

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**  
**DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

**RAQUEL CAVALCANTE SOARES**

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE:**  
**impactos e demandas ao Serviço Social**

Recife  
Abril de 2010

**RAQUEL CAVALCANTE SOARES**

**A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE:  
impactos e demandas ao Serviço Social**

Tese de Doutorado apresentada à banca de avaliação como requisito parcial para obtenção de Título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE orientada pela Prof. Dra. Ana Elizabete Mota.

Recife

Abril de 2010

Soares, Raquel Cavalcante

A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social / Raquel Cavalcante Soares. - Recife : A Autora, 2010.

209 folhas: tab., graf. e quadro.

Orientadora: Profª Drª Ana Elizabete Mota.

Tese (Doutorado) Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Contrarreforma do Estado. 2. Política de saúde. 3. Serviço Social. I. Mota, Ana Elizabete (Orientadora). II. Título.

361 CDD (22.ed.)

UFPE/CSA 2011 - 127

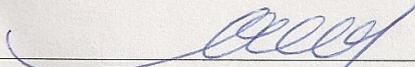


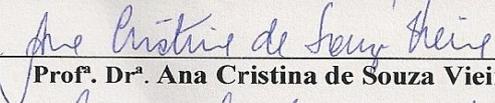
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE DOUTORADO

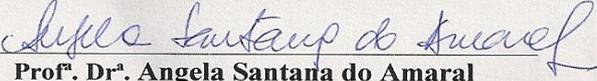
Ata da Defesa de Tese do Curso de Doutorado em Serviço Social, realizada no Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco.

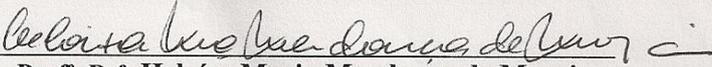
Às nove horas do dia trinta de abril do ano de dois mil e dez, na Sala C-12 do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a Defesa de Tese intitulada: “A CONTRA-REFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE: IMPACTOS E DEMANDAS AO SERVIÇO SOCIAL” de autoria da Doutoranda RAQUEL CAVALCANTE SOARES, a qual já havia preenchido todas as demais condições exigidas para obtenção do Grau de **Doutor** em Serviço Social. A Banca Examinadora aprovada pelo Colegiado do Curso e homologada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, processo número 23076.020590/2010-99, foi constituída pelos seguintes Professores: **Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota, Doutora em Serviço Social**, Orientadora e Examinadora Interna; **Ana Cristina de Souza Vieira, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Interna; **Angela Santana do Amaral, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Interna; **Heloísa Maria Mendonça de Moraes, Doutora em Saúde Coletiva**, Examinadora Externa; **Maria Inês Souza Bravo, Doutora em Serviço Social**, Examinadora Externa; **Anita Aline Albuquerque Costa, Doutora em Serviço Social**, Suplente Interna; **Mônica Rodrigues Costa, Doutora em Serviço Social**, Suplente Externa. Na qualidade de Orientadora, a professora **Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota** presidiu os trabalhos e após as devidas apresentações, convidou a candidata a discorrer sobre o conteúdo da Tese. Concluída a apresentação, a candidata foi arguido pela Banca Examinadora, que após as devidas considerações finalizou os trabalhos e decidiu *aprovar* a Tese com as seguintes menções: **Dr<sup>a</sup>. Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota: *aprovada***; **Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira: *aprovada***; **Dr<sup>a</sup>. Angela Santana do Amaral: *aprovada***; **Dr<sup>a</sup>. Heloísa Maria Mendonça de Moraes: *aprovada***; **Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Souza Bravo: *aprovada***. E para finalizar, lavrei a presente ata que será assinada por mim e por quem de direito. Recife, 30 de abril de 2010.

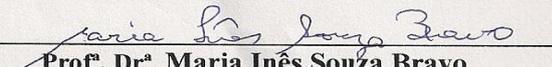
BANCA:

  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Ana Elizabete Fiuza Simões da Mota

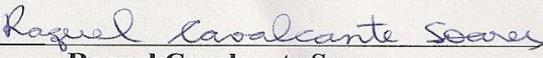
  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina de Souza Vieira

  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Angela Santana do Amaral

  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Heloísa Maria Mendonça de Moraes

  
Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Souza Bravo

DOUTOR :

  
Raquel Cavalcante Soares

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho  
aos assistentes sociais trabalhadores da saúde.*

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um longo processo de dedicação pessoal e profissional que contou com o apoio decisivo de inúmeras pessoas especiais que fazem parte da minha trajetória de vida. Agradeço profundamente a todas elas por me ensinar, como um dia cantou Gonzaguinha, que “a gente é tanta gente onde quer que a gente vá”.

À minha família, sobretudo aos meus pais – Carminha e Fred – meus irmãos e minhas sobrinhas, que além do grande incentivo, abdicaram da minha convivência familiar.

Ao meu companheiro David que, sem dúvida, tem sido um grande presente na minha vida, por todo apoio afetivo e pelo trabalho dedicado a este projeto, como assistente de tese na diagramação e revisão ortográfica.

À minha grande orientadora, Ana Elizabete Mota, que se revelou uma educadora no seu sentido maior, dividindo e compartilhando indagações, suscitando reflexões, estimulando com o seu rigor teórico-metodológico, me apoiando e incentivando como uma amiga e companheira de jornada. A ela devo muita da maturidade acadêmica conquistada nesse processo e com ela divido os acertos deste trabalho.

À Professora Maria Inês Bravo, responsável pela minha co-orientação durante o sanduíche de doutorado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a quem devo a oportunidade de viver a rica experiência de compartilhar das atividades de seu núcleo de pesquisa, suas indagações e análises sobre a política de saúde e o SUS, sua militância e compromisso como docente. Os agradecimentos são extensivos a todos que compõem o Projeto Pela Saúde.

Aos (às) assistentes sociais que se disponibilizaram a participar da pesquisa, se envolveram no processo me incentivando e se informando sobre seu andamento; sem eles (as) este trabalho não teria sido concluído.

Aos alunos que participaram diretamente na pesquisa, realizando voluntariamente as entrevistas com o único interesse de enriquecer seu processo de formação profissional.

Às grandes amigas Ângela, Graça e Mônica por todo o incentivo, ajuda, apoio, trabalho e encorajamento.

À toda equipe de Serviço Social do HUOC/UPE pela grande colaboração durante o processo de entrevistas e cedendo as fotos para a composição da capa do trabalho.

Aos amigos do CECAM, especialmente Otávio, Bete, Suely, Paulo e Neide, que se fizeram para mim grandes irmãos que terapeutizaram a minha jornada até a finalização dela.

Aos (às) colegas e amigos (as) do Departamento de Serviço Social da UFPE.

Aos amigos Jaciana, Líliam, Lenira e Josemir, pelo grande companheirismo durante essa trajetória.

A todos os docentes da pós-graduação em Serviço Social, especialmente às suas coordenadoras nesse período de quatro anos, Profa. Ana Vieira, Profa. Ângela Amaral e Profa. Alexandra Mustafá.

Às minha tias Gracinha e Nerine, e às minhas primas Luciana e Danielli pelo grande apoio recebido.

Às queridas alunas Tilândsia e Jéssica, pela dedicação, incentivo e trabalho nesta pesquisa.

À minha turma de doutorado, pelo compartilhamento do processo de aprendizagem, especialmente aos amigos Mara e Marcelo.

Ao 'quarteto fantástico' – Maristela, Sálvea e Tatiana (eu sou a quarta) – por dividir alegrias, muitas gargalhadas, e as árduas tarefas da vida.

A todos os meus alunos, pelo grande estímulo nessa trajetória.

A todos aqueles que a memória não me permite recordar os nomes, mas que o coração guarda a gratidão.

E, por fim, o maior de todos os agradecimentos dedico a Deus e a todos aqueles que em nome Dele e por Ele me incentivaram desde sempre.

*“Feliz aquele que transfere o que sabe  
e aprende o que ensina”.*

*Cora Coralina*

## RESUMO

A presente tese de doutorado objetiva analisar os impactos e mecanismos estratégicos da racionalidade hegemônica do SUS sobre as práticas sociais do assistente social que se expressam sob a forma de demandas/requisições objetos da intervenção profissional na saúde pública. Para empreender essa análise, nos fundamentamos teórico e metodologicamente na razão dialética da teoria social crítica e estruturamos o processo de pesquisa no levantamento bibliográfico, na análise de documentos representativos da política de saúde hoje e em entrevistas estruturadas junto a 192 assistentes sociais que atuam na saúde pública. A racionalidade instrumental burguesa reatualiza-se no processo de contrarreforma do Estado a partir dos princípios do ideário neoliberal, particularizando-se na política de saúde. Os resultados da pesquisa indicaram os diversos fundamentos e mecanismos da racionalidade hegemônica na política de saúde, que se estrutura em três eixos: 1) Saúde e Desenvolvimento; 2) Redefinição do Público Estatal; 3) “Novos” Modelos de Gestão. Entre seus fundamentos e mecanismos destacamos: a pactuação, o consenso, a repolitização, a racionalidade, a empresarial profissionalização da gestão pública e a emergencialização da vida. As principais tendências engendradas por essa racionalidade na política de saúde são: a tecnificação da política; a não universalização e conseqüente enfoque na assistência precária e fragmentada da política; a ampliação restrita; a privatização e mercantilização da saúde pública, entre outras. Os impactos desses fundamentos e mecanismos da política para o Serviço Social o situam preponderantemente no lugar da assistência, principalmente na atenção de média e alta complexidade, espaço que constitui o “gargalo” de conflitos do SUS e onde os assistentes sociais devem, segundo essa lógica, conformar e passivizar, tornando possível a reprodução da política de forma a garantir os interesses do capital nessa lucrativa área dos serviços sociais. Além das tradicionais práticas relacionadas à natureza assistencial/emergencial – que conferem ao cotidiano do assistente social um conteúdo de emergencialização, com tendência a práticas pragmáticas, manipulatórias, burocráticas e irracionais – o profissional também é requisitado a contribuir com o processo de convencimento e adesão às mudanças implementadas pela contrarreforma e assessoramento da gestão. Porém, o SUS, enquanto campo de tensões de projetos em disputa, também possibilita práticas sociais estratégicas, vinculadas ao projeto profissional crítico e ao projeto de reforma sanitária, na luta pela defesa dos interesses dos trabalhadores na saúde.

Palavras-Chaves: Contrarreforma do Estado; Política de Saúde; Serviço Social

## ABSTRACT

This doctoral thesis aims to analyze the impacts and strategic means of hegemonic rationality of SUS on the social practices of social workers, that are expressed in form of demands / requests objects of professional intervention in public health. To undertake this analysis, we have considered the theoretical and methodological grounds dialectic of critical social theory, and structure the research process in the literature, analysis of documents representing health policy today and in the structured interviews of 192 social workers in health public. Instrumental rationality bourgeois renews itself in the process of counter-reform of the state based on the principles of neoliberal, distinguishing themselves in health policy. The survey results indicated the various foundations and mechanisms of hegemonic rationality in health policy, which is structured in three areas: Health and Development, 2) Redefining the State Public, 3) "New" Management Models. Among these reasons and mechanisms, we highlight: the pact, the consensus, repoliticisation the rationality professionalization of business management and public emergencial life. The main tendencies engendered by this rationality in health policy are: expanding technology policy, and consequent non-universal approach in assisting poor and fragmented policy; restricted the expansion, privatization and marketization of public health, among others. The impacts of these fundamentals and mechanisms of policy for Social Services are located predominantly in the place of care, especially in the care of medium and high complexity, space that constitutes the bottleneck of conflicts of SUS and where social workers are, according this rationale, and conform passivating, making possible the reproduction of the policy to ensure the interests of capital in this lucrative area of social services. Apart from traditional practices related to the nature of care / emergency - which gives the daily contents of a social worker emergencialização, tending to practice pragmatic, manipulative, bureaucratic and irrational - the professional is also required to contribute to the process of conviction and adherence to changes implemented by the counter-reform and advising the management. However, SUS, while the stress field of competing projects, it also enables social practices strategies, linked to the professional design and critical to the project of health reform, the struggle to protect the interests of workers in health.

Keywords: State counter-reform; Health policy; Social Work

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tempo de Serviço dos Assistentes Sociais na Unidade de Saúde	116
Tabela 2: Regime de Trabalho dos Assistentes Sociais nas Unidades de Saúde	120
Tabela 3: Forma de Admissão dos Assistentes Sociais nas Unidades de Saúde	121
Tabela 4: Nível de atenção em Saúde	124
Tabela 5: Plantão em Serviço Social por Unidade de Saúde	133
Tabela 6: Ações e Atividades Realizadas	153
Tabela 7: Mudanças na Gestão	164

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Produção ambulatorial do SUS em milhões	101
Gráfico 02: Evolução da cobertura das imunizações - SUS – Brasil	102
Gráfico 03: Evolução do quantitativo de assistentes sociais	115
Gráfico 04: Déficit de assistentes sociais	119
Gráfico 05: Nível federativo de gestão da unidade de saúde	122
Gráfico 06: Tipo de unidade de saúde	124
Gráfico 07: Natureza predominante das demandas ao assistente social	138
Gráfico 08: Demandas mais incidentes de primeira ordem	139
Gráfico 9: Demandas mais incidentes de segunda ordem	139
Gráfico 10: Demandas mais incidentes de terceira ordem	140
Gráfico 11: Demandas mais incidentes de quarta ordem	141
Gráfico 12: Evolução de demandas e atendimentos do Serviço Social	154
Gráfico 13: Frequência de atendimento pelo assistente social de demandas não contempladas pelo SUS	155
Gráfico 14: Percepção das mudanças de gestão pelo assistente social	163

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Refuncionalização de princípios e diretrizes do SUS	57
QUADRO 2: Demandas assistenciais/emergenciais	141
QUADRO 3: Demandas socioeducativas	144
QUADRO 4: Demandas de orientação	146
QUADRO 5: Demandas relacionadas à investigação/sistematização/ formação	147
QUADRO 6: Demandas de planejamento/ assessoria/ gestão	148
QUADRO 7: Demandas referentes à mobilização, participação e controle social	151
QUADRO 8: Demandas não-específicas	152

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1 - A RACIONALIDADE INSTRUMENTAL E A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>23</b>
1.1 – A racionalidade instrumental na trajetória histórica da política de saúde.....	23
1.2 – A contrarreforma na saúde e o SUS na atualidade.....	40
<b>CAPÍTULO 2 - A RACIONALIDADE HEGEMÔNICA NO SUS HOJE.....</b>	<b>66</b>
2.1 - As diretrizes que orientam o SUS na atualidade .....	66
2.1.1 - Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão .....	67
2.1.2 - Fundação Estatal: análise do Projeto de Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal.....	75
2.1.3 - Plano Mais Saúde: direitos de todos 2008-2011.....	78
2.2 – Os eixos e mecanismos da racionalidade da contrarreforma.....	83
2.3 - A materialização da contrarreforma no SUS: contradições e conflitos.....	97
<b>CAPÍTULO 3 – O CAMPO DE TENSÕES DAS DEMANDAS E PRÁTICAS SOCIAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO SUS.....</b>	<b>114</b>
3.1 – Contradições na materialização do SUS: demandas que reiteram a racionalidade hegemônica do sistema.....	114
3.1.1 - O lugar do Serviço Social e a racionalidade hegemônica no SUS.....	115
3.1.2 – As “inovações” no SUS e suas demandas ao Serviço Social.....	160
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>183</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>204</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho consubstancia uma tese de doutorado cuja temática trata da prática profissional do Serviço Social na política de saúde e de seus determinantes, mediados por injunções e relações que se expressam numa racionalidade.

A origem do interesse por esta temática está na nossa experiência como assistente social de um hospital público universitário, no Recife, por mais de oito anos, dois dos quais, gerindo a Divisão de Serviço Social. No cotidiano da unidade de saúde, observávamos o quanto a política de saúde e, em particular, o Sistema Único de Saúde, se materializa de forma contraditória e conflituosa, defrontando-nos diariamente com a afirmação e a negação do direito à saúde. Surgiram, então, diversas inquietações sobre a prática profissional do Serviço Social no enfrentamento dos tensionamentos e conflitos desse espaço sociocupacional. Identificávamos claramente uma predominância das demandas profissionais de natureza assistencial / emergencial e, por outro lado, também era possível visualizar novas demandas profissionais relacionadas às inovações na organização e gestão do sistema, como as ouvidoria, articulação das organizações não governamentais que atuavam no interior do hospital, a contratualização, entre outros. Porém, a força que as demandas assistenciais pareciam ter dentro do sistema conferiam à intervenção profissional uma constante situação de urgência, que perpassava, por sua vez, todas as outras atividades e ações do Serviço Social.

Na nossa sistemática relação com o movimento da categoria profissional - conjunto CFESS/ CRESS<sup>1</sup> e ABEPSS<sup>2</sup> - também identificamos os depoimentos de profissionais de Serviço Social que referem o grande tensionamento no campo da saúde pública brasileira e da atuação do assistente social<sup>3</sup>.

A política de saúde, integrante do sistema de seguridade social, vem sofrendo as inflexões do processo de contrarreforma do Estado desde os anos 1990. Porém, esse processo tem algumas particularidades na saúde, tendo em vista que não se explicitou de

---

<sup>1</sup> Conselho Federal de Serviço Social/ Conselhos Regionais de Serviço Social.

<sup>2</sup> Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

<sup>3</sup> A elaboração e discussão do documento do CFESS sobre os Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na Saúde são expressões desse processo: resultado da requisição e reivindicação dos profissionais de Serviço Social que atuam na saúde ao conselho federal, pressionando-o pela criação de instrumentos normativos estratégicos que subsidiem o enfrentamento dos tensionamentos nesse campo.

forma expressiva, inicialmente, como projeto de governo. As grandes mudanças e alterações na política e no Sistema Único de Saúde ocorreram por dentro do sistema e foram apresentadas como aperfeiçoamento ou aprofundamento de sua estruturação, de acordo com os fundamentos da reforma sanitária. Além disso, diversas experiências localizadas de gestão foram realizadas com modelos alternativos à gestão pública e seus instrumentos tradicionais para, posteriormente, serem socializadas na forma de relatórios.

Outras importantes estratégias compõem esse processo:

- refuncionalização dos princípios do SUS, conferindo-lhe um sentido coerente com as necessidades da contrarreforma;
- transformismo das lideranças que defendiam a reforma sanitária e que hoje defendem o *SUS possível*;
- inviabilização do SUS conforme proposto na Constituição de 1988, implementado-se um sistema de saúde que se contradiz com a proposta original.

