como mediação para acumular forças, para fortalecer as lutas universais pela libertação das relações mercantis. No âmbito especificamente do Serviço Social, o desafio de reafirmar nosso Projeto Ético-Político é mais necessário do que nunca, pois não podemos recuar diante da ofensiva conservadora e retroceder nas conquistas alcançadas por tantas gerações.(BOSCHETTI, 2015, p. 649).

Em todas as entrevistas, percebe-se a preocupação com as respostas às demandas que se apresentam ao serviço social. Muitas dessas demandas são compreendidas como resultado da dinâmica complexa e contraditória da sociedade capitalista, que gera, dentre outras, situações de extrema pobreza, de violência, demandas trabalhistas que necessitam do atendimento de toda equipe que dão assistência à saúde. Por vezes, essas extrapolam o âmbito institucional e requerem encaminhamentos para a rede socioassistencial. Esses encaminhamentos à rede requerem que o (a) assistente social tenha conhecimento do funcionamento das políticas sociais setoriais municipais e estaduais; articulação externa e conhecimento sobre as condições de vida e saúde dos usuários.

As entrevistas analisadas ao mesmo tempo revelaram que o serviço social atende algumas demandas, muitas delas encaminhadas pela direção do hospital e por profissionais médicos, que não correspondem com às atribuições profissionais preconizadas nos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010).

Segundo as informantes da pesquisa, quando isso ocorre, a estratégia utilizada pela equipe é se reunir para avaliar a pertinência da requisição, limites e possibilidades de encaminhamentos para que seja realizada uma ação que corresponda aos parâmetros da profissão na área da saúde, conforme o Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão e o Projeto Ético-Político.

Um elemento importante revelado pelos dados coletados é a implementação da Gestão do Desempenho por Competências dos Colaboradores da Ebserh, orientado pela Norma Operacional 1, de 7 de abril de 2015, que entrou em vigor a partir de agosto do mesmo ano no HC-UFPE. As informantes relataram que a empresa distribuiu o programa em formato de texto para cada serviço, para que pudessem apreender e incorporar a lógica da gestão por competências a ser implementada no HC, bem como realizou palestras de capacitação.

O Programa Crescer com Competência resulta da Norma Operacional 1, que propõe que seja avaliado o comportamento apresentado pelo profissional, chamado de colaborador, na empresa. Desde então, vem sendo aprimorado para modificar a dinâmica dos serviços e visa incidir na atuação profissional com o objetivo de aumentar a produtividade e o alcance de metas preestabelecidas preconizadas pelos gestores. Conforme a cláusula I do artigo 2º do documento, gestão do desempenho por competência é um

Processo que envolve o colaborador e sua chefia imediata, voltado para o acompanhamento do desenvolvimento de suas competências individuais e de suas entregas, visando assim alcançar os resultados organizacionais e atender às necessidades dos usuários dos serviços de saúde. (BRASIL, 2015d).

As informantes afirmam que a empresa atua na perspectiva neoliberal no contexto da globalização, com base nos resultados quantitativos para o aumento dos indicadores de competências dos profissionais na instituição. Guerra (2010) nos alerta que a precarização nas relações de trabalho se expressa de várias formas:

[...] desregulamentação do trabalho, mudanças na legislação trabalhista, subcontratação, diferentes formas de contrato e vínculos que se tornam cada vez mais precários e instáveis, terceirização, emprego temporário, informalidade, jornadas de trabalho e salários flexíveis, multifuncionalidade ou polivalência, desespecialização, precariedade dos espaços laborais e dos salários, frágil organização profissional, organização em cooperativas de trabalho e outras formas de assalariamento disfarçado, entre outras. Essas características marcam os espaços laborais dos assistentes sociais, ainda que de formas, níveis e graus distintos, segundo a sua inserção diferenciada e diferentes condições sócio-ocupacionais. (GUERRA, 2010, p. 719).

Nesses termos, ainda temos a expansão no agir profissional das diversas categoriais do paradigma da racionalidade formal-abstrata, de natureza instrumental, que desconsidera os problemas macro e estruturais que decorrem da sociedade capitalista. Essa lógica individualiza as expressões da questão social, culpabiliza os sujeitos, pressiona os profissionais para que melhorem o seu desempenho e incentiva meios de competição via mercado, na instituição. Além disso, consiste numa forma de captura da subjetividade dos trabalhadores, conforme afirma Alves (2011). Compreendemos que a captura da subjetividade coloca o profissional como um colaborador da empresa, como um estranho ao desenvolvimento do seu trabalho e, principalmente, permite moldar o trabalhador àquilo que é requisitado dentro do ambiente institucional.

Assim sendo, o *apelo* ao cooperativismo e à solidariedade de classes também faz parte da estruturação desse grande aparato ideológico que busca construir, dentro das contradições fundamentais que regem o sistema capitalista, um conformismo coletivo que, além de fragmentar o conjunto dos trabalhadores, agudiza as formas de precarização.

Além disso, as possibilidades de fuga desse mundo estranhado são acopladas à necessidade do empreendedorismo, da gestão ou do trabalho eficiente. Visualizam-se nos setores de serviços, por exemplo, estratégias ideológicas de incentivo à competitividade entre os funcionários que dão maior fluidez à produtividade.

De acordo com o texto que é discutido por Brandão e Guimarães, a gestão de competências deve ser acionada pelo principal motivo de garantir a competitividade no futuro:

A sociedade contemporânea está passando por um período de grandes transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, que resultam num processo de reestruturação produtiva. Nas organizações, o impacto dessa reestruturação materializa-se por intermédio de processos de racionalização organizacional e técnicas que incorporam ao ambiente empresarial, novas tecnologias e novos modelos de gestão. Configura-se como desafio às organizações desenvolver e utilizar instrumentos de gestão que lhes garantam um certo nível de competitividade atual e futuro. (BRANDÃO; GUIMARÃES, 2001, p. 1).

Ponderamos ainda que com relação aos objetivos do Programa, estes se referem às habilidades de cada “colaborador”, evidenciam um profissional que seja proativo; imparcial; flexível; e que mantenha o foco nos resultados e não na qualidade. É preciso, dito de outra forma, ser polivalente e colaborar para o crescimento da empresa.

Através das falas de E1, podemos exemplificar esse aspecto:

“Porque o foco desse programa, na verdade... ele diz que tem a etapa do planejamento. Mas o foco dele, na verdade, é verificar se o indivíduo tá dando conta e cumprindo com as tarefas dele ou não. Então o foco do programa é avaliar se a pessoa cumpriu as metas ou não.” (E1, 2015).