A contrarreforma dos Estados constitui-se numa resposta mundial do capitalismo que integra o conjunto de mecanismos de enfrentamento à crise estrutural iniciada nos anos 1970. Desde os anos 1990, difundida pelas agências multilaterais, dentre elas o Banco Mundial, a contrarreforma neoliberal atinge o Estado brasileiro, intensificando as suas mais perversas características. Um Estado historicamente ausente e mínimo em relação à proteção social dos trabalhadores, além de profundamente autoritário, precisava minimizar-se, de acordo com os preceitos produzidos e reproduzidos pelos aparelhos privados de hegemonia nacional e internacional do capital.

Entre os principais interesses do grande capital na minimização do Estado está o que Mandel (1985) denominou de supercapitalização, isto é, o uso e incorporação dos serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo para essa área toda a lógica e racionalidade privada, anteriormente ocupada pelas políticas públicas. E a saúde se tornou um dos campos preferenciais desse processo, constituindo-se uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado – desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácia, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações, etc.

No Brasil, a política de saúde sempre teve uma racionalidade fragmentada, em geral, curativa, hospitalocêntrica e medicocêntrica, centrada no indivíduo, onde a lógica dos interesses privados, principalmente a partir do regime autocrático pós-1964, estava presente. No entanto, com a crise do regime ditatorial e a mobilização dos trabalhadores da saúde, junto com as demais organizações do movimento popular e sindical, em torno de um projeto de reforma sanitária, foi possível incorporar na Constituição de 1988 esse novo projeto de saúde pública, universal e democrática, que é o SUS. Esse sistema, pautado numa racionalidade político-emancipatória, foi concebido como proposta de ruptura com a racionalidade instrumental e burocrática anterior na política de saúde. E para isso, além das ações de assistência à saúde, está centrado nas ações de prevenção e promoção à saúde, possibilitando a participação social por meio do controle social, as ações de educação em saúde, entre outros.

Todavia, a contrarreforma interrompeu o início da implementação do SUS conforme seu marco legal original. Desde o governo Collor, de forma mais intensiva no governo Fernando Henrique Cardoso e, atualmente, qualitativamente superior no governo Lula, a contrarreforma vem sendo estruturada. Nessa última gestão, mais precisamente, há características que a diferenciam: alto índice de aprovação do governo – o que lhe confere grande margem de ação e legitimidade social; intenso movimento de transformismo das lideranças dos trabalhadores que passam a defender projetos coerentes com o neoliberalismo e com os interesses econômicos do grande capital nacional e internacional; continuidade da política econômica conservadora; centralidade da política de assistência – principalmente de transferência de renda – e políticas sociais com enfoque assistencial precarizado e fragmentado.

Na política de saúde, se nos anos 1980 e 1990 o embate de projetos se dava entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista<sup>4</sup>, no governo Lula, se corporifica um “novo” projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista: o projeto *SUS possível*, defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS. Impulsionado pela grande legitimidade popular e

---

<sup>4</sup> Conforme pertinente estudo de Inês Bravo (1996).

contando com a colaboração dos defensores do projeto *SUS possível*, a gestão Lula lança o projeto de Lei 92/2007 que regulamenta as Fundações Estatais de Direito Privado para a gestão de diversas instituições públicas, dentre elas as de saúde.

A racionalidade hegemônica no SUS expressa, de forma diferenciada, os princípios desses projetos – *privatista* e *SUS possível* - e tem fundamentos que reatualizam velhos conteúdos da racionalidade instrumental do Estado burguês. Os problemas e contradições do SUS são atribuídos às questões de âmbito administrativo/gerencial e de gestão, daí surgindo todo o discurso justificador das Parcerias Público-Privadas para gerir a saúde, criando as possibilidades concretas do usufruto direto do fundo público pela lógica privada.

Todas essas atuais configurações têm impactos nas práticas sociais na saúde pública, incluindo as do assistente social, seja porque inserem novos elementos e instrumentos de gestão no espaço das unidades de saúde, seja porque reiteram velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente assistencial, curativo e individualista.

De acordo com Netto, os assistentes sociais são requisitados para atuar primordialmente em funções executivas no âmbito das políticas sociais setoriais “numa operação em que combinam dimensões prático-empíricas e simbólicas, determinadas por uma perspectiva macroscópica que ultrapassa e subordina a intencionalidade das agências a que se vinculam os atores”. (2005: p. 80-81)

É neste sentido que a presente tese objetiva desvelar a racionalidade e os mecanismos postos nas tendências macroscópicas que terminam subordinando as instituições executoras da política de saúde, integrantes do SUS, demandando e pondo limites ao exercício profissional dos assistentes sociais.

Sendo assim, este trabalho coloca-se no interior do que Iamamoto denominou de “empreendimento coletivo” que traz

[...] para o centro do debate, o exercício e/ou trabalho cotidiano do assistente social, como uma questão central da agenda da pesquisa e da produção acadêmica dessa área. O esforço é atribuir transparência aos processos e formas pelos quais o trabalho do assistente social é impregnado pela sociabilidade da sociedade do capital, elucidando sua funcionalidade e, simultaneamente, o potencial que dispõe para impulsionar a luta por direitos e a democracia em todos os poros da vida social [...] (2009: p. 349)

A relação que o assistente social estabelece com o seu objeto de intervenção depende “do prévio recorte das políticas definidas pelos organismos empregadores, que estabelecem demandas e prioridades a serem atendidas.” Sendo assim, há “uma ingerência direta, de parte dos empregadores, na definição do trabalho profissional, na contramão de sua integral autonomia.” (Iamamoto, 2007: p. 421)

A prática profissional na saúde pública realiza-se em meio às diversas contradições e conflitos do sistema que dialeticamente afirma e nega os princípios e direitos constitucionais em sua execução. Partimos do pressuposto, conforme Dalva Costa (2006), de que são as contradições do SUS que emergem demandas que determinam a atuação do assistente social. Daí que, para compreender estes determinantes, em especial os referentes à contrarreforma na saúde, faz-se necessário empreender um movimento de busca da origem das contradições da política, da sua racionalidade hegemônica e de suas mediações com a estrutura social brasileira.

A ação do assistente social na saúde é mediada por:

- demandas institucionais postas pelo processo de contrarreforma na saúde;
- demandas dos usuários dos serviços, que se referem diretamente ou indiretamente à garantia do acesso aos serviços de saúde, bem como a outros serviços e políticas sociais que interferem no processo saúde-doença;
- uma relativa autonomia do profissional, cuja intervenção deve estar fundada nos princípios ético-político-profissionais.

O assistente social, segundo Iamamoto, constituiu-se originalmente como o “profissional da assistência”, legitimado para a operacionalização de recursos e serviços sociais, administrados racionalmente. (1986: p.173-174) Na área de saúde, no modelo da medicina previdenciária, curativa e hospitalocêntrica, anterior à reforma sanitária, o Serviço Social reproduzia e legitimava a subordinação às necessidades da política de dominação e controle das classes trabalhadoras e suas atribuições eram predominantemente de âmbito assistencial. (Bravo, 2007: p. 104)

Com o advento do SUS e de sua racionalidade sobre a organização dos serviços de saúde e práticas institucionais, criam-se novas possibilidades de atuação profissional, particularmente em relação ao Serviço Social que tinha realizado seu movimento de

intenção de ruptura com o conservadorismo, já em fase de consolidação, no final da década de 80. Nesse sentido, abriam-se perspectivas de atuação profissional em educação em saúde, mobilização social e gestão e assessoria, além das tradicionais ações emergenciais / assistenciais.

Todavia, temos identificado que há uma predominância de demandas de natureza assistencial/emergencial em detrimento das demais naturezas de demandas.

No entanto, segundo a racionalidade do SUS constitucional, a educação em saúde e a politização para fins de controle social e participação seriam espaços estratégicos de intervenção para o Serviço Social na saúde. Porém, a realidade se constrói de forma objetiva e histórica e não a partir de um modelo ideal.

Dessa forma, para compreender essa questão empreendemos um processo de pesquisa cujo objetivo foi analisar os impactos e mecanismos estratégicos da racionalidade hegemônica do SUS sobre as práticas sociais do assistente social que se expressam sob a forma de demandas/requisições, objetos da intervenção profissional na saúde pública.

Essa temática configura-se como relevante e de grande interesse no âmbito da pesquisa em Serviço Social por duas razões fundamentais:

- a política de saúde pública constitui-se num dos maiores espaços socio-ocupacionais<sup>5</sup> do Serviço Social brasileiro. Sendo assim, a análise e compreensão da inserção do assistente social nesse espaço tornam-se imprescindíveis para um exercício profissional crítico e qualificado, situando-o no campo das forças em disputa e desvelando sua função no processo de reprodução das relações sociais

- mesmo com os limites da política social na sociedade burguesa, a política de saúde possui um potencial político estratégico para os interesses da classe trabalhadora. O desvelamento de suas contradições e conflitos de projetos é condição necessária para a luta em defesa dos seus princípios públicos, universais e democráticos, e representa, neste momento de recrudescimento dos espaços democráticos burgueses e da exacerbação das contradições do capital, a possibilidade dialética de organização dos trabalhadores em torno de um projeto societário alternativo.

---

<sup>5</sup> Certamente ainda é o maior deles, mesmo com todo o crescimento da política de assistência social.

A fundamentação teórico-metodológica desta pesquisa encontra suas bases na razão dialética da teoria social crítica. Para Marx, a grande função da ciência não era *“apenas a descoberta da essência de relações obscurecidas por suas aparências superficiais, mas também a explicação dessas aparências – em outras palavras, a descoberta dos elos intermediários, ou mediações, que permitem que a essência e aparência se reintegrem novamente numa unidade.”* (Mandel, 1985: p.8)

Nessa perspectiva de desvelamento das mediações entre aparência e essência, empreendemos um processo de pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa em que realizamos:

- a reconstrução teórico-metodológica do objeto de estudo, que incluiu levantamento e análise de bibliografias que tratam da temática central de pesquisa, para o aprofundamento teórico sobre conceitos e categorias que orientaram todo o processo de pesquisa, como: supercapitalização, racionalidade, contrarreforma do Estado, hegemonia, consenso, consentimento, transformismo, prática social, contradição, entre outras;
- levantamento e análise de três documentos do Ministério da Saúde, representativos da racionalidade atual da política no que se refere principalmente ao seu lugar no Estado e à concepção de gestão, buscando extrair as suas principais diretrizes e, a partir delas, os seus mais relevantes fundamentos e mecanismos. São eles: “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”; “Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados – informações sobre o Projeto de Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal”; “Plano Mais Saúde: direito de todos, 2008-2011”;
- entrevistas com assistentes sociais que atuam na saúde pública: foram aplicados 192 formulários de entrevista estruturada, com questões fechadas e algumas questões abertas, junto aos assistentes sociais que participaram do Seminário Nacional de Serviço Social e Saúde, promovido pelo conjunto CFESS/CRESS, em junho de 2009, no Recife.

Como não existem parâmetros numéricos confiáveis sobre o real quantitativo dos assistentes sociais que trabalham na saúde pública, a amostra da pesquisa se baseou no universo de participantes do referido seminário (499 participantes)<sup>6</sup> e foi estratificada de acordo com o estado de origem e suas respectivas regiões (sendo 75% da região Nordeste; 16% da região Sudeste; 3% região da Centro-Oeste; 3% região da Sul; e 2% região da Norte), com 95% de confiança e 5% de erro admissível. A amostra foi aleatória, com base na disponibilidade do profissional em participar da pesquisa. Sendo assim, as análises aqui realizadas podem ser generalizadas para o universo dos participantes do seminário e indicar tendências para o universo total dos assistentes sociais da saúde.

A apresentação do conjunto de nossa análise está estruturada em três capítulos e considerações finais:

- no Capítulo 1, discutimos a racionalidade instrumental no Estado e na trajetória histórica da política de saúde brasileira e o processo de contrarreforma e suas particularidades;

- no Capítulo 2, desvelamos as diretrizes, fundamentos e mecanismos da racionalidade hegemônica na política de saúde atual, a partir da análise dos documentos do Ministério da Saúde, e discutimos suas principais tendências;

- no Capítulo 3, apresentamos e analisamos os dados da pesquisa junto às assistentes sociais, buscando identificar e analisar os vínculos e mediações de sua prática social com a racionalidade hegemônica;

- nas Considerações Finais, realizamos as análises conclusivas em relação aos nossos objetivos de pesquisa, considerando o lugar predominante do Serviço Social nas atividades assistenciais/emergenciais em suas mediações com as necessidades do capitalismo contemporâneo, bem como a inserção do assistente social em relação às demais requisições e demandas relacionadas aos fundamentos e mecanismos da racionalidade da contrarreforma na saúde.

---

<sup>6</sup> Segundo o CFESS, o número de participantes no seminário foi em torno de um mil, entre profissionais – inscritos de forma padrão no site do conselho federal -, convidados, representantes dos diversos CRESS e estudantes. Baseamos nossa amostra nos profissionais inscritos na forma padronizada e que compareceram ao evento, isto é, cerca de 499 assistentes sociais, de acordo com levantamento realizado ao final do seminário em conjunto com a organização do evento. Dessa forma, ficaram fora do universo para definição de nossa amostra os profissionais convidados, os representantes dos diversos conselhos e os estudantes, que totalizam, junto com os profissionais inscritos, cerca de mil participantes.

Assim, ao final de nosso processo de pesquisa, identificamos que a preponderante emergencialização da prática do assistente social tem sua razão tanto nas expressões da desigualdade social e na incapacidade da política social para seu enfrentamento, quanto nas tendências particulares da política de saúde, que se insere nesse modelo de desenvolvimento cujos dividendos seguem prioritariamente para os grupos dominantes, sem perspectiva de reversão do grande fosso social entre ricos e pobres.

## **CAPÍTULO 1**

### **A RACIONALIDADE INSTRUMENTAL E A CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE**

Discutiremos, neste capítulo, a racionalidade instrumental na política de saúde brasileira, suas novas configurações na contrarreforma do Estado, suas vinculações com os projetos sociopolíticos e com as necessidades sociais do capitalismo contemporâneo. Para isso, iniciaremos a discussão sobre a racionalidade, suas dimensões na sociabilidade humana, a sua instrumentalização pela ordem burguesa e incorporação no Estado e nas políticas sociais no Brasil; em seguida, discorreremos sobre o histórico da política de saúde buscando os traços gerais de sua racionalidade hegemônica até 1964, no pós-1964 e a partir da Constituição de 1988, com a instituição do SUS e a reforma sanitária; depois, realizaremos uma reflexão síntese sobre o processo de contrarreforma do Estado brasileiro ao longo das gestões dos governos Collor a Lula da Silva, buscando as principais características da política de saúde nesse período, sua racionalidade hegemônica e seus vínculos com os projetos em confronto e com os interesses do grande capital; ao final, analisaremos as particularidades da racionalidade da contrarreforma na saúde, suas principais estratégias e as perspectivas que a fundamentam.

#### **1.1 - A racionalidade instrumental na trajetória histórica da política de saúde**

A política social é espaço dialético de projetos contraditórios em confronto, constituindo-se em expressão da luta de classes no âmbito do Estado. Situada no espaço da reprodução social, a política tem como cerne as relações de produção social, mantendo importantes conexões com as necessidades determinadas pelo modo de ser da sociedade. Nessa perspectiva, não circunscreveremos a análise da política de saúde à sua representação imediata e fenomênica, posto que as políticas sociais são “expressão contraditória da

realidade”<sup>7</sup>, requerendo por parte do pesquisador um aprofundamento no movimento em busca da essência de suas determinações, da racionalidade que a organiza, a legitima e a vincula às necessidades sociohistóricas. Só nesse movimento será possível desvelar e compreender a inserção do Serviço Social nesse processo e os impactos sobre suas práticas sociais.

De fato, a política social expressa interesses diversos de classes e grupos de classes e, para que ganhe forma, desde o seu planejamento até a sua gestão e execução, comporta uma racionalidade que a fundamenta e organiza. Por sua vez, os projetos societários que disputam a hegemonia no Estado e na sociedade possuem um determinado modo de conceber a realidade e, sendo assim, comportam também uma racionalidade. Há, então, um embate de projetos que se consubstancia também sob a forma de disputa de racionalidades que, no âmbito da política social, se configuram nas diversas concepções de direito, de Estado, de classes sociais, entre outros. Sendo assim, a política social expressa também as racionalidades que fundamentam os interesses de classe em confronto no âmbito do Estado e da sociedade civil.

“O capitalismo, ao surgir como modo de produção dominante na Europa, teve que construir sua racionalidade.” Os fundamentos dessa racionalidade, suas premissas ideológicas e políticas, ganham espaço na institucionalidade do Estado, para além da forma jurídica, no “adensamento de uma rede de práticas que constituem, a um só tempo, a individualidade e o coletivo”. (Dias, 1997: p. 27)

De acordo com Guerra, a racionalidade é uma propriedade da razão, vinculada às suas diversas formas de concepção, tendo nesta o seu fundamento determinante que, por sua vez, “é expressão da própria realidade”. (2005: p.44)

A categoria racionalidade, em toda a sua complexidade ontológica e reflexiva, configura-se em diferentes dimensões na realidade; dimensões estas que se referem ao modo de ser, ao modo de pensar e ao modo de agir. Pretendemos desvelar a racionalidade da práxis histórica da política de saúde e seus impactos sobre o Serviço Social e, para isso, precisamos compreender os vínculos dessa política com as necessidades sociais contemporâneas, seus fundamentos e mecanismos estratégicos de ação.

---

<sup>7</sup> Expressão utilizada por Behring & Boschett, 2006.

A dimensão do modo de ser da racionalidade é a que se expressa no movimento da história, isto é, a racionalidade da práxis histórica propriamente dita. A partir das análises de Marx (2001) e Lukács (1976), é possível compreender a racionalidade histórica como uma dimensão universal, pois não há formação sociohistórica que não tenha uma razão de ser, uma legalidade social. Desde as sociedades primitivas às atuais formações contemporâneas, existem leis sociais e históricas que dão sentido a essas estruturas sociais, às suas necessidades, em toda sua complexidade. No entanto, essa racionalidade não está expressa na superficialidade dos fenômenos e das relações sociais. Para desvelá-la faz-se necessário, partindo da aparência fenomênica, identificar as relações, mediações com os diversos complexos da totalidade social, enfim, o movimento dialético e histórico que estrutura o ser social. (Vásquez, 1995)

Uma outra dimensão da racionalidade está relacionada ao modo de pensar e conceber a realidade, ou ao movimento do pensamento na tentativa de apreender o movimento da realidade. É a razão, construção humana, em seu potencial reflexivo. O conteúdo histórico dessa dimensão da racionalidade se expressa no fato de que ela, conforme a observação de Lukács, não paira acima do desenvolvimento da sociedade, “senão que reflete sempre o caráter racional (ou irracional) concreto de uma situação social, de uma tendência do desenvolvimento, dando-lhe clareza conceitual e, portanto, impulsionando-a ou entorpecendo-a.” (1976: p. 5)

Há, neste sentido, uma determinação social dos conteúdos, categorias e formas conceituais da razão, mas isto, de acordo com o referido autor, não implica um relativismo teórico, tendo em vista que “o caráter progressivo de qualquer situação ou tendência de desenvolvimento é sempre algo objetivo, independente da consciência humana” (Idem: p. 15)

Para além de como concebe-se e fundamenta-se teoricamente a realidade, há o modo como os sujeitos sociais, grupos sociais, classes, o Estado, intervêm na realidade; de que ações, estratégias e mecanismos fazem uso. Assim, os conteúdos e concepções da racionalidade fundamentam e legitimam determinadas ações e modos de intervenção sobre a realidade, mesmo que esses modos não apareçam explicitamente nem do ponto de vista teleológico nem da causalidade propriamente dita.

Na verdade, os princípios e fundamentos de uma determinada racionalidade, na tentativa de desvelar a realidade, respondem a necessidades sociais e históricas dessa mesma realidade. Para compreender essa racionalidade, é imprescindível também compreender quais as ações, modos, práticas sociais, essa racionalidade fundamenta e legitima, isto é, que necessidades sociais estão a ela vinculadas. Nas palavras de Lukács, na Filosofia não se julgam as intenções,

[...] senão os fatos, da expressão objetivada dos pensamentos e de sua ação historicamente necessária. E cada pensador é, neste sentido, responsável ante a história do conteúdo objetivo de sua filosofia, independente dos desígnios subjetivos que a animem.” (Idem, p.4)

Assim, continua o autor, a história da filosofia e, por que não afirmar, da razão, não consiste numa simples história das ideias nem dos indivíduos que as defendem, mas, sobretudo, é o desenvolvimento das forças produtivas, o desenvolvimento social, a luta de classes, que suscitam os problemas à razão humana e, dialeticamente, indicam as suas possibilidades de solução.

A trajetória da razão moderna é expressão desse processo histórico tendo em vista que, durante a ascensão da burguesia, ela representou em seu conjunto – desde os renascentistas à Hegel – “um movimento progressista, ascendente, no sentido da elaboração de uma racionalidade humanista e dialética”. No entanto, a partir de 1848, inicia-se um outro momento - de ruptura e/ou abandono das categorias progressistas<sup>8</sup>, coerente com o momento do desenvolvimento capitalista de consolidação e necessidade de legitimação da burguesia. A razão burguesa passa, então, a subordinar cada vez mais as suas categorias à alienação humana, ou, nas palavras de Coutinho, “entre o que a burguesia apressava-se a abandonar estava, talvez em primeiro lugar, a categoria da Razão”. Assim, o objetivo ideológico da burguesia passa a ser “negar ou limitar o papel da Razão no conhecimento e na práxis dos homens”, seja enveredando para o irracionalismo – processo denominado por Lukács como *destruição da Razão* – seja para a decadência da

---

<sup>8</sup> De acordo com a pertinente análise de Coutinho (1972) sobre a miséria da razão, as principais categorias progressistas desse primeiro momento da razão moderna foram as que se referem ao humanismo, ao historicismo e à razão dialética .

racionalidade, aprisionando-a ao formalismo agnóstico – movimento denominado por Coutinho como “miséria da Razão”. (Coutinho, 1972: p. 7;9)

Tanto numa perspectiva quanto noutra, 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 e, mais especificamente, a política de saúde.

Essa racionalidade instrumental se expressa tanto na organização científica do trabalho na empresa capitalista – sob forte influência de Taylor e Ford – quanto também passa a influenciar decisivamente a estruturação do Estado. Assim, de acordo com Antonacci, há um processo de “racionalização do capital e do trabalho, da sociedade e do Estado...”, constituindo-se numa “vasta empresa intelectual da burguesia industrial”. (1993: p. 107)

Nas décadas de 1920 e 1930, o Estado brasileiro começa a incorporar essa racionalização transplantada das empresas; o espaço estatal não seria, assim, o lugar de conflitos e interesses individuais, devendo ser tecnicamente administrado. Para além do taylorismo e fordismo, esse processo tem também como fundamentos os princípios da burocracia weberiana, concebendo-se o Estado como “máquina controlada por funcionários públicos competentes para gerir negócios públicos”. (Idem: p. 29)

A instrumentalização da razão pelos interesses burgueses não só legitima tais interesses, mas disciplina a ordem institucional e as possibilidades de resistência social e política a essa ordem. Marx, ao analisar a intervenção do Estado inglês sobre o pauperismo social, observou que

[...] o pauperismo foi configurando-se como uma instituição nacional e chegou por isso, inevitavelmente, a ser objeto de uma administração ramificada e bastante extensa, uma administração, no entanto, que não tem mais a tarefa de eliminá-lo, mas, ao contrário, de discipliná-lo. (2001: p. 6)

Assim, tanto o racionalismo formal-abstrato em suas múltiplas manifestações (positivismo, neopositivismo, funcionalismo, estruturalismo, weberianismo, etc.) quanto o irracionalismo constituem-se expressões necessárias do pensamento ideológico da

burguesia contemporânea. A depender das necessidades históricas, uma ou outra posição torna-se predominante. Segundo Coutinho, “quando atravessa momentos de crise, a burguesia acentua ideologicamente o momento irracionalista, subjetivista; quando enfrenta períodos de estabilidade, de ‘segurança’, prestigia as orientações fundadas num racionalismo formal. (1972: p. 2-3)

Percebe-se, apesar da aparente oposição, uma relação também de continuidade entre a razão formal abstrata moderna e o irracionalismo pós-moderno. Segundo Ivo Tonet (2005), ambas as perspectivas conferem aos dados empíricos e fenomênicos uma grande centralidade, além de atenderem, cada uma de forma diferenciada, aos interesses da burguesia.

O funcionalismo de Durkheim, que integra a racionalidade formal-abstrata/fenomênica<sup>9</sup>, contribuiu decisivamente na intervenção do Estado ao fundamentar a naturalização e a psicologização<sup>10</sup> das relações sociais. No Estado burguês, a racionalidade hegemônica é de base formal-abstrata com forte influência do positivismo que, de acordo com Netto, é a própria “auto-expressão ideal do ser social burguês”. (2005: p. 43)

Porém, como já observamos, elementos do irracionalismo pós-moderno também podem se fazer presentes. Essa racionalidade instrumentaliza os interesses e necessidades sociais do capital, conferindo-lhe legitimidade e organicidade no âmbito das políticas sociais. No entanto, a instrumentalização “não se realiza nem imediata nem diretamente”, visto que o seu movimento pode dialeticamente engendrar conquistas importantes, mesmo que parciais, para os trabalhadores. (Idem: p. 43; 34)

De fato, com a politização da sociedade civil, há uma ampliação do Estado e o consenso ou adesão tornam-se “instrumentos importantes de dominação da classe

---

<sup>9</sup> A racionalidade formal-abstrata está fundada nos princípios positivistas e neopositivistas – configurados nas vertentes estruturalistas, funcionalistas ou sistêmicas, entre outras – concebendo os processos sociais como fatos, coisas, “semelhantes aos fenômenos naturais, por isso, independente da vontade dos sujeitos, e desarticuladas da estrutura mais ampla e de outros fenômenos.” (Montaño, 2000: p. 13) Tal racionalidade entende que a análise dos fenômenos sociais parte da empiria, num processo intelectual de construção de um modelo formal-abstrato de compreensão do objeto. É assim que o objeto do conhecimento termina se constituindo uma construção da razão e as categorias teóricas dessa perspectiva são de natureza puramente lógica. (Netto, 1989) Durkheim foi um dos seus grandes pensadores nas ciências sociais e humanas, responsável por estruturar uma interpretação formal-abstrata das estruturas e relações sociais, o pensamento funcionalista.

<sup>10</sup> De acordo com Netto, ao naturalizar-se a sociedade, “o específico do social tende a ser situado nas suas dimensões ético-morais – e eis que se franqueia o espaço para a psicologização das relações sociais.” (Idem: p.45)

burguesa” (Neves, 2005: p23). A política social passa a integrar as estratégias de consenso e sua racionalidade instrumental passa a incorporar elementos e conteúdos da racionalidade político-emancipatória, como estratégia de luta pela hegemonia<sup>11</sup> burguesa e sua posterior consolidação.

Na disputa pela hegemonia, a racionalidade instrumental burguesa enfrenta resistências; e é no embate com projetos antagônicos e conflitantes, que as suas estratégias, mecanismos e fundamentos são reconstruídos de forma que ela permaneça com a direção e o domínio dos aparelhos da sociedade política e da sociedade civil. No entanto, no Brasil, esse processo inicia-se em meio às particularidades do nosso Estado, de características fortemente autoritárias e autocráticas, num momento de crise de hegemonia da oligarquia agrária e ascensão da burguesia industrial, nas décadas de 20 e 30, com grande mobilização da classe trabalhadora emergente que pressionava por melhores condições de vida e trabalho. A intervenção do Estado nas expressões da questão social faz uso da racionalidade instrumental, da administração gerencial, dos fundamentos formais-abstratos, de forma bastante imbricada com a repressão dos segmentos populares mais autônomos.

É neste sentido que a estruturação da política de saúde no Brasil está diretamente relacionada à forte pressão da classe trabalhadora em pleno processo de industrialização e surgimento da classe operária. As reivindicações por melhores condições de vida e trabalho incluíam as condições sanitárias, as demandas por acesso a serviços de saúde, à saúde do trabalhador, entre outros. Entretanto, a racionalidade hegemônica do Estado brasileiro incorpora elementos da luta dos trabalhadores e os transmuta em políticas que atendam predominantemente aos interesses privados burgueses.

Incorporando lutas e reivindicações sociais com soluções técnicas, as práticas racionalizadoras invadiram diferentemente a vida social ao reordenarem espaços, redimensionarem tempos e reorientarem relacionamentos sociais, num processo que se estendeu até a década de 1960, quando outros problemas e questões deixaram à mostra as mesmas

---

<sup>11</sup> Ao tratarmos de hegemonia ou embate hegemônico estamos, conforme Dias, nos referindo à “capacidade de uma classe subordinar/coordenar classes aliadas ou inimigas”, de constituir-se como projeto para si e para a sociedade, de tornar-se direção das outras classes. Assim, “a hegemonia é a racionalidade de classe que se faz história e que obriga às demais classes a se pensar nessa história que não é a delas.” É importante ressaltar, no entanto, que esse movimento de direção intelectual e moral de uma classe ou grupo de classe sobre os demais está diretamente vinculado ao domínio e, com isso, às relações de poder e dominação sobre os outros grupos/ classes. (2006: p. 64;61)

conflituosas e contraditórias faces do capitalismo dominante. (Antonacci, 1992: p. 32)

O acesso das classes trabalhadoras às políticas sociais e, particularmente, à política de saúde se dá de forma fragmentada e focalizada, diretamente relacionada aos segmentos mais organizados politicamente e situados nos processos produtivos estrategicamente mais importantes para o capital. Em 1926, através da Lei Elói Chaves, são instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) para os trabalhadores ferroviários e, posteriormente, foram estendidas a outras categorias, como portuários e marítimos, funcionários públicos civis da União, etc. As Caixas eram organizadas por empresa, num modelo extremamente segmentado, sob a forma de seguro contributivo, formalizado mediante um contrato compulsório, e tinham como objetivo a prestação de serviços de âmbito previdenciário (pensão e aposentadorias) e assistência médica a filiados e dependentes. (Cohn, 1999)

Essa extrema fragmentação da política expressa bem a racionalidade formal-abstrata positivista que a fundamenta preponderantemente e que, por sua vez, parcializa e fragmenta a questão social.

E não pode ser de outro modo: tomar a questão social como problemática configuradora de uma totalidade processual específica é remetê-la concretamente à relação capital/trabalho – o que significa, liminarmente, colocar em xeque a ordem burguesa... Enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se necessariamente em *políticas sociais*: as seqüelas da questão social são recortadas como *problemáticas particulares* (...) e assim enfrentadas. (Netto, 2005: p. 32)

Neste sentido, o Estado responde aos conflitos sociais com intervenções técnicas, fundadas principalmente na racionalidade instrumental burguesa, seja no processo saúde/doença, seja nas mais diversas expressões da questão social.

As características fundamentais do modelo das CAPS eram: conteúdo controlador e disciplinador dos segmentos mais importantes da classe trabalhadora; financiamento tripartite (empregadores, trabalhadores e Estado) que recaía completamente sobre os trabalhadores, conteúdo assistencialista, acesso não universalizante e contratação de serviços privados para prestação de assistência médica – datando desse período “as raízes da privatização da assistência médica no Brasil”. (Cohn, 1999: p. 16)

A partir de 1933, é criado o primeiro IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões) para assistência aos marítimos; paulatinamente, são criados outros, unificando outras categorias profissionais e muitas CAPS são integradas e incorporadas pelos IAPS. A segmentação dos trabalhadores passa a ser por categoria e estes deixam de ter controle sobre a gestão de seus recursos, posto que a direção dos institutos passa a ser de responsabilidade de um funcionário executivo indicado pelo Estado. Havia representação dos trabalhadores num colegiado que não tinha poder deliberativo, mas apenas consultivo. Além disso, tais representantes eram escolhidos pelos sindicatos que se enquadravam nos critérios da legislação sindical getulista.

Assim, mais uma vez, as demandas dos trabalhadores são absorvidas pela racionalidade hegemônica que as instrumentaliza em favor dos interesses da produção e reprodução do capital. As necessidades sociais que justificam essa formatação de intervenção estatal estavam relacionadas ao controle do grande volume de recursos públicos dos trabalhadores pelo Estado e da prioridade de investimentos desses recursos em obras de infraestrutura para a industrialização brasileira.

Fundamentalmente, a estrutura administrativa dos IAPS permanece a mesma das CAPS, “transformada num enorme e confuso aparato institucional: benefícios e serviços diferenciados por categorias, instituições diferenciadas quanto à qualidade do funcionamento e alíquotas de contribuição diferenciadas.” Consolidam-se, dessa forma, as tendências do sistema: centralizado, burocrático, ineficiente. (Idem: p.18)

Essas tendências, de uma forma geral, são mantidas até o período autocrático burguês<sup>12</sup> pós 1964. Porém, um pouco antes disso, principalmente a partir de 1946, houve uma resistência mais sistemática de alguns segmentos da classe trabalhadora, quando o controle da política de previdência – e, conseqüentemente, da assistência médica a ela vinculada – passou a constar na pauta de reivindicações de alguns movimentos. Todavia, em sentido oposto, ao longo de toda essa trajetória, o aparato institucional previdenciário e sua

---

<sup>12</sup> A autocracia burguesa foi denominada por Florestan Fernandes como um padrão de dominação burguesa no Brasil que se caracterizou mais como uma contrarrevolução, pois, ao contrário das formas clássicas que instituíram Estados nacionais democráticos nos países de capitalismo central, aqui tomou a forma de uma ditadura de classe preventiva configurada no golpe militar de 1964, dando continuidade a velhas características de nossa sociedade – como a heteronomia e as soluções “pelo alto” – e enfatizando o papel do Estado como assegurador da acumulação capitalista, dos interesses dos grandes monopólios e de um modelo de desenvolvimento dependente e associado. (1987)

racionalidade serviram de importante instrumento de cooptação de lideranças dos trabalhadores.

Apesar das grandes pressões das corporações médicas, até 1964, os IAPs prestaram assistência médica previdenciária predominantemente através de sua própria rede de serviços. Havia uma notória fragmentação na política de saúde em dois setores: a saúde pública e a medicina previdenciária. Ambos com comandos e gestões distintos: a medicina previdenciária, implementada e gerida pelos IAPS, de forma corporativa e segmentada, é centralizada na abordagem curativa e medicamentosa, hospitalocêntrica e organizada numa estrutura fortemente burocratizada; a saúde pública, por sua vez, é predominante até 1964, mas fortemente caracterizada por campanhas sanitárias pontuais e ações de combate às endemias que priorizavam as populações urbanas. (Bravo, 2006)

A partir de 1964, no período autocrático burguês, a racionalidade hegemônica da política de saúde brasileira incorpora novas características e intensifica outras. Em 1966, a previdência social é unificada com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), há a ampliação da cobertura das categorias de trabalhadores, particularmente dos trabalhadores assalariados formais, com exceção dos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos, que são incorporados após 1971, como também o completo alijamento dos trabalhadores da gestão da política, passando a ser exclusivamente financiadores.

A culminância desse processo de alijamento – que se inicia com a criação dos IAPS – expressa o fato de que a política social cada vez mais torna-se um espaço da racionalidade estatal hegemônica, cujas decisões de gestão são apresentadas como de âmbito técnico e não mais político.

O Estado brasileiro, nesse momento, fez uso sistemático de grande repressão junto aos grupos de resistência ao regime ditatorial e, mais uma vez, a política social e sua racionalidade foram instrumentos de passivização e controle das massas populares. O binômio repressão-assistência novamente é retomado, com um aumento exponencial do aparato estatal, cada vez mais racionalizado e burocratizado. Nesse período, a racionalidade instrumental ganha ainda mais centralidade no interior do espaço público, ampliando sua subordinação aos interesses privados.

A política de saúde nesse período passou a privilegiar a assistência médica previdenciária em detrimento da saúde pública. Além disso, o aparato hospitalar privado tornou-se central no atendimento dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e de medicamentos, além da própria rede privada de serviços. O setor saúde cresce em relevância dado o seu lugar privilegiado para a reprodução dos trabalhadores e, dialeticamente, para a necessidade de ampliação do mercado privado para o grande capital nacional e internacional.