“Só que, além disso, as metas vão ser comparadas. Você vai estabelecer a forma como você vai avaliar, mas a maioria vai ser quantitativa. Eles dizem que não será quantitativa, mas na planilha a maioria é quantitativa. Aí, a ideia deles é avaliar por uma coisa que, em administração, se chama gestão de desempenho por competência: que é avaliar o comportamento do trabalhador... de que forma o comportamento do trabalhador interferiu no não cumprimento daquela meta.” (E1, 2015).

Apreendemos que os princípios e diretrizes que regem a administração pública se misturam com aquilo que é requisitado pela empresa para o alcance dos seus resultados.

Os rebatimentos dessa proposta já podem ser identificados no trabalho do serviço social do HC-UFPE, já que uma das etapas propostas é a construção de um planejamento para o desenvolvimento de metas a serem alcançadas. Esse planejamento e as metas que dele decorrem devem ser avaliados a cada três meses.

Nesse sentido, foi dado um curto espaço de tempo para a construção desse planejamento, o que acarretou em pouco debate sobre a proposta e, ainda, dúvidas em relação a esse processo. No entanto, por se tratar de uma medida obrigatória, precisou ser desenvolvido. Além disso, verificamos que os aspectos que compõem a racionalidade instrumental vêm se manifestando no HC-UFPE, principalmente, em relação aos princípios e diretrizes da Ebserh e de sua forma de gerir a unidade.

Ressaltamos que o serviço social, ao se apropriar da instrumentalidade no exercício profissional, poderá mobilizar, articular e ampliar as lutas sociais

coletivas em conjunto com outras categorias profissionais e sindicais como forma de resistência ao novo modelo de gestão.

Na entrevista, a informante E1 nos revelou:

“E a gente identificou o planejamento do serviço, dentro dos critérios do que a gente entende como planejamento, no marco teórico que a gente utiliza no serviço social. Mas hoje a gente tem a empresa querendo planejar a atividade com esse outro viés que, com certeza, não é o nosso” (E1, 2015).

A análise dos dados também revelou que, além do planejamento exigido pela empresa, o serviço social, a partir de reuniões e mediações teóricas, vem construindo o seu planejamento estratégico. Neste, estão sendo definidas as principais estratégias políticas para ampliar a garantia dos direitos aos usuários. Além disso, elaboraram um roteiro de discussão sobre como sistematizar a prática das assistentes sociais nos vários setores do hospital. O registro sistemático da prática, além de criar uma unidade interventiva entre os profissionais do setor, sugere principalmente um amadurecimento intelectual e a necessidade de um posicionamento teórico-metodológico e técnico – operativo. A sistematização como parte do processo do exercício profissional possibilita uma maior autonomia do trabalho do (a) assistente social no espaço sócio-ocupacional e frente a outras categorias profissionais.

Nestes termos, concordamos com Almeida (2009) quando afirma que a sistematização

[...] não implica nenhuma dimensão redentora da atividade profissional, mas um recurso que lhe recobra e lhe ressalta sua dimensão crítico-investigativa, a partir da angulação própria que o trabalho profissional adquire enquanto participante de um processo de trabalho coletivo no âmbito das estratégias institucionais de materialização das políticas sociais. Constitui uma dimensão importante do trabalho profissional que favorece uma reflexão contínua de suas respostas socioinstitucionais em suas relações de determinação com a dinâmica do ser social. (ALMEIDA, 2009, p. 406-407).

A informante E1 afirmou que, no processo de resistência, várias mobilizações foram construídas pelas assistentes sociais. Uma delas foi ampliar as discussões políticas com a comunidade interna fundamentadas no controle social do SUS. Essa proposta surgiu, principalmente, após as orientações do superintendente da Ebserh de construir na instituição apenas

um conselho consultivo na gestão da unidade. Na época, o serviço social questionou a implantação de um conselho consultivo ao invés de um conselho deliberativo com base no controle social, já que esse formato não consta na legislação vigente que instituiu o SUS. Além disso, questionou a empresa por ter decidido criar um espaço baseado apenas na consulta e não na participação.

Diante de tais questões, o serviço social articulou com outras categorias profissionais e com usuários uma nova proposta organizativa do conselho, que foi apresentada à empresa. Essa proposta foi recusada pelos gestores por definir que o conselho deveria ser paritário, fiscalizador e deliberativo. Para todas as entrevistadas, essa vem sendo uma das maiores lutas internas, já que a participação via controle social também é uma forma de discutir as diversas formas de precarização do trabalho; expor a falta de insumos; fiscalizar os recursos financeiros, dentre outros fatores.

Ressalvamos que o serviço social não irá resolver todas as questões que impactam a conjuntura da política de saúde em tempos atuais. Podemos atuar de acordo com o nosso referencial político e ideológico sem cair no obscurantismo das atitudes messiânicas. Desenvolver essas articulações e realizar as mediações necessárias para o conjunto da classe trabalhadora é uma das nossas atribuições. Ou seja, é preciso atuar dentro de limites e possibilidades.

Em relação a isso, avaliamos que todas as estratégias e intervenções que vêm sendo desenvolvidas no espaço institucional do HC-UFPE têm contribuído para uma instrumentalidade como uma forma de mediação. Nesses termos, considera-se ainda que o serviço social dessa instituição vem buscando ultrapassar a dimensão mecanicista e acrítica que impera nas reestruturações que são implantadas com os paradigmas ideológicos da racionalidade instrumental.

Com relação ao uso de instrumentais técnico-operativos no exercício profissional, todas as informantes referiram que os mesmos são partes construtivas das ações. Por vezes, são componentes necessários para o conhecimento da realidade do usuário e para a garantia e efetivação de direitos. Para elas, é fundamental, a partir das mediações, estabelecer

previamente o instrumental a ser utilizado numa determinada ação ou na construção de estratégias de luta coletiva.

Em relação ao uso de instrumentos técnico-operativos, a informante E5 assevera que:

“As estratégias são aquela velha tríade: conhecer para melhor intervir. É o levantamento de dados. Conhecer a realidade social do paciente e do familiar. É... ver junto ao paciente como é que ele se conhece nesse aspecto e como é que ele constrói junto. Trazendo também as alternativas dele. Não propondo apenas. É o que a gente tem como recurso” (E5, 2015).

As técnicas e os instrumentos operativos mais utilizados pelo serviço social na instituição são:

- ✓ Entrevista social;
- ✓ Relatório social;
- ✓ Parecer social;
- ✓ Registro em livro;
- ✓ Grupos de orientação;
- ✓ Orientação individual e à família;
- ✓ Visita institucional e visita domiciliar;
- ✓ Articulação política e sindical com movimentos sociais;
- ✓ Participação em fóruns e campanhas socioeducativas;
- ✓ Reunião.

Observe-se que, no exercício profissional, o (a) assistente social utiliza vários instrumentais. Porém, ressaltamos que a instrumentalidade profissional é a capacidade de os (as) assistentes sociais ultrapassarem o limite do preenchimento de fichas e formulários. De acordo com as informações prestadas pelas entrevistadas, todas as ações desenvolvidas pelo serviço social do HC-UFPE se imbricam na consolidação do Projeto Ético-Político profissional.

Através das falas de E1 e E2, podemos observar e evidenciar esse aspecto:

“Eu acho que todas as ações que a gente tem são guiadas pelo Projeto Ético-Político. As ações que a gente desenvolve no atendimento ao usuário, na defesa do que a gente acredita como deve ser o serviço social na instituição. Porque se a gente deixar todo mundo sabe dizer o que o assistente social tem que fazer. Eu acho que é isso: demarcar qual é o nosso lugar dentro da instituição. Qual o referencial que a gente atende, que a gente atua... no atendimento aos usuários. Tudo perpassa o referencial do que é o Projeto Ético-Político” (E1, 2015).

“A defesa do Projeto Ético-Político se dá nas minhas ações diárias né? Na defesa intransigente dos direitos humanos, da qualidade dos serviços prestados, da ética do atendimento, do resguardo do sigilo, na defesa dos direitos do trabalhador... e não da instituição, mas do trabalhador, dos usuários que busca os serviços...acho que isso. Nas minhas ações diárias, no meu dia a dia, no meu cotidiano mesmo... e a favor do que o nosso Código de Ética prescreve para nossa atuação” (E2, 2015).

Assim, a instrumentalidade, conforme o que argumenta E2:

“É todo o arcabouço, não apenas instrumental, mas é o arcabouço que a gente tem, né... o ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo mesmo da profissão. E aí a gente constrói, reconstrói no processo histórico mesmo da nossa profissão, que vai mudando e se readaptando, mesmo com a realidade que a gente vivencia e com o cotidiano que a gente tá, que não é o mesmo do ano passado, que não é o mesmo de dez, cinco anos atrás... 20 anos atrás. Então eu acho que instrumentalidade é isso: é o que concretiza a nossa profissão. É a instrumentalidade que nos diferencia de outras profissões” (E2, 2015).

Sobre a análise conceitual acerca do estudo da instrumentalidade, apreendemos que, embora tenha havido vários problemas com as singularidades que eram vivenciadas por algumas assistentes sociais entrevistadas durante o período de formação profissional e até mesmo na não visualização do tema no aspecto mais amplo daquilo a que se propõe, não existe qualquer problema quanto a sua incorporação e apropriação em relação aos processos de trabalho.

Segundo a Informante E1, a instrumentalidade requer uma relação entre teoria e prática. É preciso diferenciar a instrumentalidade como algo além do uso dos instrumentais técnico-operativos. A instrumentalidade possui três fundamentos: o teórico-metodológico, o ético-político e técnico-operativo na intervenção. E por se configurar nessa compreensão mais ampla, encontra-se articulada à mediação, já que esta:

“Seria uma forma de a gente poder compreender as questões que aparecem... as questões aparentes estão relacionadas dentro de um contexto geral: como elas estão implicadas uma na outra. E, assim, essa categoria...entender o sentido dessa categoria é dar o referencial da gente dentro de um contexto em que emerge um universo de questões, a gente pode contatá-la, eu diria assim. E aí eu acho que dentro disso, essa categoria vai ser importante pra que a gente possa articular com os outros elementos, com os outros fundamentos que estão envolvidos na prática profissional” (E1, 2015).

A entrevistada E2 visualiza a instrumentalidade como uma forma de mediação que deve ser utilizada para o alcance dos objetivos e para as formas de intervenção. Para ela, mediação e instrumentalidade possuem uma relação direta:

“Quando a gente usa a mediação e pra dar finalidade a nossa ação a gente precisa da instrumentalidade. Então eu acho que a relação é direta. Pra gente vislumbrar os fatos, todas as implicações... todos os determinantes, no caso da saúde mesmo, determinantes e condicionantes sociais que implicam naquela doença, nos fatos sociais... pra isso a gente precisa utilizar a mediação. E nisso a instrumentalidade não deixa de ser uma forma de a gente ficar mediando, nas expressões da questão social” (E2, 2015).

A instrumentalidade, para as informantes E2 e E3, é uma forma de alcançar os objetivos. Objetivos que garantam direitos e que sejam capazes de inserir o usuário no serviço. Para elas, deve haver uma relação entre a teoria e a prática, ou seja: com as dimensões do trabalho do serviço social. Não obstante, enfatizam a necessidade de os (as) assistentes sociais ficarem sempre se especializando e sempre buscando conhecimento.

A informante E4 afirma que a instrumentalidade é uma forma de mediação. Para ela, o uso dos instrumentais técnico-operativos é importante, mas não se resume à noção de instrumentalidade. É preciso ir além:

“Eu, hoje, com aquilo que eu acredito e com a defesa do meu Código de Ética profissional, eu exerço essas minhas funções não apenas com um instrumento na mão ou com um formulário para preencher, mas muito da postura enquanto profissional e da compreensão desse usuário. E essa é uma questão que tem muito a ver com uma questão histórica mesmo e em qual momento histórico a gente tá vivendo. A gente vive hoje essa questão do trabalho mesmo, de tá se instalando em um hospital com os vínculos diferentes... de uma forma diferenciada e aí enquanto você também se coloca que, no teu atendimento, não é o vínculo que vai fazer diferença no exercício junto aos outros colegas... que não é a forma como ele se dá, mas é muito mais com o que você acredita... eu acho que isso é também

instrumentalidade. Porque essa instrumentalidade é você tá formando grupos, é tá refletindo junto à equipe, junto ao usuário... eu acho que é por aí” (E4, 2015).

A informante E5 argumentou que instrumentalidade e mediação vão sendo construídas no cotidiano, buscando sempre compreender e enfatizar os interesses da classe trabalhadora na dinâmica contraditória do sistema capitalista. Para ela, por se tratar de um hospital-escola, o HC tem que desenvolver essas mediações de uma maneira construtiva e formativa, não apenas entre os profissionais, mas com os residentes e estagiários, por exemplo.