Fundamentados na racionalidade instrumental hegemônica no Estado brasileiro, os serviços de saúde continuaram centrados na medicina curativa, individualista, com grande foco na medicalização da sociedade e na prática assistencialista. O aumento da estrutura de prestação desses serviços se dá simultaneamente ao aumento do número de trabalhadores cobertos por ela, de forma que essa ampliação não acompanhou a contento a demanda pelos serviços. Além disso, inúmeros trabalhadores informais eram alijados da cobertura assistencial. (Bravo, 2006)

Havia a necessidade premente de inserção subordinada do Brasil no mercado internacional, atendendo interesses da grande burguesia, representados pelas multinacionais que ganham o cenário nacional nesta que foi uma nova etapa da industrialização brasileira e que proporcionou altos níveis de crescimento econômico associados a altos níveis de desigualdade social. A saúde, sem dúvida, já aparecia como área estratégica de investimento do capital, com intermediação do Estado.

A miséria da razão – expressa na racionalidade formal-abstrata agnóstica, presente no estruturalismo – bem como nos fundamentos do funcionalismo durkheimiano e da burocracia weberiana, agregados também a elementos da administração científica do trabalho, formam as bases desse caldo racional conservador que legitima e organiza esses serviços, pautados na defesa dos interesses do capital, mas também agregando e incorporando alguns conteúdos de interesse da classe trabalhadora.

Nesse período, a política de saúde foi objeto, por parte do Estado, de uma verdadeira programática de despolitização e dialeticamente, racionalização e tecnicismo, seguindo a lógica ideocultural hegemônica da modernização conservadora.

As contradições do Estado autocrático burguês se expressam numa unidade dialética de uma série complexa de mecanismos ideopolíticos culturais: por um lado, a repressão militarizada e explícita contra os segmentos mais resistentes da classe trabalhadora, o que apresenta a face política desse Estado, cujo governo golpista luta abertamente contra os preceitos socialistas/comunistas e até mesmo social-democráticos; por outro lado, a ampliação da assistência do Estado fundada num modelo tecnocrático e burocrático, que em muito lembra os fundamentos weberianos e durkheimianos, e criam verdadeiros sistemas fragmentados e parcializados, num descolamento da realidade, apesar dos vínculos com ela, pois responde a necessidades históricas. Nesse movimento, a intervenção sobre as expressões da questão social – dentre esta, a política de saúde - aparece cada vez mais como respostas técnicas, neutras e isentas de conteúdo político, provida, sim, de um ideário de modernização que é, antes de tudo, uma estratégia racionalizadora totalizante que “atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde” (Scorel, 2005: p. 60)

Muito mais do que nos períodos anteriores, o modelo autocrático burguês de Estado leva ao extremo o que Antonacci (1993) denominou de pontos essenciais na *racionalização dos serviços públicos*:

Hierarquização, coordenação, padronização. Em nome da eficiência, do controle e da economia, que adviriam da divisão e especialização de funções, uma imbricada e complexa rede de poderes, com múltiplos freios e contrapesos, foi planejada, burocratizando o processo de trabalho nos serviços públicos.” (p.196)

Assim, o aparato da política de saúde, que chega ao seu apogeu no período autocrático, era centralista, tecnicista, autoritário, centrado na assistência médica individualista e curativa e hospitalocêntrico. A saúde pública foi relegada a ações mais pontuais e fragmentadas, com pouquíssimos recursos, num movimento de priorização do mercado privado.

As insatisfações eram grandes, tendo em vista que um grande contingente de trabalhadores brasileiros não integrava o mercado formal de trabalho e, por isso, não tinha direito à saúde. Além disso, com a crise econômica estrutural do capitalismo mundial,

iniciada nos anos 1970, o modelo de desenvolvimento da modernização conservadora<sup>13</sup> também começa a entrar em crise, abrindo, assim, espaços para o crescimento da resistência política ao regime autocrático e à racionalidade hegemônica no Estado brasileiro.

Como uma das expressões dessa resistência, o movimento de reforma sanitária surge da confluência de diversos segmentos dos trabalhadores da saúde junto com os movimentos sociais, associando produção teórica à organização e ação política. Com uma fundamentação racional que se contrapunha à neutralidade do positivismo, o movimento sanitário tinha uma percepção política e histórica da saúde, sendo este, sem dúvida, o seu maior mérito.

Esse movimento confronta-se com o modelo preventista liberal, bem como

[...] com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir do diálogo estreito com as correntes estruturalistas e marxistas em voga. A reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico social da saúde pretendia superar as visões biológica e ecológica do antigo preventismo. (Scorel, 2005: p.64)

Nesse sentido, o movimento sanitário implementa uma luta contra-hegemônica à racionalidade não só da política de saúde, mas do Estado brasileiro como um todo e do modelo de desenvolvimento capitalista. Esse movimento não era homogêneo, sendo constituído por diversos segmentos, desde os que defendiam uma nova ordem societária, fundados numa racionalidade de base emancipatória humana, até mesmo os que defendiam um melhoramento da ordem burguesa, com bandeiras de luta da social-democracia. Porém, em comum a este movimento, havia a defesa explícita da emancipação política – seja como estratégia para a emancipação humana, seja no limite desta ordem societária. Essa emancipação política tinha no direito à saúde um importante elemento, mas não se restringia a ele. Havia, assim, um projeto de sociedade e de Estado que fundamentavam as bandeiras de luta do movimento: com uma concepção de saúde que não está restrita ao

---

<sup>13</sup> A modernização conservadora constituiu-se no projeto econômico e ideocultural da autocracia burguesa, cuja concretização logrou importantes resultados para o grande capital internacional e nacional: concentração e centralização do poder em todos os níveis com vínculos estreitos com os grandes monopólios, concentração da propriedade e da renda, modelo de industrialização que atendia preponderantemente às necessidades do capital internacional e às demandas da elite nacional, aprofundamento das desigualdades regionais, cristalização de uma estrutura estatal burocrática, entre outros. (Netto, 1991)

corpo e ao indivíduo, mas que está centrada na coletividade, na estrutura social, nas classes sociais.

A emancipação política, segundo Tonet (2005) decorre do núcleo central do capital: o contrato de trabalho, que pressupõe a relação entre dois sujeitos considerados iguais, livres e proprietários (uns dos meios de produção, outros simplesmente de sua força de trabalho). O conjunto dos direitos que surge na modernidade – sejam civis, políticos ou sociais – tem como cerne aquelas qualidades (igualdade, liberdade e direito à propriedade). Uma análise profunda da emancipação política revela as suas possibilidades civilizatórias e, ao mesmo tempo, os seus limites na ordem do capital.

De fato, é com a revolução burguesa que se instaura a igualdade jurídico-política entre os homens, isto é, que se torna possível a emancipação política. No entanto, essa emancipação que transforma todos os homens em cidadãos não elimina a desigualdade social; pelo contrário, no capitalismo, para a consolidação das relação de desigualdade da exploração do trabalho pelo capital, a emancipação política torna-se uma condição.

*Donde se segue que razão instrumental – produção de mercadorias - e razão emancipatória (política) – conjunto de direitos e instituições democrático/cidadãos – não se opõe entre si, mas pelo contrário, se exigem mutuamente. (Idem, 2005: p.25)*

No entanto, é importante observar que essa relação entre razão instrumental e razão político-emancipatória não é homogênea nem direta; há diversas mediações construídas historicamente, particularmente em países de capitalismo periférico, como o Brasil, cujas conquistas de cidadania ocorreram de forma tardia e até o presente momento nunca foram efetivamente consolidadas. “Não há dúvida de que a emancipação política representa um grande progresso e, embora não seja a forma mais elevada da emancipação em geral, é a forma mais elevada da emancipação humana dentro da ordem do mundo atual”.(Marx, 2001: p.23).

Assim, com as particularidades históricas da formação social brasileira e do Estado brasileiro, cuja revolução burguesa se deu de forma autocrática, pelo alto, sem a generalização de uma sociedade salarial, com a estruturação de políticas e direitos sociais restritos, fragmentados e precarizados, a proposta de uma emancipação política contém uma radicalidade estratégica para as classes trabalhadoras.

A democracia e a cidadania burguesa, mesmo que restritas, podem

[...] ser instrumento de intervenção política, que se move, inicialmente, nos limites do campo da racionalidade dominante(...) Coloca-se a necessidade de realizar uma nova cidadania, tarefa a ser realizada pelos que se colocam na perspectiva da democracia dos trabalhadores. (Dias, 1997: p. 55)

A racionalidade que fundamenta o Estado e as políticas sociais é, pois, determinada historicamente, inclusive por diversos mecanismos de pressão das classes na disputa pela hegemonia. Em momentos de maior organização dos movimentos sociais da classe trabalhadora e maior disputa de classe, em que a luta pela hegemonia torna-se mais acirrada, há maiores possibilidades de conquistas relevantes para os trabalhadores, mesmo que provisórias e/ou parciais, imprimindo-se uma racionalidade político-emancipatória às políticas sociais.

O movimento formado por profissionais de saúde, estudantes, professores, setores populares e que foi agregando ao longo do tempo a adesão de diversos segmentos da classe trabalhadora, teve seu apogeu, em 1976, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); em 1986, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, construindo a proposta de um Sistema Único de Saúde, mas não se restringindo a ela; e, em 1988, com a promulgação da Constituição que instituiu o SUS e com ele o direito universal à saúde.

A partir dessa Conferência, a sociedade brasileira passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltadas para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado. E é justamente esse processo de democratização que naquela época cunhou o nome de Reforma Sanitária (...) (Paim, 2008: p.27)

Ainda de acordo com Paim, apesar do SUS ser elemento fundamental do projeto de Reforma Sanitária, esta não se restringia a ele, pois postulava uma reforma ampliada do Estado brasileiro. No entanto, ao longo de sua implementação, a reforma ficou circunscrita ao SUS<sup>14</sup>, caracterizando-se na sua materialização como reforma parcial ou setorial da saúde

---

<sup>14</sup> Mesmo reconhecendo que a reforma sanitária não se restringe ao SUS, para fins de estudo, nesta tese centraremos nossa análise no SUS, tendo em vista que o nosso objetivo de pesquisa se refere às práticas sociais dos assistentes sociais que atuam nesse sistema.

e complementaríamos, uma reforma parcial, setorial, fragmentada, precarizada e restrita, como analisaremos a seguir.

Concordamos com Teixeira (1989) quando expõe os três aspectos fundamentais do movimento de reforma sanitária sobre a política de saúde no período da década de 1980: a *politização da saúde* – rompendo com a racionalidade instrumental burocrática e tecnicista anterior; a *mudança da norma constitucional* – com a incorporação do direito à saúde como direito público e universal, numa concepção ampliada de saúde; e *alteração do arcabouço institucional dos fundamentos e práticas institucionais*. São justamente esses três alicerces que compõem o núcleo da reforma sanitária brasileira que são atingidos pela contrarreforma e sua racionalidade. Os impactos desse processo, mais precisamente sobre os fundamentos e as práticas institucionais, vão se expressar no cotidiano da prática social do assistente social da saúde, como analisaremos adiante.

Na verdade, o movimento da reforma sanitária consegue imprimir na política de saúde brasileira e em seu marco legal, ao final da década de 1980, uma nova racionalidade<sup>15</sup>, pautada na emancipação política. Mas esse projeto não era homogêneo, congregava grupos diversos em torno de bandeiras de luta comuns. Sua fundamentação original provém do preventismo, com posterior influência da teoria social crítica (razão dialética) e do estruturalismo. Algumas aproximações com a teoria crítica se deram de forma enviesada, com forte influência da racionalidade formal abstrata e do próprio estruturalismo.

Segundo Paim (2008), a reforma sanitária brasileira constitui-se numa reforma social estruturada nos seguintes elementos: democratização da saúde - concepção ampliada de saúde e determinantes sociais e reconhecimento do direito público e universal à saúde; democratização do Estado - ruptura com o modelo autocrático centralizador, respeitando o pacto federativo, descentralizando as políticas com participação social via controle social;

---

<sup>15</sup> Isso se deve ao fato de que o projeto de reforma sanitária tornou-se hegemônico no processo Constituinte. Segundo Bravo (1996) e Teixeira (1989), a vitória do projeto de reforma sanitária na Assembléia Constituinte está relacionada à importante atuação da Plenária Nacional da Saúde – que congregava várias entidades representativas do movimento sanitário – seja pela sua capacidade técnica de formulação, seja pela pressão exercida junto aos constituintes, pela mobilização da sociedade em torno da temática, como também à assinatura de cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades em defesa da Emenda Popular. Tudo isso ocorrendo num momento de intensa mobilização popular no país e de crise hegemônica dos grupos dominantes no Estado brasileiro, em decorrência da transição do modelo autocrático para a democracia e da crise estrutural do capitalismo. Após a promulgação da Constituição de 1988, apesar das conquistas jurídico-políticas, que se refletem na criação de um novo arcabouço institucional, a reforma sanitária depara-se com novas contradições para sua implementação.

democratização da sociedade - reforma intelectual e moral da sociedade, democratização da economia e da cultura, etc.

Mesmo que alguns segmentos mais críticos do movimento de reforma sanitária a concebessem como integrante de “um projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia na perspectiva do socialismo”, podemos afirmar que predominantemente os grupos que o compunham defendiam uma democratização do Estado sob os limites do capital, numa perspectiva social-democrática, ou mesmo numa racionalidade político-emancipatória. (Paim, 2008: p. 123)

O que se verificou após a Constituição de 1988 foi que nem o projeto de radicalização democrática como meio estratégico para o socialismo, nem a proposta político emancipatória, teve condições históricas de se concretizar em toda a sua radicalidade, mesmo sob os limites do capital. Apesar da crise econômica e do exponencial endividamento externo brasileiro, a transição do regime autocrático para a democracia se deu conforme as particularidades históricas da formação social do nosso Estado: pelo alto, sem a participação direta das massas populares, de forma gradual e sem rupturas efetivas com as classes ou segmentos de classes hegemônicos no período ditatorial.

Como, então, estruturar um sistema de saúde democrático, universal, público e de qualidade a partir de um Estado que traz características fortemente autocráticas, com vínculos estreitos com os interesses privados da burguesia nacional e internacional, numa situação de profunda subordinação aos países de capitalismo central – mediada pela forte influência do FMI e do Banco Mundial – iniciando-se as primeiras aproximações com a proposta neoliberal?

As possibilidades de práticas sociais em saúde que rompessem com a racionalidade histórica da política de saúde brasileira são minimizadas e ocorrem nos meandros de um Estado estruturado na contradição entre o direito legalmente instituído e as condições de sua materialidade. De fato, trata-se de um Estado em que a população, particularmente os seus segmentos mais pauperizados, necessita cotidianamente lutar por direitos que já foram conquistados. Há, assim, uma cisão dialética entre o marco legal e a realidade concreta, mas tal contradição tem uma racionalidade histórica, como veremos a seguir.

## 1.2 – A contrarreforma na saúde e o SUS na atualidade

A crise estrutural do capital mundial, a partir dos anos 1970, contribuiu decisivamente para o fim do regime autocrático e a institucionalização legal de muitas reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988 – dentre elas, o SUS. Mas, dialeticamente, as respostas a essa crise, mediadas pelas particularidades e características da estrutura social e do Estado brasileiros, tornaram-se os limites para a materialização desse sistema conforme seu marco legal.

Com um processo de democratização pelo alto, o Estado brasileiro inicia seu percurso de forma coerente com a tendência mundial de desvinculação dos direitos políticos dos direitos econômicos e sociais<sup>16</sup>. Paulatinamente, o modelo de democracia restrita, iniciado no final dos anos 1980, consolida-se com uma população que tem pleno direito a voto, num processo contínuo de minimização das fraudes eleitorais, mas que, contudo, chega ao século XXI com altos índices de desigualdade social e com grandes dificuldades de acesso ao sistema público de proteção social, particularmente ao SUS.

O conjunto de estratégias e respostas do capital para enfrentamento da crise configura-se na dominância do capital portador de juros, na intensificação da supercapitalização, na reestruturação produtiva que conjuga inovações tecnológicas e organizacionais com velhas práticas predatórias da acumulação primitiva, no ajuste estrutural do Estado de acordo com a nova racionalidade hegemônica e com todo o ideário neoliberal a ela vinculado.

O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados – inclusive o direito à saúde - e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica de produção e reprodução do capital nestes tempos de crise.

Muitos desses elementos não são estranhos nem à formação social brasileira nem tampouco ao Estado brasileiro: o neoliberalismo reconfigura a economia de mercado e o Estado mínimo. De acordo com Dias, “historicamente o Estado liberal constitui o arcabouço

---

<sup>16</sup> Sobre essa tendência ver os trabalhos de Netto (2004) e Wood (2003).

legal-institucional necessário à implementação do monopólio da racionalidade capitalista.” E esta institucionalidade, segundo o autor, pode ser denominada fundamentalmente de *economia de mercado*. (1997: p. 33)

A racionalidade instrumental burguesa incorpora o conteúdo do ideário neoliberal, do pragmatismo, consumismo, imediatismo, que historicamente sempre estiveram presentes sob formatações diversas na ciência e na cultura burguesa, principalmente após 1848.

Todavia, é importante ressaltar que essa contrarreforma está fundada numa racionalidade que, apesar de conter elementos da racionalidade hegemônica mundial, possui conteúdos particulares à nossa estrutura social e ao nosso Estado. Assim,

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólicos dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social (...) (Chauí, 2000: p. 94)

Além disso, nos diversos espaços sociais, em cada política social, essa racionalidade agrega elementos, estratégias e mecanismos particulares que respondem às necessidades históricas desse campo. Na política de saúde, como veremos a seguir, as tendências universais materializam-se de maneira peculiar em relação às demais políticas sociais, porém, conserva conteúdos que são instrumentalizados pelo Estado contemporâneo. O mais caro destes, sem dúvida, é aquele que diz respeito à própria essência da racionalidade do capital: a reprodução e reificação dos interesses do mercado e da maximização da lucratividade capitalista.

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.

O mercado privado de saúde no Brasil conta com 48 milhões de beneficiários de seguros e planos privados de saúde, investindo 40 bilhões de reais/ano. Em relação à cobertura populacional, as modalidades que mais se destacam são a medicina de grupo, com 42,2%, e as cooperativas médicas, com 24,4%, seguidas pelos planos de autogestão, com 22%, e, por fim, as seguradoras com cerca de 12% da população coberta. (Derengowski, 2004)

Apesar das seguradoras estarem em menor número no mercado, cobrindo uma parcela menor de beneficiários, elas lideram no que se refere aos valores dos prêmios (mensalidades): a Sul América e o Bradesco Saúde possuem juntas 74,9% dos valores por prêmio dos planos de grupo e 87,8% dos planos individuais. De fato, o segmento das seguradoras concentra um maior número de recursos no mercado de planos privados de saúde. Em relação ao mercado de seguros, esse segmento representa 27% do total de prêmios, cerca de R\$ 5,6 bilhões. (Idem, 2004)

Independente da grande fatia das seguradoras no mercado de saúde, as demais modalidades de prestadoras também movimentam um grande volume de recursos, sem mencionar na indústria de equipamentos e medicamentos e nos grandes hospitais, que alimentam, numa perspectiva de unidade, o capital portador de juros. Um elemento concreto desta relação é o fato de que quase a totalidade desses recursos é movimentada via transações bancárias, dando conta de que o investimento nos serviços de saúde tem sido uma área importante de ampliação da lucratividade do capital.

Dessa forma, com as necessidades de supercapitalização e expansão do capital portador de juros, a intervenção sobre as expressões da questão social – e, dentre estas, o processo saúde-doença – “torna-se espaço de lucratividade e hegemonia política do grande capital”. (Soares, 2007: p. 170) E, para isso, é necessário precarizar a política de saúde, torná-la cada vez mais uma política pobre para pobres, deixando amplo espaço para o

mercado, desconstruindo num movimento de contrarreforma<sup>17</sup> o referencial de saúde pública conquistado nos anos 1980.

A partir dos anos 1990, inicia-se o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e seus primeiros impactos sobre o recém-criado SUS. Desde então, o projeto privatista na saúde vem conquistando hegemonia, defendendo propostas semelhantes as do Banco Mundial, que ganha destaque como importante formulador e divulgador da racionalidade da contrarreforma. Algumas dessas propostas podem ser aqui elencadas, como: focalização do atendimento na política básica que atenda os mais pobres; não universalidade do acesso; contratação de mão de obra desqualificada<sup>18</sup>; desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil; descentralização da assistência com desresponsabilização do nível central. (Banco Mundial, 2003)

O primeiro governo eleito pelo voto direto e democrático após o regime autocrático – o do presidente Fernando Collor – é expressão de características muito presentes na história da sociedade civil e do Estado brasileiros: o representante de velhos interesses e grupos dominantes travestido do novo, do moderno, do inovador.

O governo Collor foi o primeiro a dar início ao ajuste estrutural e à sua contrarreforma. O período de seu curto mandato marcou o início da implementação do SUS, que sofreu inúmeras investidas em meio ao momento de refluxo dos movimentos sociais e do movimento de reforma sanitária. Tais investidas se caracterizaram pela inviabilização do sistema na forma de seu marco legal constitucional, pela tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, pela redução do volume de recursos para a saúde, pelo adiamento sistemático da 9ª conferência Nacional de Saúde, pela reprodução de políticas racionalizadoras, contencionistas e de ações pontuais no âmbito da saúde pública, com valorização do mercado privado de saúde.

---

<sup>17</sup> Na saúde, esse conceito ganha significativa relevância, tendo em vista o movimento de reforma sanitária e as conquistas constitucionais que instituíram legalmente os princípios de uma ampla reforma na saúde pública brasileira. O processo de ajuste neoliberal que inviabiliza ou nega a efetivação desses princípios não deve ser confundido com a reforma sanitária, tratando-se de uma contrarreforma na política de saúde. Ressaltamos, porém, que essa proposital confusão de conceitos tem sido uma das estratégias de legitimação ideo-política desse processo: ser disseminado como continuidade da reforma sanitária. Sobre a contrarreforma do Estado brasileiro, ver trabalho de Behring. (2003)

<sup>18</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é resultado dessa orientação.

O termo *reforma sanitária* praticamente desaparece tanto dos documentos oficiais do Ministério da Saúde quanto dos movimentos sociais. Além disso,

[...] o recuo dos movimentos sociais implicava, além de retrocessos, um espaço de prática política mais fechado, no qual encontros de bastidores e negociações pouco transparentes deram as cartas no jogo político de implantação do SUS". (Paim, 2008: p. 188)

No entanto, apesar desse refluxo, houve resistências nesse período que possibilitaram alguns ganhos, como a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde (após diversos adiamentos), e a promulgação de legislações estaduais e municipais de regulamentação da política de saúde. (Idem)

A racionalidade instrumental hegemônica revelava-se nos discursos do então presidente: o Estado era um grande elefante que precisava ser minimizado, o mercado e as grandes multinacionais eram o espaço da eficiência e da modernização tecnológica, e o governo tinha como prioridade a assistência aos “descamisados” da nação.

Com a queda de Collor, em 1992, o então vice-presidente Itamar Franco assume o governo dando continuidade ao processo de inviabilização da reforma sanitária em meio aos tensionamentos e resistências do movimento sanitário – que se encontrava enfraquecido, mas permanecia presente. No interior do movimento, em meio à tendência de refluxo, ganha hegemonia o grupo da municipalização (gestores municipais), cuja entidade representativa é o CONASEMS<sup>19</sup>. Esse fato é revelador da perda de espaço dos segmentos mais críticos e contestadores dentro do movimento.

Há, dessa forma, uma série de ações do governo para a descentralização da política de saúde e a NOB/1993, que tinha forte apoio do CONASEMS, é expressão disso. No entanto, essa NOB não avança em aspectos fundamentais da reforma sanitária e o modelo de atenção à saúde permanece pautado na racionalidade instrumental – hospitalocêntrico, assistencial, fragmentado e com uma rede precarizada e insuficiente em relação à demanda.

Além disso, havia uma forte pressão dos representantes dos interesses do grande capital para que houvesse uma ampla reforma na Constituição de 1988, incluindo os artigos relacionados à saúde. A resistência do movimento de reforma sanitária possibilitou que não

---

<sup>19</sup> Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.

houvesse alterações específicas nessa área, no entanto, não conseguiu impedir as alterações na seguridade social como um todo. (Idem)

E, como agravante, foi nesse governo que parte dos recursos que seriam destinados à saúde foram retidos pelo Ministério da Previdência Social – o que ocasionou uma queda dos investimentos da ordem de 36% de 1990 a 1992. De maneira geral, esse período constituiu-se para o SUS e para a política de saúde um momento de tensionamento entre a implantação do SUS e a sua racionalidade político-emancipatória diante da racionalidade instrumental burguesa, retomando a sua hegemonia num Estado historicamente desigual e autocrático. Os projetos em disputa estavam um pouco mais explícitos; havia grupos dentro do governo que eram claramente favoráveis à privatização e à focalização precarizada do sistema.

O Banco Mundial ganha cada vez mais espaço no campo da saúde, tornando-se um grande articulador e produtor de ideias que defendem a focalização do sistema na pobreza e sua privatização com taxações nos serviços. Tais propostas são defendidas por segmentos no interior do governo, inclusive os da área econômica. Havia, assim, fundamentalmente, dois grandes projetos em disputa: o da reforma sanitária – que perdia cada vez mais espaço - e o projeto denominado por Bravo (2006) de saúde privatista.

Por outro lado, mundialmente há uma busca pela liberalização comercial generalizada, que é discutida pelas reuniões do GATS (Acordo Geral sobre Comércio e Serviços), organizadas pela Organização Mundial do Comércio (OMC). As pautas para educação e saúde referem-se à transformação desses setores em serviços mercadológicos sob a lógica da acumulação capitalista, com orientações centrais para os Estados membros de desregulamentação das legislações para os investimentos transnacionais e a privatização dos serviços públicos já existentes.

Segundo Paim, durante a gestão Itamar, ocorreu um “recrudescimento da *operação descrédito* capitaneada pelo próprio governo por intermédio da *área econômica*”. (2008: p. 195) De fato, Itamar dá continuidade ao ajuste estrutural e à contrarreforma do Estado brasileiro de maneira mais sistemática, com vínculos estreitos com os interesses do mercado privado da saúde, travando-se no interior da gestão um embate em que a racionalidade da reforma sanitária perdia cada vez mais espaço.

No entanto, apesar dos inúmeros retrocessos na saúde, alguns avanços, mesmo que limitados, foram verificados, decorrentes do campo de tensões e resistência – mesmo que enfraquecida – do movimento sanitário: extinção do antigo INAMPS, criação do PSF<sup>20</sup>, discussão da reforma psiquiátrica, entre outros. (Idem)

No governo Fernando Henrique Cardoso o ajuste estrutural e a contrarreforma do Estado realizam-se de maneira ainda mais ofensiva e estruturada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), conduzido por Bresser Pereira.

O projeto de Reforma Administrativa do Estado foi aprovado em quase sua totalidade, situando a saúde como área não exclusiva do Estado e, portanto, sendo passível de ter seus serviços prestados por organizações sociais. No entanto, esse governo não conseguiu implementar com amplitude esse novo modelo de gestão na saúde, restringindo-se a experiências isoladas em alguns estados, devido à resistência social e política em torno desse projeto.

As estratégias da contrarreforma na seguridade social colocavam-se da seguinte maneira: divulgação da existência de um déficit na previdência social e da necessidade de uma contrarreforma ampla e explícita nessa política, tornando-a básica; refilantropização da assistência social com a instituição do Programa Comunidade Solidária; precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema, sem anunciar sua contrarreforma ou qualquer tipo de alteração substancial.

O movimento sanitário, por sua vez, dava sinais de perda de organicidade política com o projeto de reforma sanitária e de institucionalização, com o crescimento da importância do CONASEMS e do CONASS<sup>21</sup> e a substituição da Plenária Nacional de Saúde, em 1995, pela Plenária Nacional de Conselhos de Saúde. (Paim, 2008)

Na realidade, quando um movimento se reduz ao sistema de um Estado patrimonialista e cartorial como o brasileiro, comprometendo o espaço de reserva crítica, só faz reforçar a seletividade estrutural do Estado capitalista. Obviamente que, para um sujeito coletivo que tanto lutou na trincheira legislativo-parlamentar para imprimir na Constituição o direito à saúde, para ver sancionada a Lei Orgânica da Saúde e, nos anos seguintes, para impedir

---

<sup>20</sup> Atualmente denominado de Estratégia Saúde na Família (ESF). Se atualmente essa estratégia tem suas limitações, em sua fase inicial tais limitações eram ainda mais evidentes, tendo em vista a extrema focalização, fragmentação e precarização do programa e do sistema como um todo.

<sup>21</sup> Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde.

o desmonte desse arcabouço legal pelos governos que apostaram em políticas neoliberais, torna-se compreensível a adoção de um discurso jurídico legalista. Mas esta não parece ser a questão central. O problema maior pode ser o de abrir mão da sua dimensão instituinte, resignando-se com o instituído e reduzindo uma reforma social do porte da RBS (Reforma Sanitária Brasileira) a uma mera questão administrativa de financiamento e gestão. (Idem: p. 210-211)

De fato, a concretização do SUS, conforme seu marco legal original<sup>22</sup>, para grande parte do movimento sanitário, deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das “possibilidades”, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal.

Na proposta do MARE, Bresser Pereira incluiu o que ele denominou de *reforma gerencial na saúde*, consubstanciada na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96). Segundo ele, são quatro as ideias básicas que fundamentaram a NOB, inspirada no modelo inglês:

[...] descentralizar a administração e controle dos gastos com a saúde (...); criar um quase-mercado entre os hospitais e ambulatórios especializados, que passam a competir pelos recursos administrados localmente; transformar os hospitais em organizações públicas não-estatais (...); criar um sistema de entrada e triagem constituído por médicos clínicos ou médicos de família, que podem ser funcionários do Estado ou contratados pelo Estado [...] (1998: p.252)

Essa proposta da NOB foi negociada e discutida tanto junto ao então Ministro da Saúde, Adib Jatene, e sua equipe, quanto com o Conselho Nacional de Saúde, e, apesar de conter alguns avanços para a política, por outro lado, contraditoriamente, contemplou muito da proposta original do MARE.

Segundo Rizzotto (2000) e Elias (1999), a NOB de 1996 contempla em parte alguns princípios da contrarreforma do Estado idealizada pelo MARE e das propostas dos documentos do Banco Mundial: seja pela plena responsabilização dos municípios e pelo estabelecimento de pacotes básicos de serviços de saúde; seja na proposta de um modelo de atenção à saúde em que os municípios superem o papel exclusivo de prestadores de serviços (deixando, dessa forma, bem aberta a possibilidade de contratação de serviços privados) para assumirem sua função de gestores da política de saúde; seja pela instituição

---

<sup>22</sup> Ao longo desta tese, sempre que citarmos a expressão *marco legal original*, estaremos nos referindo à Constituição de 1988 e às Leis Orgânicas 8080 e 8142 / 1990.

de subsistemas municipais de saúde – com a possibilidade de sua fragmentação do mesmo - entre outros elementos.

Mesmo contemplando expressamente em seu conteúdo muitos dos princípios do SUS, a NOB 1996 possui elementos da racionalidade da contra-reforma na saúde. De modo geral, há um tensionamento entre a menção aos princípios da reforma sanitária e o conteúdo da contrarreforma que é apresentado formando um único corpo, como se fosse uma normatização homogênea. Esse tensionamento é expressão do embate de projetos e suas respectivas racionalidades na concretização do sistema.

Entretanto, ressaltamos que a racionalidade hegemônica no SUS é a da contrarreforma que se constitui numa reatualização da racionalidade instrumental histórica do Estado brasileiro, que passa a agregar os conteúdos do ideário neoliberal, do pós-modernismo e reconfigurar a razão formal abstrata.

Não é por acaso, pois, que hoje o desenho da política de saúde seja muito semelhante à proposta de Bresser Pereira e essa formatação se apresenta como coerente com os princípios da reforma sanitária, quando, na verdade, os nega substancialmente.

A Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>23</sup> é relevante expressão desse processo pois, mesmo com sua ampliação e alguns resultados positivos nos indicadores de saúde da população coberta, concentra hoje boa parte dos recursos disponibilizados fundo a fundo para os municípios. Além disso, mesmo constituindo-se prioridade da política de saúde pública, a ESF não atende à universalidade de sua demanda, caracterizando-se também como programa básico e precarizado, centralizado numa equipe reduzida (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem), sem condições de uma efetiva promoção da saúde.

É importante ressaltar a distinção entre a defesa da atenção básica como relevante estratégia na organização dos serviços que consta no projeto de reforma sanitária e a proposta da atenção básica parametrada na focalização na pobreza. Enquanto que a primeira proposição defende a atenção básica numa perspectiva universalizante, integrando ações de caráter coletivo e ações tipicamente de assistência médica, relacionando-se à democratização e à participação social; a segunda defende uma atenção básica focalizada,

---

<sup>23</sup> A ESF teve financiamento do Banco Mundial, constituindo-se numa das consideradas experiências exitosas em saúde pública básica e focalizada na pobreza.

direcionada para os aspectos individuais da assistência, numa concepção restrita, distanciando-se das três grandes funções da política de saúde pública: a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação. (Viana & Fausto, 2005)

Na gestão de FHC, há uma significativa ampliação da ESF, que tem rebatimentos positivos nos indicadores de saúde. Mas essa ampliação – mesmo muito focalizada – não se reproduz com as mesmas proporções nos outros níveis de atenção, devido, principalmente, ao parco financiamento da política. Assim, a expansão residual de alguns atendimentos e o aumento da cobertura da ESF e do PACS reproduzem a precarização, a focalização, com um grande contingente de demandas não contempladas.

Dessa forma, os ganhos e resultados expressos, por exemplo, no aumento da expectativa de vida, na diminuição da mortalidade infantil, na ampla cobertura vacinal, no aumento e consolidação do Programa de HIV/Aids, convivem com o aumento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas e por causas externas (acidentes de trânsito e homicídios, principalmente), dificuldade de acesso ao saneamento básico e à habitação, entre outros. Isto sem mencionar o desgastante processo de acesso ao SUS que, muitas vezes, é caracterizado por longo período de espera, filas intermináveis e desumanas, com unidades de saúde extremamente precárias, em que a rotina é a falta de equipamentos, medicamentos e profissionais de saúde.

Quanto mais o SUS é precarizado mais cresce o mercado de serviços privados e, não por acaso, na década de 1990, esse mercado se amplia consideravelmente<sup>24</sup>; tanto que, em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passa a ser responsável pela regulação, controle e fiscalização dos serviços de saúde suplementar.

Além da ANS, foi criada também, em 1995, a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). A institucionalização de agências “autônomas” também compõe as orientações do ajuste estrutural do Estado e sua contrarreforma. Assim, a regulação de setores economicamente estratégicos por agências desvinculadas do controle público convencional atenda interesses do grande capital e integra as propostas do Banco Mundial para a área.

---

<sup>24</sup> Segundo Bahia (2008), em 1987 o mercado de planos privados de saúde de empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e autogestões tinha cerca de 21,6 milhões de clientes; em 1998, o mercado de planos e seguros já atendia cerca de 25% da população: 32 milhões de pessoas.

É sintomático que no governo FHC, o Banco Mundial incrementa sua participação em financiamento de programas sociais e, particularmente, a política de saúde torna-se uma das mais importantes em investimentos desse banco no Brasil. Programas como o de HIV/Aids, o Saúde da Família, o de Vigilância Sanitária, o REFORSUS, etc., foram objeto de financiamento e convênio entre o Ministério da Saúde e o referido banco.

Para além do aporte financeiro – que era insignificante se comparado com o orçamento do Estado brasileiro – a sua participação tinha uma grande relevância: ao longo da década de 1990, ele se constituiu o grande produtor de ideias e fundamentos que legitimam o ajuste estrutural, isto é, uma instituição estratégica de produção e reprodução da racionalidade da contrarreforma dos Estados a nível mundial.

Assim, através dos diversos financiamentos na política de saúde brasileira, das inúmeras reuniões de discussão e consenso em torno dos projetos, o Banco Mundial e o governo brasileiro – representado pelo Ministério da Saúde – imprimiram “inovações” e modificações no interior da política de saúde que giram em torno das medidas de focalização dos serviços de saúde na pobreza, desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, priorização dos considerados serviços essenciais, e os serviços não essenciais ou de relação custo-benefício inadequada deveriam ser adquiridos via mercado ou taxações específicas.

Tais mudanças, na verdade, se configuraram no interior da política de saúde brasileira sem a alteração do seu marco legal original, de modo que o SUS materializado se realiza de forma cada vez mais distante do SUS legalmente instituído. E, sem dúvida, que essa fragmentação entre o SUS histórico e o SUS materializado consolida-se nas duas gestões de FHC, apesar da resistência de alguns segmentos do movimento sanitário.