“Então essas mediações vão sendo construídas assim, no dia a dia. Dando clareza que estaremos aqui para defender os interesses da classe trabalhadora e nessa correlação de forças e eles acabam sendo a parte mais afetada. Qualificando o debate, as discussões... entende? E a eu acho que o espaço mesmo de a gente tá num hospital universitário, num hospital-escola, permite mesmo que a gente tenha um grande ponto a nosso favor. Porque ele não se resume apenas à assistência ao usuário. Apesar de a gente centrar forças no usuário, porque é o nosso cotidiano, demanda mais. Mas ele (o hospital) tem o caráter do ensino, da pesquisa, da extensão, entende? Então por a gente tá num espaço assim, ele flui de uma forma mais tranquila. Então, por ter esse caráter, de ter o estudante... o estagiário, o residente. Então é um caráter formador mesmo. Então esse processo de mediação vai se dando assim: uns a gente avança mais, outros a gente avança menos. E assim vai...” (E5, 2015).

A pesquisa revelou que instrumentalidade e mediação são categorias que se imbricam e que foram sendo apropriadas da melhor maneira possível pelas assistentes sociais. A análise, para além de compreender a realidade contraditória na qual as profissionais estão inseridas, possibilitou às entrevistadas refletirem sobre a instrumentalidade no exercício profissional.

Argumentamos que a instrumentalidade é uma categoria rica para ser desenvolvida nos processos de trabalho. Pudemos observar, a partir da dinâmica de trabalho do (a) assistente social, que os desafios são muitos, mas que a equipe do serviço social do HC tem conseguido desenvolver as suas ações para além do preenchimento burocrático e racionalista formal-abstrato.

Ressaltamos que os instrumentais técnico-operativos são elementos necessários ao agir profissional e se configuram como uma forma de sistematização e de encaminhamentos para a compreensão e análise das

situações de vida dos vários usuários que utilizam o serviço. A ação profissional, no entanto, não pode se resumir a eles.

Quando questionadas sobre o lugar que o setor ocupa na instituição, todas as assistentes sociais demonstraram preocupação com o organograma proposto pela empresa, afirmaram que o setor será alojado em mais uma “nova caixinha” (termo utilizado pelas informantes). No novo organograma, o setor de serviço social, que está atrelado aos setores da psiquiatria e psicologia, será renomeado para biopsicossocial e chefiado por um profissional da área médica. Assim sendo, a reestruturação da unidade, a partir da construção do novo organograma, é um dos maiores desafios postos às assistentes sociais que vêm mobilizando o setor na construção de estratégias de enfrentamento junto à empresa.

“É, tem uma história de uma “caixinha” que estão querendo colocar a gente para área psicossocial e a gente vai perder a autonomia se for pra esse local. Será provavelmente uma chefia médica que irá chefiar toda a parte de psicologia, de serviço social, sabe? E aí, assim, né? Está na eminência disso. O pessoal tá lutando, a chefia tá lutando... tá todo mundo se organizando para que isso não aconteça” (E3, 2015).

Nesses termos, a reestruturação da unidade, que segue uma normativa nacional, tornou-se um fator de luta não apenas para o setor de serviço social, mas para os demais setores, já que não vem havendo uma discussão de forma democrática entre as várias categorias e a Ebserh. As informantes entendem, ainda, que a ação interfere na relativa autonomia das profissões, bem como poderá comprometer a qualidade dos serviços prestados. Além disso, também argumentam que o modelo proposto desconsidera as leis que regem as profissões, as diferenças regionais e as particularidades das várias unidades hospitalares do Brasil.

Ultrapassar esse desafio demanda a construção de estratégias de enfrentamento e resistência pelo conjunto das categorias junto à empresa. Nesse sentido, as informantes relataram que a equipe organizou na instituição uma reunião que foi articulada com outras categorias profissionais e seus respectivos conselhos de classe. O serviço social também sugeriu alteração na organização dos setores, propôs, após várias discussões internas, e realizou estudos sobre o tema, argumentando que o setor poderia ficar na Divisão de

Cuidados. Proposta essa que ainda está em discussão, mas que pode ser considerada também uma das grandes lutas das profissionais em questão. Informamos que até o término da coleta e análise dos dados pela pesquisadora, o organograma definitivo para o HC/UFPE não fora concluído.

Evidenciamos a discussão acima, através da fala de E5:

“A gente foi e explicou qual era o fluxo e que a gente não podia tá ligado junto da psicologia e com o setor de psiquiatria. E o nosso chefe, fatalmente, seria um médico. E a gente foi e mostrou por “A + B” e fundamentou com a Lei que regulamenta a profissão, o Código de Ética e o Projeto Ético-Político... as legislações da gente. E mostramos que a gente não era psicossocial. A gente era serviço social” (E5, 2015).

“Então a gente ficou numa caixinha pontilhada, ligada à Divisão de Cuidados. Hoje a gente percebe que isso foi uma grande luta! Até a gente chegar nessa proposição, a gente fez um movimento de alianças. Entramos em contato com outros hospitais pra saber como eles se organizavam. Tinham várias organizações. A gente foi encontrando os mais diversos. Só que essa caixinha pontilhada ainda é uma questão muito frágil” (E5, 2015).

As informantes também relataram que, com relação às condições de trabalho na instituição, considerando os aspectos estruturais que regem o processo de trabalho numa unidade hospitalar de ensino e referência estadual, a adesão ao novo modelo de gestão não apresenta melhorias significativas tanto na assistência à saúde dos usuários quanto na infraestrutura do hospital.

Contraditoriamente, permanece a falta de insumos, que em alguns momentos foi mais grave. A melhoria mais evidente é o aumento no número de profissionais, aspecto já mencionado neste estudo, que de maneira objetiva não contribui para melhorar a qualidade do atendimento prestado, visto que ainda há um déficit de pessoal. Considere-se ainda que a compra de equipamentos, de novas tecnologias hospitalares ou de computadores na maioria dos serviços também melhorou a prestação de serviços aos usuários. Ainda é necessária a reposição de equipamentos devido à alta defasagem de material permanente, que é anterior à adesão do HC à gestão da empresa.