Dessa forma, concordamos com Amaral quando afirma que,

Fernando Henrique Cardoso personificou as principais determinações do Banco Mundial e orientou seu governo no sentido de introduzir e aprofundar reformas, criando, assim, uma nova racionalidade de funcionamento das instituições, edificando uma nova subjetividade para adequar tais reformas à vida social. (2005: p.123)

Nas eleições presidenciais de 2002, chama a atenção o fato de que nenhum dos candidatos tinha no conjunto de suas propostas algum posicionamento contrário ao SUS e,

enquanto alguns consideravam isto uma conquista, analisamos que, na verdade, é uma expressão da racionalidade hegemônica da contrarreforma na saúde, como veremos a seguir.

A eleição de Lula da Silva abria algumas expectativas quanto aos rumos do Estado brasileiro: pela primeira vez, um representante sindical de origem popular de um partido que, em seu título, era dos trabalhadores, foi eleito presidente do país; esperavam-se, assim, mudanças acentuadas nas configurações desse Estado historicamente autoritário e distante dos interesses dos trabalhadores. Na política de saúde, mais precisamente, a expectativa era de uma retomada do projeto de reforma sanitária e a efetivação do SUS. No entanto, as alianças que garantiram a chegada de Lula ao poder, os seus vínculos com o grande capital nacional e internacional começaram a se explicitar já no seu primeiro mandato.

Assim, uma nova etapa da contrarreforma na política de saúde ocorre no governo Lula que, além de dar continuidade à política econômica conservadora e ao subfinanciamento da seguridade social, implementa uma série de mudanças que o seu antecessor não conseguiu: dentre estas, destacamos a segunda etapa da reforma da previdência social.

No que se refere à política de saúde, o governo Lula expressa em suas ações o tensionamento dessa política através da institucionalização de pactos, planos de desenvolvimento e da elaboração de um projeto amplo de privatização das políticas sociais configurado na forma de *fundações estatais de direito privado*<sup>25</sup>, que se apresentam como continuidade da reforma sanitária.

Se nos governos anteriores sempre havia lideranças do movimento sanitário nos quadros do Ministério da Saúde, em sua gestão tais lideranças ganham o controle do referido Ministério, dirigido, inicialmente, por Humberto Costa. De acordo com Bravo (2006), apesar da expectativa de fortalecimento do projeto de reforma sanitária, o governo Lula subordina as políticas sociais à lógica econômica conservadora adequada ao ajuste e à contrarreforma neoliberal. Pelas ações do Ministério da Saúde, tem-se uma polarização entre o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista: a reforma sanitária é citada por

---

<sup>25</sup> O Projeto de Lei Complementar 92/2007, que trata das fundações estatais de direito privado, foi apresentado ao Congresso Nacional pelo Poder Executivo em julho de 2007, com o objetivo de regulamentar a Emenda Constitucional No. 19, de 1998.

documentos do ministério e ganha espaço em sua agenda, são realizadas alterações na sua estrutura organizativa, com a criação das Secretarias de Gestão do Trabalho em Saúde, de Atenção à Saúde e de Gestão Participativa, entre outras; convocação antecipada da 12ª Conferência Nacional de Saúde para discussão e definição das diretrizes do plano plurianual; a participação do Ministro nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; mas, por outro lado, o subfinanciamento da saúde persiste, sendo, inclusive, no âmbito da seguridade social, o orçamento que mais decresce em número relativos, com sistemáticos desvios de recursos via DRU (Desvinculação de Recursos da União); e a continuidade de uma política que se efetiva de forma focalizada, precarizada, com ênfase na Estratégia Saúde na Família e na assistência emergencial, bem como na fragmentação da concepção e do sistema de seguridade social.

No início do governo Lula, a configuração de forças no ministério ainda poderia ser caracterizada como de grande tensionamento e embate com a área econômica. Porém, ao final da gestão de Humberto Costa e com os dois ministros que se seguiram - inclusive o atual, José Gomes Temporão – os limites da política econômica conservadora passam a ser naturalizados como realidade imutável, sendo necessário, portanto, planejar, gerir e executar a política segundo as possibilidades do orçamento restrito.

Se o movimento de reforma sanitária já vinha em processo de refluxo e fragmentação, no governo Lula ocorre de fato o transformismo de grande parcela das lideranças dos trabalhadores e, dentre estas, as do movimento sanitário. Isto possibilita que muitos defensores da saúde pública se engajem na produção e defesa de “inovações” na gestão da política de saúde sob o argumento da reatualização e modernização da reforma sanitária, quando, na verdade, a estão negando.

Assim, a tendência que se colocava desde o governo FHC dá um salto em qualidade e amplitude na gestão Lula da Silva que pode ser sinteticamente caracterizada: algumas lideranças do movimento sanitário dirigem a gestão do Ministério da Saúde, mas o projeto que dirige a política ministerial não é o da reforma sanitária, apesar de se apresentar como continuidade deste.

A partir desse momento histórico, podemos afirmar que fundamentalmente existem três grandes projetos em confronto na política de saúde: o projeto *privatista*, o projeto do

*SUS possível* e o projeto da *reforma sanitária*. O projeto do *SUS possível* é defendido pelas lideranças que diante dos limites da política econômica defendem a flexibilização da reforma sanitária, mas nomeiam esse processo como reatualização, modernização ou mesmo como continuidade desta. Esse projeto, na verdade, termina por favorecer a ampliação dos espaços do projeto privatista e, apesar de suas lideranças não reconhecerem, os dois projetos compõem uma mesma unidade dialética e se imbricam mutuamente numa mesma racionalidade que, dessa vez, avança mais rapidamente na disputa hegemônica.

As políticas, programas e ações do Ministério da Saúde reproduzem o embate desses projetos; sendo que no início da gestão Lula há uma abertura maior para as conquistas da reforma sanitária que paulatinamente vão dando lugar às propostas hegemônicas do *SUS possível* e do *projeto privatista*. Tal processo pode ser observado no Pacto pela Saúde, no Plano Mais Saúde e no Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado.

O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, agrega em um só conjunto o Pacto pela Vida, o Pacto pelo SUS e o Pacto de Gestão. Esse pacto foi amplamente discutido e traz em seu bojo muito das propostas do projeto de reforma sanitária, sem deixar de expressar também interesses dos demais projetos em confronto, representando em parte as expectativas do primeiro mandato da gestão em torno da defesa da saúde pública e do SUS.

Em 2007, no relatório do Banco Mundial sobre o SUS, intitulado “Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro - Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos (2007)”, pode-se verificar a tentativa de deslocamento dos conflitos e dificuldades do sistema exclusivamente para o âmbito da gestão – seja o momento do planejamento, seja da organização e gestão do orçamento. Situam-se como problemas específicos da organização e funcionamento do SUS: suas normas onerosas, as exigências burocráticas de habilitação dos municípios, a pouca capacidade de gestão da maioria dos municípios que é de pequeno porte, a inadequação da política de recursos humanos e de sua gestão, devido à rigidez da legislação, à interferência frequente da política no planejamento e na eleição de prioridades, entre outros. Há, dessa forma, uma orientação subliminar sobre a necessidade de mudanças na modalidade de gestão da política de saúde.

Nesse mesmo ano de 2007, o governo Lula, através do Ministério da Saúde e do Ministério do Planejamento, apresenta ao legislativo o Projeto de Lei 92/2007, propondo as

Fundações Estatais de Direito Privado, que tenta instaurar no âmbito da gestão pública uma nova etapa do processo de contrarreforma, iniciado nos anos 1990.

Segundo Granemann (2008), tal projeto tem pretensões tão abrangentes quanto o processo gerenciado por Bresser Pereira, atingindo também outras áreas de atuação do Estado, como educação, assistência social, ciência e tecnologia e outros. As fundações apresentam-se como um novo modelo de gestão no âmbito do SUS – resta-nos saber de que SUS estamos falando – e configura-se como a gestão privatizada do sistema, dando à iniciativa privada autonomia de gastos, de contratação, de gestão de recursos humanos, inclusive com seu próprio plano de carreira, emprego e salários, sem controle social.

Na forma do projeto, é possível o entendimento de que as fundações podem efetivar contratos com outros agentes do mercado, “inclusive com aplicações financeiras, eufemismo para capitais que se notabilizam pela especulação com títulos públicos e em ações de empresas privadas com grande potencial de extração de mais valia”. (Granemann, 2008: p.38)

Apesar de alguns posicionamentos contrários às fundações – da Conferência Nacional de Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e de sindicatos de trabalhadores da saúde – uma estratégia que vem sendo utilizada nacionalmente é a sua aprovação no âmbito dos estados, como aconteceu em Pernambuco, com a adesão de algumas lideranças político-partidárias do movimento de reforma sanitária, num processo autoritário que desconsiderou o debate democrático e as instâncias de controle social do estado.

Também em 2007, o Ministério da Saúde lança o “Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011”, denominado de PAC<sup>26</sup> da Saúde, que pode ser considerado, junto com o Projeto de Lei 92/2007, como um segundo marco na contrarreforma da política de saúde, conferindo-lhe uma nova qualidade ao conceber a saúde como campo estratégico de integração do país num novo patamar de desenvolvimento, com propostas que expressam a tensão de projetos, mas que se vinculam predominantemente à racionalidade da contrarreforma, como veremos no próximo capítulo.

Mesmo com a ampliação dos serviços, de fato, hoje o SUS constitui um sistema focalizado na pobreza, potencializando direta e indiretamente o crescimento do mercado

---

<sup>26</sup> Programa de Aceleração do Crescimento.

privado: em pesquisa sobre a utilização de serviços de saúde, com base nos dados da PNAD/IBGE de 2003, evidencia-se que a participação do SUS é tanto maior quanto menor é o nível de renda da população e vice-versa, ou seja, quanto maior a renda, maior também a participação dos planos e seguros privados. (Porto et al, 2006)

Além da mercantilização dos serviços de saúde, a área da saúde também contribui decisivamente para a realização e acumulação do capital através da compra sistemática e contínua de novos equipamentos e medicamentos, proliferação de seguros e planos de saúde, etc. Ademais, o volume de recursos do fundo público da política de saúde torna-se alvo do interesse do mercado privado, configurada nas novas modalidades de gestão, como as organizações sociais, as fundações estatais de direito privado, entre outros, que acessam diretamente esses recursos. O Estado, dessa forma, deixa de ser executor dos serviços e passa a contratar e pagar por sua execução.

Nesse sentido, a contrarreforma na política de saúde segue as tendências de assistencialização e de mercantilização<sup>27</sup> da seguridade social, seus serviços e direitos sociais, possibilitando uma profunda precarização da política pública, conforme as orientações do Banco Mundial. No entanto, a racionalidade hegemônica hoje no SUS não é simples reprodução das orientações do Banco Mundial, tendo em vista que se constitui, como afirmamos anteriormente, produto histórico do tensionamento dos projetos em disputa, incorporando elementos particulares nesse movimento, em seus vínculos com os interesses societários em confronto na sociedade civil e no Estado brasileiros.

Tais elementos têm relação com duas importantes características da política de saúde que vão contribuir decisivamente com o contorno e as particularidades da contrarreforma, bem como com as formas de resistência a esse processo:

- 1) o direito público e universal à saúde foi resultado da luta e organização do movimento da reforma sanitária, que contribuiu decisivamente para uma concepção politizada desse direito. Mesmo que tal conquista não chegue a questionar a ordem econômica e social, consiste num importante ganho para os interesses da classe trabalhadora. Isto porque no marco da formação social brasileira, com um Estado e uma sociedade profundamente autoritários e distantes dos interesses dos

---

<sup>27</sup> Sobre tais tendências na seguridade social brasileira, ver o relevante trabalho de Mota (1995).

trabalhadores, oscilando na sua trajetória histórica entre regimes autocráticos e democracias restritas, as conquistas de 1988 e, especificamente, a organização do SUS em seus princípios originais se contrapunham a diversos interesses da burguesia nacional e internacional;

- 2) a política de saúde está diretamente relacionada a um direito humano fundamental: o direito à vida. Após a última Constituição, com a configuração pública estatal que esse direito adquiriu, dificilmente algum agente sociopolítico se contrapõe a ele de forma expressiva e aberta sem levantar grande resistência.

São essas características da política de saúde, mediadas também pelos interesses políticos e econômicos dos projetos societários em confronto e pelas condições históricas, que vão contribuir substantivamente para a configuração das particularidades da contrarreforma na saúde e de sua racionalidade:

- esse processo não vem ocorrendo na forma de um movimento explícito e amplo, muito pelo contrário, para burlar as possíveis resistências vem se constituindo de modo fragmentado, experimental e se espalhando paulatina e continuamente no interior do sistema. De acordo com Nilson Costa (2000), ela vem se dando fundamentalmente através da difusão de experiências de inovações em gestão, dentre estas as organizações sociais, fundações e cooperativas. Complementamos as observações do autor, ressaltamos que essa difusão vem sendo feita inclusive por lideranças do movimento de reforma sanitária, o que torna o processo ainda mais exitoso em termos de cooptação e adesão ao conteúdo da contrarreforma. Essa metodologia assemelha-se em muitos aspectos com a utilizada pelo Banco Mundial para divulgação e orientação de suas recomendações. Sendo assim, ela realiza-se de forma fragmentada e localizada, mas as experiências são disseminadas sob a forma de consenso como exitosas, exatamente como está ocorrendo agora com relação às fundações estatais de direito privado.
- o sistema vem crescendo de forma precarizada e fragmentada sem de fato atender à magnitude das necessidades da população usuária, configurando-se como uma

*ampliação restrita.* As características dessa expansão têm suscitado diversos conflitos que vão exigir mecanismos de dissolução, consenso e passivização;

- os princípios do SUS não são negados explicitamente, tendo em vista as possibilidades de resistência. Os princípios e fundamentos legais do SUS são refuncionalizados, adquirem conteúdos distintos da racionalidade hegemônica no projeto de reforma sanitária, incorporando elementos da nova racionalidade hegemônica hoje no sistema, como podemos observar no quadro a seguir;
- para isso foi necessário que ocorresse o transformismo de muitas lideranças do movimento de reforma sanitária, com um engajamento ativo destes como defensores e/ou formuladores da contrarreforma.

Como seus princípios são refuncionalizados, os defensores da contrarreforma apresentam-se como defensores do SUS, da saúde pública e da reforma sanitária, quando, na verdade, o que está em gestação é um SUS que se concretiza de forma bem diversa do SUS histórico. As mudanças no sistema são apresentadas como continuidade da reforma sanitária e a contrarreforma realiza-se de maneira implícita, por dentro do próprio sistema. (Quadro 1)

QUADRO 1  
Refuncionalização de Princípios e Diretrizes do SUS

Princípios/ Diretrizes Organizativas	SUS Instituído	SUS Materializado
Universalidade	“Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. <sup>28</sup>	Acesso focalizado nos mais pobres e pauperizados, que enfrentam, em geral, extensas filas objetivas ou virtuais, representando um verdadeiro gargalo no sistema, gerando um grande número de demandas não contempladas pelo sistema.
Equidade	Todos têm direito ao atendimento de acordo com a diversidade de suas necessidades, de modo que seja garantida a igualdade na diferença.	Focalização precarizada do atendimento no segmento populacional mais pobre, sob a justificativa de que este é mais “vulnerabilizado”. Fere-se, desta forma, o princípio da igualdade, da universalidade e da própria equidade.

<sup>28</sup> Lei 8080/1990, Art. 7

Integralidade	“Conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” <sup>29</sup>	Atenção básica, média e alta complexidade precarizadas e focalizadas na pobreza, principalmente através da expansão focalizada do PACS <sup>30</sup> , da ESF <sup>31</sup> e dos atendimentos emergenciais com fragmentação do sistema e quebra da referência e contrarreferência.
	Descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível de governo, regionalização e hierarquização da rede de serviços <sup>32</sup> . Portanto, com responsabilização de todos os níveis de acordo com as suas especificidades	Descentralização com desresponsabilização da União principalmente no que se refere ao financiamento; centralização do planejamento de modelos de atenção à saúde padronizados, como o PACS e a ESF
	Direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema, em seus diversos níveis federativos, nos espaços de controle social, em especial nos conselhos e conferências, de caráter paritário e deliberativo	As instâncias de controle social vêm sendo continuamente desvalorizadas e burocratizadas. As importantes decisões sobre a política têm passado ao largo dos conselhos e conferências, centralizando-se nos gabinetes de gestores e no poder legislativo, quase sempre ignorando completamente as deliberações daqueles.
	“Financiamento solidário entre as três esferas de governo, conforme o tamanho da população, suas necessidades epidemiológicas e a organização das ações e serviços.” <sup>33</sup>	Subfinanciamento e maior responsabilização do nível municipal
	Gestão pública, com controle social público e orientada pelos princípios e diretrizes públicos	Gestão através de organizações sociais ou fundações estatais de direito privado, sem controle social e orientada pelas diretrizes e princípios do mercado

Fonte: Pesquisa Contrarreforma na Política de Saúde<sup>34</sup>

Com o transformismo há “a incorporação – engajamento molecular” de intelectuais e lideranças do movimento de reforma sanitária ao projeto de contrarreforma na política de saúde. Esta estratégia transformista possibilita uma defesa “dosificada” da reforma sanitária ao mesmo tempo que um empobrecimento de sua radicalidade, de maneira que a contrarreforma realiza-se molecularmente. (Braga, 1996: p. 202)

O transformismo integra, na verdade, um processo mais amplo discutido por Gramsci (1985): o papel dos intelectuais na sociedade capitalista. Não existe organização social sem intelectuais, isto é, sem “um estrato de pessoas “especializadas” na elaboração conceitual e

<sup>29</sup> Lei 8080/1990, Art. 7º§II.

<sup>30</sup> Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

<sup>31</sup> Estratégia Saúde da Família ou simplesmente Saúde da Família (SF).

<sup>32</sup> Lei 8080/1990, Art. 7º§IX.