As informantes analisam ainda que a questão da infraestrutura é complexa e grave. Observa-se uma melhoria na infraestrutura com a modernização em alguns setores, mas os aspectos históricos que marcaram a dinâmica de trabalho permanecem: salas apertadas e ainda divididas com

outros profissionais, o que acaba muitas vezes interferindo na guarda do sigilo acerca das condições de vida da população usuária; elevadores antigos e com sérios problemas, o que interfere na qualidade do atendimento; falta de espaço para a realização de reuniões, palestras e qualificações; falta de insumos e medicamentos, entre vários outros.

Compreendemos, portanto, que os aspectos da reestruturação a partir da contrarreforma do setor saúde e, conseqüentemente, da existência dos novos modelos de gestão vem interferindo na dinâmica de trabalho. No entanto, o serviço social do HC-UFPE tem desenvolvido uma instrumentalidade que busca efetivar os direitos dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa foi realizada com assistentes sociais que atuam no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE). Teve como ponto de partida a experiência de estágio curricular obrigatório, realizado de 2012 a 2013. Objetivou-se a analisar a apropriação e incorporação da instrumentalidade, como mediação, no exercício profissional dos (as) assistentes sociais em tempos de contrarreforma do setor saúde. Para tanto, iniciamos leituras sobre o tema, a partir dos estudos de Guerra (1995) e das reflexões das categorias que nela se imbricam. Ou seja, buscamos apreender sobre a racionalidade formal-abstrata e a racionalidade crítico-dialética, principalmente, a partir dos escritos de Levebvre (1983).

Neste estudo, a opção pelo método histórico-crítico nos possibilitou apreender a categoria mediação e como essa vem influenciando as disciplinas de fundamentos do serviço social brasileiro na contemporaneidade. Consideramos que a instrumentalidade ainda necessita de aprofundamento pelo conjunto da categoria profissional de serviço social, devido aos vários vieses e dúvidas que são gerados pela falta de aprofundamento teórico, ou, até mesmo, pela confusão teórica gerada pela similaridade com a terminologia de instrumentais técnico-operativos.

Os paradigmas da racionalidade instrumental e formal-abstrata se dissipam a cada dia mais através de ações ideologizantes que se manifestam na sociedade, cujo objetivo é ampliar o produtivismo, intensificar o trabalho, racionalizar os processos de trabalho e contribuir para o imediatismo na compreensão da realidade.

A racionalidade de natureza instrumental não se preocupa com os aspectos qualitativos dos atendimentos prestados, mas com o quantitativo dos casos que devem ser atendidos, com as metas a serem alcançadas, com a burocratização e padronização do trabalho.

O processo de contrarreforma do Estado, iniciado no Brasil a partir da década de 1990, insere-se nesse processo na medida em que busca ampliar a financeirização do grande capital em todos os setores da vida social. O objetivo é racionalizar e instrumentalizar o máximo possível de políticas sociais, através

da utilização de vários discursos que se baseiam apenas no tecnicismo e no mecanicismo. São discursos que buscam minimizar o Estado para a sua função social e maximizar a sua importância para a expansão da lógica burguesa.

A materialização desse processo tem acontecido em todas as políticas sociais, mas o setor saúde pode ser considerado aquele que apresenta os maiores rebatimentos. A privatização dos serviços manifesta o interesse do capitalismo em transformar tudo em mercadoria. A saúde, que deveria ser um direito público e universal, conforme os aspectos defendidos pelo Movimento de Reforma Sanitária, tem sido alvo dos novos modelos de gestão, cujo maior objetivo é garantir o fortalecimento das taxas de lucro das grandes empresas.

A contrarreforma do setor saúde, nos hospitais universitários, ocorre com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh). A Universidade Federal de Pernambuco assinou o contrato de gestão com a empresa e, conseqüentemente, aderiu a um novo modelo de gerenciamento do Hospital das Clínicas. Consideramos, em relação a isso, que existem poucas análises sobre a eficiência desse modelo de gestão nos hospitais-escola.

Entretanto, a partir da análise dos dados e dos resultados obtidos pela nossa pesquisa, podemos afirmar que vem se configurando na instituição, desde a assinatura do contrato de adesão, uma racionalidade que reduz a autonomia relativa do serviço social, enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho. Destacamos, ainda, que os resultados revelam informações importantes que necessitam ser apreendidas pelas demais categorias profissionais que atuam na instituição.

Entendemos, ainda, que, por ser um hospital-escola, essas reflexões são de extrema relevância, pois a pesquisa revelou alguns elementos importantes sobre o novo modelo de gestão da unidade hospitalar, que merecem atenção dos trabalhadores da saúde. Um desses elementos que precisa ser destacado é a mudança na estrutura do organograma, que interfere diretamente no agir profissional de várias categorias, incidindo de tal forma que levou os trabalhadores a se organizarem e pensar estratégias de enfrentamento à ordem vigente.

Avaliamos que as melhorias estruturais geradas são poucas. Além disso, um dos critérios de assistência à saúde nos serviços e clínicas estabelecido pela empresa é, por exemplo, a rotatividade dos leitos e a quantidade de consultas/mês, ou seja, critérios quantitativos. Outro fator que interfere na dinâmica dos serviços é a intensificação do trabalho em decorrência da ampliação significativa no quadro de profissionais de diversas áreas. Contudo, contraditoriamente, o aumento dos atendimentos também gerou uma maior demanda por parte dos usuários na busca por soluções individuais e imediatas dos seus problemas através do setor de serviço social.

A gestão da unidade tem como prioridade o cumprimento das metas e da quantidade de atendimentos por profissional e clínica. Sendo, assim, a qualidade da prestação do serviço fica em segundo plano. A estrutura física do hospital continua a mesma e a falta de insumos e medicamentos tem aumentado. A partir da entrada da Ebserh no HC, a alteração que se pode observar se reflete no aumento de alguns profissionais, conforme citado, além da reestruturação do organograma e ampliação das estratégias de controle. Esta última é uma característica que direciona extrema preocupação, já que um hospital-escola deveria ser um espaço democrático e formativo.

A criação do Programa Crescer com Competência é uma necessidade de a empresa evidenciar o comportamento individual como sendo responsável pela qualidade ou não do atendimento aos usuários. Ou seja, individualiza-se um problema de natureza estrutural e culpabiliza-se o indivíduo por qualquer resposta não efetuada.

Diante desse quadro de extrema contradição e tecnificação do trabalho, verificamos que as assistentes sociais do HC-UFPE têm conseguido se apropriar e garantir a existência de uma instrumentalidade, como mediação, nas ações cotidianas. São estratégias que questionam e se articulam com outras categorias para proposições que sejam capazes de superar o aparente ou o conformismo.

Os desafios postos ao serviço social no HC da UFPE são vários e necessitam que as assistentes sociais se articulem e se mobilizem junto aos movimentos sociais; criem estratégias de enfrentamento; apoiem-se no Código

de Ética do Serviço Social e do Projeto Ético-Político para não realizar ações que não façam parte de suas atribuições profissionais.

Conclui-se afirmando que são tempos difíceis, mas que apresentam possibilidades. A instrumentalidade e a mediação são elementos fundamentais para dar materialidade à luta e resistência contra o avanço da contrarreforma do setor saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Retomando a Temática da “Sistematização da Prática” em Serviço Social**. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.
- ALVES, Giovanni. **Valores-Fetichismo, Expectativas e Utopias de Mercado**. In: _____. Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- ANDREAZZI, Maria de Fatima Siliansky de. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado**. Revista Brasileira de Educação Médica, p. 275-284, 2013.
- ANTUNES, Ricardo. **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- _____. **Desenhando a nova morfologia do trabalho no Brasil**. Revista Estudos Avançados, v. 28, n. 81, São Paulo, 2014.
- ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. **As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital**. Educ. Soc. Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351, maio/ago. 2004.
- BARBOSA, Rosângela Nair de Carvalho; CARDOSO, Franci Gomes; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. **A categoria processo de trabalho e o trabalho do assistente social**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº58, p. 109-130, 1998.
- BEHRING, Elaine. **Fundamentos de Política Social**. In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez: 2011.
- BARROS, Renata Tenório de. **Modelos de Gestão na Administração Pública Brasileira: Reformas vivenciadas pelos Hospitais Universitários Federais**. Revista dos Mestrados Profissionais, V.2, número 1, p. 252-280, 2013.
- BARROS, José Augusto C. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico**. Rev. Saúde e sociedade, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BEZERRA, Suely de Oliveira; ARAÚJO, Maria Duarte. **As (re) configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde**. RAP, Rio de Janeiro 41(2):187-209, mar./abr. 2007.

BOBBIO, Norberto. **Gramsci e o conceito de sociedade civil**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **Liberalismo e Democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

BOURGUIGNON, Jussara Ayres. **A particularidade histórica da pesquisa no Serviço Social**. Rev. Katál, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 46-54, 2007.

BOSCHETTI, Ivanete. **Expressões do conservadorismo na formação profissional**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 124, p. 637-651, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282015000400637&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás de Aquino. **Gestão de Competências e Gestão de Desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto?** São Paulo, Revista de Administração de Empresas, v. 41, n. 1, p. 8-15, 2001.

BRASIL. **8ª Conferência de Saúde. Relatório Final (1986)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

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

_____. (1990a). **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. (1990b). **Lei 8.142 de 28/12/1990**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. (1998). **Lei 9.637, de 15 de maio de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L9637.htm>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. (1999). **Lei 9. 790 de 23 de março de 1999**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19790.htm>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. (2007). **PLP 92 DE 2007**. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

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

_____. (2011). **Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 22 jun. 2015.

BRASIL. (2012) **Código de Ética do/a assistente social**. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10. Ed.rev. e atual. Brasília. CFESS, 2012.

_____. (2013a). **Dimensionamento de serviços assistenciais e da gerência de ensino e pesquisa**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102304/dimensionamento_de_servicos_hc UFPE.pdf/6172625b-fa99-449c-8e52-15afdaeecfa1>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. (2013b). **Plano de Reestruturação do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102304/plano_reestruturacao_hc UFPE.pdf/a9ceb738-b008-4e20-8bba-c5a59049ed22>. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. (2015a) **Perguntas Frequentes – CFESS**. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 5 out. 2015.

_____. (2015 b). **Missão, Visão e Valores do HC**. Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em: <https://www.ufpe.br/hc/index.php?option=com_content&view=article&id=288&Itemid=191>. Acesso em: 30 set. 2015.

_____. (2015c). **Missão e Visão da EBSEERH**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/missao-e-visao>>. Acesso em: 2 out. 2015.

_____. (2015d). **Norma Operacional nº 1, de 7 de abril de 2015**. Brasil: Ebserh, 2015.

_____. (2015e). **Contratos – EBSEERH**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/contratos1>>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.). Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. p.25-45.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Saúde e Serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997. 58 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; v. 1)

BRITTEN, Nicky. **Entrevistas qualitativas**. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 87, p. 132-146, 2006.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Política de Saúde e Serviço Social**. In: REZENDE, Ilma; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele (Org.). Serviço Social e Políticas Sociais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

CFESS. CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: CFESS, 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Editora Afiliada, 2011.

COELHO, Marilene. **A Imediaticidade na Prática Profissional do Assistente Social**. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Org.). Serviço Social: temas, textos e contextos. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

CORREIA, M. V. C. **A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contrarreforma na política de saúde brasileira**. Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Temporalis, Ano VII, n.13, ABEPSS, São Luís, 2007.

COSTA, Francilene Soares de Medeiros. **Instrumentalidade do Serviço Social: dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa e exercício profissional**. Dissertação de Mestrado. Natal. UFRN, 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Marxismo e Política**. A dualidade de poderes e outros ensaios. São Paulo: Editora Cortez, 1994.

COUTINHO, Carlos Nelson. **A época neoliberal: revolução passiva ou contra-reforma?** *Novos Rumos, Marília*, v. 49, n.1, p.117-126, jan.-jun., 2012.

DIARIO DE PERNAMBUCO. **Residentes do Hospital das Clínicas da UFPE protestam contra crise no abastecimento**. Disponível em: <http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/vida-urbana/2015/04/23/interna_vidaurbana,572775/residentes-do-hospital-das-clinicas-da-ufpe-protestam-contra-crise-no-abastecimento.shtml>. Acesso em: 30 out. 2015.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do estado**. Trad. Leandro Konder. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Metodologia e Ideologia do Trabalho Social**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2011.

FERNANDES, Valmara Pordeus de Oliveira. **Instrumentalidade do Serviço Social na Previdência Social no Brasil Contemporâneo**. Dissertação de Mestrado. Natal. UFRN, 2010.

FLEURY, Sonia. **Reforma do Estado, Seguridade Social e Saúde no Brasil**. In: MATTA, Gustavo Corrêa. LIMA, Júlio César França (Org.). Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda. **“Na prática a teoria é outra?”**. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Org.). Serviço Social: temas, textos e contextos. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

GALLO, Edmundo. **Razão e Planejamento: Reflexões sobre Política, Estratégia e Liberdade**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

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

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Tradução, Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. v. 1.