<sup>33</sup> Rezende, 2008: p.31

<sup>34</sup> Pesquisa que deu origem à presente tese.

filosófica” das relações sociais. Seja no processo de disputa hegemônica, seja no de legitimação e consolidação da hegemonia, os intelectuais são fundamentais na formulação do ideário e racionalidade apropriados como universais quando, em verdade, representam interesses de grupos e classes específicos. (Dias, 2006: p.72)

Segundo Amaral, na atualidade,

[...] a questão dos intelectuais ganha uma relevância central, posto que sua intervenção sobre o real é formadora de uma visão de mundo que passa a ser organizada a partir de novos valores, comportamentos e concepções impostas pela ordem neoliberal. A referencialidade de totalidade é substituída pelo fragmento e pela imediatez das práticas sociais, donde emergem as noções de eficiência, eficácia, competitividade e produtividade. Esta ruptura com a totalidade é condição para que se estabeleçam as bases sobre as quais a vida social deve ser edificada, na contemporaneidade. (2005: p. 189)

Na contrarreforma da política de saúde, os intelectuais tornam-se fundamentais, ao contribuírem decisivamente para a refuncionalização dos princípios originais do sistema e, com isso, possibilitarem uma menor resistência às mudanças e uma melhor adesão a elas.

Nesse sentido, a racionalidade hegemônica hoje no SUS agrega elementos do projeto de reforma sanitária, mas rompe com a sua tradição essencialmente progressista, com a sua radicalidade mesmo dentro da ordem do capital. E é precisamente aí que está o núcleo de sua força: ao transformar, ao recuperar desse ideário alguns elementos retirando-lhes radicalidade. Sendo assim, não podemos dizer que esta racionalidade é continuidade da racionalidade da reforma sanitária.

[...] não se pode falar de continuidade real em face de casos nos quais se verifica uma assimilação unilateral e deformada de meros fragmentos de doutrinas anteriores os quais, desligados da totalidade do pensamento originário da evolução filosófica na qual esse pensamento, mesmo em suas limitações, aparecia como etapa necessária. Revela freqüentemente um caráter não apenas diverso, mas inclusive contrário. (Coutinho, 1972: p.10)

Então, fragmentos descolados da totalidade do projeto de Reforma Sanitária são recuperados, o que revela não só as limitações dessa incorporação no sentido de reatualização ou modernização da Reforma Sanitária – como é apresentada - mas também expressa um caráter diverso e, muitas vezes, contrário ao sentido original, como é o caso da

gestão pública segundo o marco legal original do SUS e as propostas de gestão de âmbito privado.

Essa estratégia da racionalidade hegemônica não é nova: ela é própria da racionalidade instrumental burguesa, constituindo-se num importante mecanismo utilizado quando as condições e necessidades sociais e históricas assim o demandam. Foi assim com a ruptura da razão instrumental burguesa com a racionalidade progressista da burguesia.

Além disso, conforme os primeiros pensadores burgueses que buscavam romper com o sistema feudal e seus liames, as lideranças do projeto de reforma sanitária nos anos 1970 e 1980 não estavam comprometidos com o Estado autocrático e seu regime, com o qual queriam romper. Porém, nos anos 1990, parte dessas lideranças são assimiladas nos governos neoliberais e, principalmente, na gestão Lula da Silva, essas lideranças passam a gerir predominantemente a Política de Saúde no Brasil.

Há, dessa forma, um grande compromisso com a realidade existente, com o governo que precisa ser legitimado e que, por sua vez, está fortemente comprometido com os interesses da burguesia nacional e internacional. As lideranças da reforma sanitária comprometidas com esse governo não podem mais pensar e fazer uso de elementos e bandeiras de lutas que ponham em cheque a gestão da política de saúde. Porém, como conciliar a proposta privatista da saúde com o projeto de reforma sanitária? É, nesse sentido, que no embate de ideários, parte dessas lideranças optam pelas denominadas *soluções possíveis*.

O rompimento com os elementos mais progressistas da reforma sanitária pode ser considerado como um rompimento com a sua racionalidade – que, como vimos era fundamentalmente político emancipatória. É certo que esse processo se dá perpassado por muitos conflitos e contradições. Mas, apesar desse tensionamento, a racionalidade instrumental se constrói e reconstrói e disputa hegemonia no interior da política de saúde brasileira e, mais precisamente, no SUS. Essa racionalidade tem sido hegemônica na academia, entre os gestores e no interior de muitas unidades de saúde, mas nem por isso não há a resistência e o tensionamento na defesa do direito à saúde pública, conforme os seus preceitos originais.

E justamente por ter sido construída a partir de elementos do projeto de reforma sanitária, essa racionalidade que organiza o Sistema Único de Saúde pode ser, de forma dialética e contraditória, utilizada com a finalidade de enfatizar os princípios originais da reforma.

Todas essas particularidades requerem algumas estratégias: cisão entre a atenção básica e a média e alta complexidade; elaboração e divulgação de relatórios documentando experiências gerenciais ou de gestões “exitosas”; responsabilização da sociedade civil através do incentivo implícito à criação de organizações não-governamentais ou associações com finalidade de arrecadação de recursos no âmbito das unidades de saúde, além do financiamento de projetos executados por essas entidades no âmbito da saúde; realização de articulações / negociações / discussões de novas propostas administrativo-gerenciais que, por sua vez, terminam por influenciar diretrizes, normas, procedimentos dentro do sistema, entre outros.

Tais estratégias e todo o movimento de contrarreforma no âmbito do SUS estão fundados numa racionalidade ou lógica institucional vinculada ao projeto de saúde privatista, que mantém também vínculos com o projeto SUS possível. De acordo com Guerra (1995), o Estado faz uso das possibilidades da racionalidade revestindo-a de tecnicismo e instrumentalismo ao intervir nas expressões da questão social via políticas sociais, no sentido de manipular e naturalizar as contradições sociais. Essa lógica, ao incorporar princípios cientificistas, termina convertendo o político – que é espaço de conflito, contradição – em questões de ordem técnica e burocrática.

Assim, o ajuste estrutural configurado na contrarreforma da política de saúde incide principalmente no interior do próprio SUS intensificando o histórico processo de privatização da saúde pública brasileira, utilizando-se de diversos mecanismos que invariavelmente referem-se à relação público e privado no interior do sistema. (Morais & Lima, 1999)

O conteúdo transformista dessa racionalidade, que refuncionaliza princípios do SUS constitucional, colocava-se como tendência desde o governo FHC, mas é no governo Lula que se consolida e chega a um novo patamar de qualidade, posto que os seus gestores da saúde, predominantemente, constituem-se lideranças históricas do movimento de reforma sanitária. Além disso, é sob sua gestão que a política do Ministério da Saúde retoma a

discussão da reforma sanitária que volta a ser identificada nos documentos, relatórios e na própria política. No entanto, essa retomada tem uma série de limitações, sendo a maior delas a política econômica conservadora que inviabiliza um sistema de seguridade social efetivamente público, universal e de qualidade. Diante da decisão de priorizar os interesses do grande capital, o projeto de reforma sanitária torna-se inviável, por isso, é necessário flexibilizá-lo, ou reatualizá-lo de acordo com as novas necessidades sociais. Esse processo também expressa o grande tensionamento no interior do governo, porém, a hegemonia encontra-se com o projeto privatista e com aqueles que flexibilizaram os princípios da reforma sanitária.

Dessa forma, a racionalidade hegemônica na política de saúde hoje, apesar de ser uma construção ideal fundada na matriz do pensamento formal-abstrato com influência também do pensamento irracional pós-moderno, é determinada historicamente e, portanto, responde às necessidades da realidade objetiva.

Os conflitos oriundos do aparente descolamento dos seus fundamentos com a materialização cotidiana do SUS escondem, na verdade, que estes compõem uma mesma lógica institucional. Tenta-se, pois, a todo custo mistificar e obliterar qualquer possibilidade de desvelamento das necessidades sociais que são referenciadas no sistema e quais as suas raízes políticas, econômicas, históricas e sociais.

De modo geral, identifica-se ao longo da década de 1990, principalmente a partir do governo FHC e até o governo Lula da Silva, que a racionalidade instrumental da contrarreforma na política de saúde fundamenta-se em três perspectivas diversas que, apesar de aparentemente conflitantes, são complementares:

1. a primeira, baseada na razão formal-abstrata, também denominada racionalizadora, que atribui os conflitos e problemas do SUS às suas ineficiências internas que podem ser concebidas, inclusive, como irracionalidades. Essa perspectiva impregna a política de saúde de tal forma que o controle de custos e os modelos padronizados de eficiência tornaram-se metas e não mais simples instrumentos;
2. a segunda perspectiva, de inspiração estruturalista, tem grandes traços de continuidade com a primeira, pois mesmo elencando tendências denominadas como estruturais na sociedade (envelhecimento populacional, incremento tecnológico,

etc.), que contribuem com a crise do sistema de saúde, não passa da superficialidade do imediato ao não identificar as mediações com as tendências do capitalismo contemporâneo e a estrutura de desigualdade social. Além disso, não exclui de forma alguma as propostas de racionalização dos custos e dos serviços. Há, nessa perspectiva, uma certa influência do pensamento pós-moderno;

3. por fim, a terceira perspectiva tem inspiração no irracionalismo contemporâneo e é, sem dúvida, uma das que contribui decisivamente para a reprodução da contrarreforma: diante do caos que se constitui boa parte do cotidiano de execução dos serviços de saúde – emergências lotadas, demanda maior que a oferta de serviços, listas de espera para UTI, falta de estrutura física adequada, falta de medicamentos, etc. – faz-se necessário o pragmatismo irracional e imediatista para fundamentar as práticas sociais no interior do sistema. Esse irracionalismo reproduz em seus agentes a perplexidade em relação à realidade, mas uma perplexidade passiva, como se esta fosse imutável, como se a história estivesse acabada. Só esta imutabilidade poderia proporcionar o imobilismo e a alienação de muitos usuários e profissionais de saúde ao contemplar o caos.

Essas três perspectivas formam a base da racionalidade instrumental hegemônica e tanto a estruturalista quanto a irracional representam muito mais continuidade do que ruptura em relação à racionalizadora. Afinal, como já observamos no início deste capítulo, ambas as perspectivas – racionais ou irracionais – são necessárias para a legitimação e composição do pensamento burguês contemporâneo.

Todo esse conjunto de particularidades, estratégias e perspectivas tem repercussão sobre as práticas sociais no interior do SUS e engendram um conjunto de requisições e demandas que se apresentam no cotidiano profissional com uma importante determinação - posto que estruturam-se no interior do embate de racionalidades na saúde pública e no Estado brasileiro, contendo predominantemente elementos da racionalidade hegemônica.

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

contratos de gestão, etc., quanto também nas ações emergenciais, na contenção da demanda, nos plantões, reproduzindo a lógica individualista, curativa e predominantemente assistencial.

Em meio a esse cotidiano da urgência, não há tempo para refletir, no máximo pensar de modo imediato na ação; a lógica institucional impulsiona os profissionais a circunscreverem-se ao imediato, ao pragmático e ao urgente. Aos assistentes sociais da saúde pública inseridos num sistema cuja racionalidade hegemônica pauta-se por essas estratégias e perspectivas – que podem aqui ser considerados como determinações que delimitam e incidem sobre a atuação profissional – o espaço de articulação e intervenção estratégica e crítica fundada numa racionalidade contra-hegemônica fica cada vez mais restrito, dado o peso dessas velhas e novas determinações, como poderemos aprofundar posteriormente.

De fato, a racionalidade da contrarreforma imprime traços à política de saúde e ao SUS – que em muito lembram algumas características das CAPS, IAPS, INPS e INAMPS - conferindo-lhes, contudo, uma roupagem de modernidade e até pós-modernidade: de forma que o SUS que se concretiza pode ser caracterizado como um conjunto de retalhos alinhavados entre si - pedaços de reforma sanitária e de afirmação da emancipação política na saúde e pedaços do antigo modelo assistencial, individual, curativo, contributivo e, sobretudo, autoritário. E esse alinhavado ocorre com a participação ativa de muitos dos que construíram o projeto contra-hegemônico na saúde.

Essa passagem do direito de revolução à consagração da ordem se faz mediante a criação de uma série de burocratas e intelectuais (que fazem a legitimação do novo com as palavras do velho e organizam a política, vale dizer a gestão da ordem).  
(Dias, 2006: p. 228)

A aparente dualidade entre a política pública precarizada e as eficientes propostas de inovações na gestão do sistema, entre o SUS histórico e o SUS materializado, entre novas e velhas demandas ao Serviço Social, integra um mesmo movimento, uma mesma racionalidade, que tem impactos importantes sobre a população usuária do sistema e sobre as práticas sociais dos trabalhadores da saúde – entre estes, o assistente social.

No entanto, para desvelar esses impactos, faz-se necessário analisar mais detidamente algumas políticas, planos e documentos significativos do Ministério da Saúde na gestão Lula, a fim de compreender melhor essa racionalidade na atualidade.

## CAPÍTULO 2

### A RACIONALIDADE HEGEMÔNICA NO SUS HOJE

No presente capítulo analisaremos três documentos do Ministério da Saúde no governo Lula, objetivando apreender os eixos estruturadores, fundamentos e mecanismos da racionalidade da contrarreforma, a partir das principais diretrizes da política de saúde e seus principais conceitos acerca da gestão. Em seguida, discutiremos as tendências desencadeadas por essa racionalidade na implementação do SUS, em meio às contradições e tensionamentos da materialização do sistema.

#### 2.1 - As Diretrizes que Orientam o SUS na Atualidade

Os três documentos que aqui serão analisados<sup>35</sup> são reveladores das principais tendências da política de saúde nos últimos anos e, neste sentido, expressam a racionalidade hegemônica no SUS. São eles:

- “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão” – que congrega as principais diretrizes dos Pactos pela Saúde<sup>36</sup> (Brasil, 2006);
- “Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados – informações sobre o Projeto de Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal<sup>37</sup>” (Brasil, 2007);
- “Plano Mais Saúde: direito de todos 2008-2011<sup>38</sup>” (Brasil, 2007).

---

<sup>35</sup> Na exposição dos documentos - que será realizada por ordem cronológica de suas respectivas publicações - destacaremos as questões que tratam da gestão da política e que sejam de relevância para a análise dos impactos para o Serviço Social na saúde. Para não se tornar repetitivo, sempre que um documento reproduzir as ideias e fundamentos que já foram apresentados de forma mais aprofundada num documento anterior, não será mais necessário o mesmo nível de aprofundamento.

<sup>36</sup> Os Pactos pela Saúde são constituídos por 7 volumes: 1 – Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; 2- Pacto pela Vida e de Gestão: regulamento; 3- Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS; 4 – Política Nacional de Atenção Básica; 5- Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde; 6 – Diretrizes para a Implementação de Complexos Reguladores; 7 – Política Nacional de Promoção da Saúde.

<sup>37</sup> Publicado em 2007 pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

<sup>38</sup> O referido documento expressa as mediações da saúde pública e de sua proposta de gestão com o modelo de desenvolvimento do Estado brasileiro.

Todos eles foram elaborados a partir da gestão do governo Lula, representando, por isso mesmo, tanto características gerais da contrarreforma na saúde, como também as particularidades da política atual, que, como tratamos no capítulo anterior, acentua tendências, conferindo-lhes um adensamento político qualitativamente maior.

### 2.1.1 “Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”

Uma das principais ideias / concepções que norteiam o documento é a da *gestão como pactuação* ou da necessidade da *pactuação para uma gestão de qualidade*. A pactuação é relacionada à adesão solidária e cooperativa que, por sua vez, é caracterizada pelo comprometimento dos gestores sob a forma de contratualização da gestão. Segundo o próprio documento, o Pacto traz três importantes mudanças:

[...] a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes. (2006: p. 6)

Neste sentido, seguindo a lógica do comprometimento e adesão, “a implementação do Pacto dependerá da adesão dos muitos atores que, em cada parte deste nosso imenso e diverso País, constroem o cotidiano da Saúde Pública Brasileira”. (Idem)

O Pacto tem 3 dimensões: o **Pacto pela Vida** – com as diretrizes, metas e ações relacionadas à Atenção à Saúde; o **Pacto em Defesa do SUS** – que se refere aos compromissos para consolidação da Reforma Sanitária; e o **Pacto de Gestão** – que estabelece as diretrizes para a gestão do sistema.

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão – possibilita a efetivação de acordos entre as esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades da população e na busca da equidade social. (Brasil, 2006: p. 7-8)

Assim, a metodologia que o documento propõe é a da consensualização das esferas de gestão em torno das “inovações” e “reformas” na gestão do sistema, redefinindo responsabilidades coletivas. Apesar das três dimensões do Pacto serem todas importantes na sua contribuição, chama a atenção a preponderância que adquirem os processos e instrumentos de gestão para a resolutividade e eficiência do sistema.

O **Pacto pela Vida** consiste na pactuação “entre os gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população”. As prioridades do Pacto são: controle do câncer do colo uterino e de mama; saúde do idoso; mortalidade infantil; doenças emergentes e endêmicas (especialmente dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); promoção da saúde; atenção básica.

As diretrizes e estratégias pactuadas nessas prioridades são relacionadas, no texto do documento, aos princípios do SUS, principalmente no que se refere à integralidade e à resolutividade. Entre as ações e metas, destacam-se aquelas de redução da incidência de mortalidade infantil, das endemias, etc., bem como de ampliação e/ou fortalecimento de serviços e respostas, como cobertura de 60% para exames de mamografia, realização de punção em 100% dos casos necessários.

Os objetivos da promoção da saúde enfatizam as ações que se referem à atividade física e alimentação regular, estimulando a “mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo”. (Brasil, 2006: p13)

Na Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família é apresentada como prioritária, devendo ser consolidada, qualificada e ampliada com ações de qualificação profissional e implantação de processos de monitoramento e avaliação. O Pacto também apoia as especificidades loco-regionais e os diversos modos de organização da Atenção Básica, desde que estes considerem os princípios da Estratégia Saúde da Família. Com relação à saúde do idoso, destacamos as ações de qualificação profissional e de reorganização do *acolhimento*, apresentada como “uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso”. (Idem: p.13)

Com relação ao **Pacto em Defesa do SUS**, enfatiza-se que o trabalho tanto dos gestores quanto dos atores envolvidos deve estar comprometido com a consolidação da

reforma sanitária, “explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal”, desenvolvendo ações que qualifiquem o SUS “como política pública”. Para isso, propõe três iniciativas fundamentais:

1. A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;
2. A promoção da cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como direito;
3. Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema. (Idem: p. 15)

A repolitização proposta constitui-se, assim, num processo de retomada e atualização da reforma sanitária, sendo caracterizado - pelo conjunto das ações elencadas - como relacionado: ao fortalecimento e ampliação da interlocução com os movimentos sociais, especialmente os vinculados à saúde e à cidadania; ao apoio à mobilização social, concebendo a saúde como um direito; e ao diálogo com a sociedade.