_____. **Cadernos do cárcere**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho; coedição, Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.v. 3.

GRANEMANN, S. **Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital**. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Org.) Modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius – ADUFRJ SSind, 2008.

_____. **Políticas Sociais e Financeirização dos Direitos do Trabalho**. Revista em Pauta, p. 57-68, 2007.

_____. **Terceiro dia de Seminário debate relações público-privado no SUS**. 2010. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/11_nov_semi_3dia.html>. Acesso em: 2 out. 2015.

_____. **Políticas Sociais e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

GUERRA, Yolanda. **A Instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1995.

GUERRA, Y. A. D. **Instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 62, p.5-34, 2000a.

_____. **A Instrumentalidade no Trabalho do Assistente Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais, CFESS/ABEPSS- UNB, em 2000b.

GUERRA, Y. A. D. **A formação profissional frente aos desafios da intervenção e das atuais configurações do ensino público, privado e a distância**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 104, p. 715-736, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2016.

_____. **Expressões do pragmatismo no Serviço Social: reflexões preliminares**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 39-49, 2013.

_____. **A instrumentalidade do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2014.

_____. **Transformações societárias e serviço social: repercussões na cultura profissional**. In: MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Angela (Org.). Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, peijas e desafios. 1. ed. Recife: Editora UFPE, 2014.

_____. **A dimensão investigativa no exercício profissional**. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília, CFESS/ABEPPS, 2009.

_____. **O projeto profissional crítico: estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 91, p. 5-33, 2007.

_____. **Antologia do ser social: bases para a formação profissional**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 54, p.9-25, 1997.

_____. **Instrumentalidade do Processo de Trabalho e Serviço Social**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 62, p.5-34, 2000a.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 1970.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza, CRESS–CE, Debate n. 6, 1997.

_____. **Estado, classes trabalhadoras e política social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2001.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LARA, Ricardo. **Pesquisa e Serviço social: da concepção burguesa de ciências sociais à perspectiva ontológica.** Florianópolis, Rev. Katál., v. 10, n. esp., p. 73-82, 2007.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução à Filosofia de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2008.

LEOPOLDO E SILVA, Franklin. **Conhecimento e Razão instrumental.** Psicol. USP, vol. 8, n. 1, São Paulo, 1997.

LEVEBvre, Henri. **Lógica formal/lógica dialética.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

LIMA, Kátia Regina de Souza; PEREIRA, Larissa Dahmer. **Contra-reforma na educação superior brasileira: impactos na formação profissional em Serviço Social.** Sociedade em Debate, Pelotas, 15(1): 31-50, jan.-jun./2009.

LUZ, Madel T. **Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX.** Physis, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2016.

_____. **Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática.** Saúde soc., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2016.

MACHADO, Ednéia Maria. **Questão Social: Objeto do Serviço Social?** In: Serviço Social em Revista: Editora da Universidade Estadual de Londrina: Londrina, 1999.

MARCH, Claudia. **A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação à lógica do capital.** Universidade e Sociedade [online], ano XXI, n. 49, jan. 2012, Brasília, DF.

_____. **A Contrarreforma do Estado Brasileiro e os seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos.** Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva, v.5, n.1, Brasília, 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2011.

MARCOSIN, Cleier. **Documentação em Serviço Social: Debatendo a Concepção Burocrática e Rotineira.** In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Org.). Serviço Social: temas, textos e contextos. 4, ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo. Veras, 1999.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

_____. **Glosas Críticas Marginais ao Artigo “O rei da Prússia e a Reforma Social” de um prussiano.** São Paulo: Expressão Popular, 2010.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto do Partido Comunista.** São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. rev. e aprim. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Pub., Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul.-set., 1993.

MIOTO, Regina Celia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional.** Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 61-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2015.

MONDAINI, Marco (2000). **O socialismo liberal de Norberto Bobbio.** Disponível em: <<http://www.acesa.com/gramsci/?page=visualizar&id=294>>. Acesso em: 2 fev. 2015.

_____. **Democracia e Direitos humanos sob fogo cruzado.** Recife: Editora UFPE, 2013.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana do. **Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social.** In: A nova fábrica de

consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MOTA, Ana Elizabete. **Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 120, p. 694-705, dez. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000400006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2016.

NE10. **Sob nova gestão, Hospital das Clínicas sofre para sanar problema antigo.** Disponível em: <<http://m.noticias.ne10.uol.com.br/grande-recife/noticia/2015/06/04/sob-nova-gestao-hospital-das-clinicas-sofre-para-sanar-problema-antigo-550255.php>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao Estudo do Método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. **O movimento de reconceituação 40 anos depois.** Revista Serviço Social e Sociedade, n. 84. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. Razão, Ontologia e Práxis. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 44, p. 26-42, 1994.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS.** Revista Serviço Social e Sociedade, v.87, p. 147-177, 2006.

OLIVEIRA DUARTE, Marco José de. **Processo de Trabalho em Saúde e Serviço Social: notas sobre o trabalho profissional no campo da saúde.** In: OLIVEIRA DUARTE, Marco José de; ALMEIDA, Carla Cristina Lima de; MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (Org.). Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

PEREIRA, Isabel Brasil. **A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade.** In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania.** São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA DE PAULA, Luciana Gonçalves. **A dimensão investigativa do exercício profissional do assistente social na saúde.** In: SILVA, Letícia Batista. RAMOS, Adriana. Serviço Social, Saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas: Papel Social, 2013.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2010.

_____. A propósito da categoria mediação. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 31, p. 5-25, 1989.

POPE, Catherine; ZIEBLAND, Sue; MAYS, Nicholas. **Analisando dados qualitativos**. In: POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POUPART, Jean et. al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

PERNAMBUCO (2015). **Hc em números**. Disponível em: <https://www.ufpe.br/hc/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=147>. Acesso em: 10 out. 2015.

PERNAMBUCO, Universidade Federal de. **Manual de Normas, Procedimentos e Rotinas do Serviço Social**. Recife: Hospital das Clínicas, 2003.

PERNAMBUCO. **Sob nova gestão, Hospital das Clínicas sofre para sanar problema antigo**. Disponível em: <<http://m.noticias.ne10.uol.com.br/grande-recife/noticia/2015/06/04/sob-nova-gestao-hospital-das-clinicas-sofre-para-sanar-problema-antigo-550255.php>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações dos seus direitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

_____. **O Trabalho do Assistente Social na Esfera Estatal**. In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.

REZENDE, Conceição. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal**. In: BRAVO, Maria Inês Souza Bravo et al. (Org.). Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro. UERJ/Faculdade de Serviço Social, 2007.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie et al. **Pesquisa Documental: Pistas Teóricas e Metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, 2009.

SANTOS, Cláudia Mônica dos; NORONHA, Karine. **O Estado da Arte sobre os Instrumentos e Técnicas na Intervenção Profissional do Assistente Social**. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (Org.). Serviço Social: temas, textos e contextos. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. A prática profissional no âmbito da formação profissional: um enfoque nos instrumentos e técnicas. **Anais do 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**, 2009.

_____. A prática profissional no âmbito da formação profissional: um enfoque nos instrumentos e técnicas. Cascavel (PR): **Anais do 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**, 2005.

SANTOS, Milena da Silva. **Fundamentos Ontológicos e Função Social do Estado no capitalismo**. Maceió: Edufal, 2013.

SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. **Instrumentos e Técnicas em serviço social**: elementos para uma rediscussão. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado, 1994.

SASSO DE LIMA, Telma Cristiane; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. Katálysis, vol.10, n.esp., Florianópolis, 2007.

SELL, Carlos Eduardo. **Racionalidade e racionalização em Max Weber**. São Paulo, Rev. bras. Ci. Soc., vol.27, n.79, 2012.

SILVA, Fernando Siqueira da Silva. SANT'ANA, Raquel Santos; LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza (Org). **Sociabilidade Burguesa e Serviço Social**. 1. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SILVA, Nelson A. de Souza e (2012.). **Considerações sobre a empresa brasileira de serviços hospitalares "EBSERH", a velha reforma administrativa**. Disponível em: <http://www.ices.ufrj.br/images/consideraes%20sobre%20a%20empresa%20brasileira%20de%20servicos%20hospitalares_documento3.pdf>. Acesso em: 2 out. 2015.

SIQUEIRA DA SILVA, José Fernando. **Serviço Social: razão ontológica ou instrumental?** Rev. Katál., Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 72-81, jan./jun. 2013.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma da política de saúde e prática profissional do serviço social nos anos 2000**. In: MOTA, Ana Elizabete. AMARAL, Ângela (Org.). **Serviço Social Brasileiro nos anos 2000: cenários, pelepas e desafios**. 1. ed. Recife: Editora UFPE, 2014.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. Tese de doutoramento. Recife: UFPE, 2010.

_____. **As particularidades da contrarreforma na política de saúde brasileira**. GUAYAQUIL: Anais do XIX Seminário Latino-Americano de Escuelas de Trabajo Social, 2009.

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 453-475, set. 2010 Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2015.

SODRÉ, Francis et al. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 114, p. 365-380, jun. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2015.

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de Pesquisa Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

SPOSATI, Aldaíza. **Pesquisa e produção de conhecimento no campo do Serviço Social**. Florianópolis, Rev. Katál. v. 10, n. esp., p. 15-25, 2007.

SOUZA, Jamerson Murillo **Anúnciação de. Três notas sobre o sincretismo no Serviço Social**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 119, p. 531-559, set. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282014000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 dez. 2015.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SILVA, Mauricelia Cordeiro da; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. **(Re) visitando Gramsci: considerações sobre o Estado e o poder**. Rev. Katálysis [online], vol.16, n.1, p. 82-90, 2013.

VELOSO, Renato dos Santos. **Condições de Trabalho e dimensão técnico-operativa do serviço social**. In: OLIVEIRA DUARTE, Marco José de; ALMEIDA, Carla Cristina Lima de; MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (Org.). Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

VERGARA, Eva Maria Bitencourt. **O significado da categoria mediação no serviço social**. Cascavel: Anais do Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2003.

VIOLIN, Tarso Cabral. **A Sociedade Civil e o Estado Ampliado, por Antônio Gramsci**. Revista Eletrônica do CEJUR, v. 1, n. 1, ago./dez. 2006.

APÊNDICE 1**ROTEIRO DA ENTREVISTA****Dados Gerais**

Entrevistado (a) (codinome): _____

Idade: _____

Formação acadêmica (ano, local e instituição): _____

Tempo do exercício profissional na instituição (ano/meses): _____

Vínculo empregatício (contrato): _____

Carga horária semanal: _____

Setor em que atua na instituição: _____

Ano de ingresso no setor: _____

Número total de assistentes sociais no setor: _____

O quantitativo é suficiente para o atendimento das demandas? Sim [] Não []
explique: _____

Formação complementar:

 Outra graduação: _____ Especialização: _____ Mestrado: _____ Doutorado: _____ Nenhuma opção.

Possui outro vínculo de trabalho? Se sim, qual a área de atuação? _____

Tempo do exercício profissional na instituição (ano/meses): _____

Vínculo empregatício (contrato): _____

Carga horária semanal: _____

Eixo 1 - Formação Profissional

- 1) Fale sobre a trajetória da sua formação acadêmica?
- 2) Quais as principais dificuldades enfrentadas no processo de formação acadêmica (compreensão das temáticas discutidas em sala de aula ou dificuldades pessoais)?
- 3) No período de formação acadêmica, participou de atividades e eventos científicos promovidos pela categoria profissional? Se sim, quais?
- 4) Ocorreu algum tipo de dificuldade relacionada aos conteúdos temáticos em sala de aula? Se sim, quais?
- 5) Quais as principais categorias teóricas apreendidas na formação acadêmica?
- 6) No período de formação profissional, que debates foram travados acerca do conceito de instrumentalidade?

Eixo 2 - Atuação Profissional

- 1) Quais as demandas dos usuários? Como elas se apresentam ao serviço social?
- 2) Quais as demandas institucionais? Como se dá a sua materialidade no exercício profissional?
- 3) Quais estratégias e/ou encaminhamentos são utilizados para as respostas às demandas e para a garantia de direitos aos usuários?
- 4) Quais as condições de trabalho dentro da instituição?
- 5) No organograma e nas relações internas, qual o local que o serviço social ocupa na dinâmica de trabalho?
- 6) No exercício profissional, quais os instrumentais técnico-operativos utilizados para análise e respostas às demandas?
- 7) Como se dá o planejamento das atividades do serviço social?
- 8) No exercício profissional, como se dá a defesa do Projeto Ético-Político da profissão?

Eixo - 3 Articulação entre as categorias teóricas mediação e instrumentalidade

- 1) Qual a sua compreensão teórica sobre a instrumentalidade no trabalho do assistente social?
- 2) Qual a relação entre a categoria mediação e a instrumentalidade?