Ainda nessa dimensão do Pacto, há uma clara preocupação com o aumento do aporte financeiro da saúde, estruturando-o de forma compatível com as necessidades do SUS; sendo, para isso, proposta a regulamentação da EC 29<sup>39</sup> pelo Congresso Nacional e a aprovação de um orçamento SUS com os três níveis de gestão, apresentando seus compromissos de acordo com a Constituição Federal.

Em relação ao **Pacto de Gestão**, são estabelecidas diretrizes para a gestão no que se refere a: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

As diretrizes de descentralização e regionalização têm grande preponderância sobre a concepção de gestão proposta no Pacto e ambas devem ser implementadas de forma

---

<sup>39</sup> A Emenda Complementar 29 foi aprovada em 2000, regulamentando os percentuais de investimento dos diversos níveis federativos na saúde: a União deve aplicar o mesmo valor do ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB dos dois últimos anos; Estados, 12% de seus impostos; e Municípios 15%. Porém, a emenda determina que a cada 5 anos se regulamentasse o seu conteúdo com os percentuais devidos à saúde; caso isso não ocorresse, permaneceria o mesmo cálculo. Apesar do subfinanciamento da saúde e das inúmeras tentativas e organização dos movimentos sociais, desde 2005 a regulamentação da EC 29 não é atualizada. Da forma como está, há uma clara desresponsabilização da União em relação ao financiamento. Segundo Machado, “o maior valor per capita federal (atualizado monetariamente) para a saúde foi em 1999, ano anterior à aplicação da EC-29: R\$ 278.” (2009: p.5)

compartilhada e pactuada entre todos os níveis de gestão, de modo cooperativo e consensualizado. O papel do Ministério da Saúde é o de proponente de políticas, cofinanciador, responsável pela cooperação técnica, avaliação, mediação de conflitos, entre outros. E as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartites é que se constituem o lugar da pactuação e deliberação dos modelos organizacionais e sua operacionalização, devendo todas as suas decisões serem tomadas por consenso.

Quando se refere à descentralização, o documento não menciona os conselhos de saúde e, no item da regionalização, os conselhos são mencionados apenas duas vezes. Neste sentido, evidencia-se que o Pacto atribui à descentralização e regionalização do sistema uma natureza operacional e de política consensualizada, ficando para o âmbito do controle social o debate e deliberação sobre a macropolítica e, no máximo, sobre o desenho já elaborado nas Comissões Intergestoras e no Colegiado Regional de Saúde.

A regionalização, de acordo com o referido pacto, deve se organizar de forma coerente com os princípios do SUS, principalmente os relacionados ao acesso universal, à equidade, à integralidade da atenção, à qualificação da descentralização e também à racionalização de gastos e otimização de recursos. Tais princípios, além de constituírem diretrizes da regionalização, configuram-se também como seus objetivos.

É importante ressaltar que o documento não menciona a prioridade pública da gestão das unidades de saúde, no processo de organização dos serviços tanto na descentralização quanto na regionalização. Nesse sentido, reitera subliminarmente a concepção de que o gestor não precisa ser o executor da política, podendo se configurar como contratante de serviços privados de saúde, conforme as alterações previstas desde a NOB 96.

No que se refere ao financiamento, o Pacto traz uma proposta mais integrada em que os repasses são realizados em cinco blocos: atenção básica, atenção da média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão SUS. Mais precisamente sobre os recursos do bloco “gestão do SUS”, deverá:

[...] apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes componentes: regulação, controle, avaliação e auditoria; planejamento e orçamento; programação; regionalização; participação e

controle social; gestão do trabalho; educação na saúde; incentivo à implementação de políticas específicas. (Idem: p. 30)

São considerados também, neste item, recursos financeiros específicos para investimento no sistema, objetivando prioritariamente a superação de desigualdades no acesso e visando à integralidade da atenção à saúde, principalmente no que se refere à recuperação e/ou expansão da estrutura física dos serviços e à organização de espaços de regulação. Tais investimentos terão como eixos prioritários de aplicação o incentivo à regionalização e às ações e serviços na atenção básica.

Com relação ao planejamento, o mesmo deve seguir as diretrizes da integralidade e solidariedade entre as três esferas de gestão, constituindo-se um Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde, com definição das responsabilidades de cada uma dessas esferas, dando direcionalidade à gestão.

Sem dúvida, o planejamento e a pactuação são importantes estratégias do Pacto - de forma que são elas que conferem a racionalidade e a organização do sistema conforme ele vem sendo proposto e sua metodologia gira em torno da construção do consenso entre os diversos gestores e sua responsabilização mútua. O planejamento é, assim, instrumento de racionalização.

O planejamento objetivará, de forma tripartite (União, estados e municípios) pactuar as bases funcionais, o monitoramento e a avaliação do SUS, promovendo a participação social e a integração intra e intersetorial, levando em consideração os determinantes e condicionantes da saúde.

A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI) configura-se como a programação das ações de saúde e orienta a alocação de recursos para essas respectivas ações, devendo sempre partir de critérios que foram pactuados estadual e nacionalmente. Os gestores terão sempre flexibilidade na programação desde que respeitada essa pactuação. As ações e sua programação devem estar integradas aos processos de planejamento e de regionalização e, objetivamente, devem contribuir para o acesso aos serviços de saúde e subsidiar a regulação da assistência.

Com relação à regulação da atenção à saúde, as suas ações envolvem:

- a contratação de serviços/prestadores públicos ou privados;

- a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial – “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”, instituindo um verdadeiro Complexo Regulador (exercendo o Controle Assistencial e avaliação), através da articulação de “Centrais de Atenção Pré-Hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais” (Idem: p. 35);
- Auditoria assistencial ou clínica, que objetiva avaliar e estimular a qualidade do atendimento através de “procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados” (Idem: p.35).

Destacamos aqui duas metas da regulação: “a contratualização de todos os prestadores de serviço” e a “colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação”. (Idem: p. 36)

A regulação é, neste sentido, uma das bases da racionalidade proposta nesse documento, tendo em vista que, junto com o planejamento, organiza e estrutura os serviços de saúde - que devem ser contratualizados, isto é, se comprometerem e responsabilizarem-se através da contratação, em bases objetivas, com produção, procedimentos, metas a serem executados.

Além disso, há uma clara tentativa de se normatizar todos os procedimentos de atendimento dos serviços em sua complexidade e diversidade, desde as ações ambulatoriais até as ações de internamento, visando a um maior controle de qualidade, eficiência e eficácia nos resultados. Esse controle/regulação é ampliado inclusive no que se refere ao acesso ao sistema, criando-se diversos protocolos com base nos níveis de complexidade, na demanda e no “território” / regionalização.

A participação social é apresentada como parte fundamental do Pacto numa perspectiva ampliada, com ações que vão para além do apoio ao controle social – conselhos, conferências, formação de conselheiros – e configuram-se também no apoio aos movimentos sociais, à educação popular em saúde como meio de ampliação da participação social, à estruturação de ouvidorias nos municípios e estados e à mobilização social e institucional pelo SUS e na discussão do pacto. (Idem: p. 37)

Quanto à gestão do trabalho, suas principais diretrizes são: valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, com “tratamento de conflitos” e humanização das relações de trabalho; autonomia dos diversos entes federativos para manter ou ampliar o seu quadro de trabalhadores; planos de Carreiras, Cargos e Salários do SUS; promoção de relações de trabalho coerentes com a legislação de proteção ao trabalhador; vínculos de trabalho que respeitem os direitos previdenciários, sociais e trabalhistas, promovendo, se for necessário, ações de adequação de vínculos; estímulo à negociação por meio da instauração de uma Mesa de Negociação; papel indutor de mudanças por parte das secretarias municipais e estaduais de saúde, tanto em relação à gestão do trabalho quanto à educação em saúde.

Para a estruturação da Gestão do Trabalho serão priorizados as necessidades a ela relacionadas, como a base jurídico-legal, atribuições específicas, estrutura organizacional e física e equipamentos, capacitação de gestores e técnicos para a gestão de trabalho no âmbito do SUS e estruturação informatizada de um sistema gerencial de informações.

Como o Pacto não especifica a natureza do vínculo de trabalho e remete à necessidade de estruturação de uma base jurídico-legal, deixa espaço aberto para novas modalidades de gestão do trabalho no SUS, diferentes das que já haviam sido institucionalizadas até 2006 (ano de sua publicação).

Com relação às diretrizes de educação na saúde, há uma priorização da política nacional de educação continuada para o “fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde”. Tais ações devem ser articuladas entre os gestores, instituições de ensino, serviços e o controle social. Apesar de o Pacto referendar que os gestores devem promover e apoiar a aproximação da educação popular em saúde com a formação profissional e a educação permanente, ao longo do documento fragmenta-se a concepção de educação em saúde, de forma que a educação continuada é referida nesse item (educação na saúde), dentro do Pacto de Gestão, e a educação popular é citada no interior da diretriz de participação social. (Idem: p. 40)

Com relação às responsabilidades, aos estados e União cabe, junto com os municípios, garantir o financiamento tripartite, participar e cumprir a pactuação, além de coordenar, prestar apoio técnico, político, financeiro, etc. Os municípios devem garantir as ações de saúde com integralidade e de forma interdisciplinar,

[...] por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências (e) promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais. (Idem: p. 41)

Ao final do documento, no item “Direção e Articulação”, afirma-se que “a direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde...”. As Comissões Intergestoras são apresentadas como os colegiados preferenciais para a articulação e negociação entre os gestores quanto à operacionalização do SUS. Sendo assim, como o Pacto pela Saúde é referenciado enquanto espaço de organização e planejamento da operacionalização do sistema, as Comissões Intergestoras têm centralidade no processo. (Idem: p. 73)

Em síntese, as principais diretrizes e ações desse documento são:

- *gestão descentralizada, regionalizada e pactuada* entre gestores e atores envolvidos, com a *adesão cooperativa e solidária* de todos, através do comprometimento via *contratualização*. A metodologia dessa racionalidade é a *consensualização* e responsabilização em torno dos compromissos pactuados e contratualizados, cujo locus privilegiado de decisão são as Comissões Intergestoras.
- *ampliação*, mesmo que parcial, do sistema e de sua cobertura populacional;
- ações de Promoção da Saúde que enfatizam a *responsabilização individual* do usuário do SUS;
- a *Atenção Básica* é prioridade e dentro desta a estratégia *Saúde da Família* tem centralidade;
- *educação profissional continuada* como estratégia de qualificação e *acolhimento* como estratégia de acesso.
- *atualização da Reforma Sanitária* que envolve o mecanismo de *repolitização da política de saúde* e perpassa a relação com os movimentos sociais e o modelo pactuado e consensualizado de gestão.

- as instituições de saúde são concebidas como unidades produtoras, podendo ser de natureza pública ou privada, e recebem os recursos conforme a contratualização da gestão por metas de produção de serviços
- a contratualização, o planejamento e a programação das ações constituem-se instrumentos do modelo de regulação dos serviços que devem conferir organicidade e racionalidade ao sistema, com suas normatizações de acesso, fluxo e rotinas.
- *estruturação da gestão do trabalho*, com qualificação, espaços de negociação, inclusive com possibilidade de mudanças na base jurídico-legal.
- na concepção de gestão do documento, também encontram-se dialeticamente presentes os *princípios constitucionais do sistema*, dentre eles, a participação social, a integralidade, a resolutividade; contemplam-se também outros elementos do projeto de reforma sanitária como a educação em saúde e a necessidade de financiamento adequado às necessidades sociais da população.

### **2.1.2 Fundação Estatal: análise do Projeto de Lei Complementar enviado ao Congresso Nacional pelo Governo Federal**

Esse documento justifica a necessidade do novo modelo de gestão proposto – as fundações estatais de direito privado -, elencando várias razões:

- O denominado “estrangulamento da área hospitalar”, que não consegue atender às demandas da população, inclusive com servidores sobrecarregados:

Com o passar dos anos, o modelo de administração pública direta mostrou-se incapaz de acompanhar as constantes demandas, com dificuldades de ampliar a capacidade de funcionamento dos hospitais e preparar-se para os novos tempos, sem abrir mão dos princípios do SUS. Como resultado, hoje são encontrados serviços públicos de saúde, particularmente hospitais, com limitações significativas, servidores sobrecarregados, sem perspectivas de crescimento profissional, e uma população insatisfeita com o atendimento (2007: p.3);

- A necessidade de profissionalizar a gestão, tornando-a mais ágil e eficiente, conferindo-lhe maior autonomia;

- Aprofundamento, fortalecimento e modernização do SUS:

O sonho de um sistema de saúde para todos (...) não pode se dar por terminado com a sua criação(...) É preciso que o Sistema Único de Saúde seja fortalecido, acompanhe as mudanças, cumpra sua função principal de proporcionar um atendimento digno e que seja orgulho de toda a população brasileira. (Idem: p. 4)

É apresentado um modelo de gestão coerente com os avanços organizacionais e tecnológicos, conferindo-lhe uma “nova lógica administrativa”, orientada por metas pactuadas, por indicadores de avaliação tanto da produção quanto da qualidade do atendimento.

Há uma grande preocupação no documento em negar que a gestão por fundação estatal de direito privado seja uma modalidade de privatização do SUS. Para isso, há dois argumentos básicos que se complementam:

- 1) as fundações estatais são categorias jurídicas que existem desde 1967 e que o Projeto de Lei 92/07 objetiva apenas “redefinir o seu campo de atuação e um novo regime administrativo, conferindo-lhe características condizentes com as necessidades atuais da administração pública”. Nesse sentido, a fundação estatal de direito privado constitui-se num ente da administração pública que possui flexibilidade e autonomia maiores do que as fundações públicas de direito público e que, por isso, “é comparável a uma empresa estatal”. (Idem: p.5)
- 2) a maior autonomia desse novo modelo de gestão possibilita que os instrumentos administrativos de natureza privada sejam incorporados à racionalidade da gestão pública:

A proposta não é privatizar, pelo contrário. É trazer para dentro do Estado inovações que o mundo inteiro está experimentando: contratos de desempenho, modelos mais eficientes de gestão, cobrança de resultados da administração e remuneração por bom desempenho. (Idem: p.4)

O documento destaca que a gestão das fundações será por metas de desempenho vinculadas aos recursos, através de contratualização. Sendo assim, haverá o comprometimento dos dirigentes, que terão seus mandatos vinculados ao êxito da gestão,

com um “sistema de governança profissional, democrático, com participação social e subordinado a controles internos e externos da Administração Pública”. (Idem: p. 6)

Um outro importante elemento é a gestão de recursos humanos que será alvo de uma grande mudança em relação à situação crítica atual:

[...] deverão ser eliminados a precarização do trabalho, os contratos por fundações de apoio, outras terceirizações, os baixos salários. O sistema será de forte indução e motivação dos trabalhadores, com salários e direitos justos, com ganhos associados também à qualidade e aos resultados pactuados. (Idem: p.9)

Assim, haverá também uma pactuação interna também entre as equipes, os serviços e a direção, coerente com o que já foi pactuado externamente com os gestores do sistema. Esses “pactos internos afetos à gestão do trabalho serão consubstanciados em protocolos/acordos coletivos de trabalho de cada fundação.” (Brasil, 2007: p. 9)

Segundo essa lógica, a qualidade e a produtividade dos serviços prestados está alicerçada na gestão do trabalho, tendo em vista que o conjunto de profissionais de saúde terá também metas de desempenho a serem cumpridas às quais estará vinculada a sua remuneração. “É certo que haverá melhora expressiva na qualidade dos serviços, uma vez que serão estabelecidas metas que devem ser atingidas pelos funcionários das unidades de saúde, o que cria um empenho a mais no atendimento.” (Idem: p. 13)

Sinteticamente, as principais diretrizes aqui expostas que expressam os fundamentos e mecanismos da racionalidade hegemônica são:

- *desvalorização da gestão pública tradicional*, que é incapaz de atender às demandas da população;
- necessidade de *modernização do SUS*, com a *profissionalização e tecnificação da gestão*: incorporando os avanços tecnológicos e organizacionais, “*sem abrir mão dos princípios do SUS*”;
- a gestão por fundação estatal incorpora e traz para o interior da gestão pública a *racionalidade empresarial* e seus instrumentos de administração e regulação por produtividade, com contratualização;

- esses instrumentos compõem um conjunto de mudanças na gestão pública que integram uma *estratégia mundial*;
- a *pactuação intrainstitucional*, ou o *pacto interno*, que é caracterizado pela *consensualização*, envolve as equipes de profissionais e a direção dos serviços e será consubstanciada em acordos coletivos de trabalho, com metas de desempenho para estimulá-los a um melhor atendimento.

### **2.1.3 Plano Mais Saúde: direito de todos 2008-2011**

A Saúde é apresentada no plano como direito social básico que integra o debate sobre o desenvolvimento brasileiro. Nesse sentido, constitui-se um campo estratégico da economia que vem crescendo acentuadamente com altos níveis de investimento público e privado, possuindo, assim, duas dimensões para o desenvolvimento do país: a de política social e a de fonte de geração de riqueza.

Nessa perspectiva, a saúde é uma estratégia para um novo padrão de desenvolvimento, constituindo-se direito e também fonte de recursos, representando 7% e 8% do PIB, mobilizando valores na ordem de R\$ 160 bilhões, sendo a maior área de investimento público em pesquisa, responsável por cerca de 10% dos postos de trabalho.

Dessa forma, a saúde integra a política de desenvolvimento do governo Lula, que alia o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade e que, recentemente, tem avançado na atenuação das desigualdades sociais. Além disso, enfatiza os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade.

De acordo com o documento, há um descompasso entre a orientação de um sistema universal com um grande potencial em termos de desenvolvimento e o processo concreto de sua consolidação. São apresentadas como lacunas ou possíveis causas que obstaculizam a saúde como estratégia fundamental para o desenvolvimento:

- descentralização fragmentada (havendo a necessidade de uma rede federativa, regionalizada e hierarquizada, conferindo eficiência sistêmica);
- pouca articulação com outras políticas públicas;

- iniquidade no acesso aos serviços;
- oferta desigual dos serviços que reproduz a desigualdade pessoal e regional;
- desproporção entre o crescimento da assistência e a base produtiva e de inovação em saúde;
- modelo burocratizado de gestão;
- subfinanciamento do sistema;
- precarização do trabalho e pouco investimento na qualificação de recursos humanos.

No plano anuncia-se o incremento financeiro na ordem de R\$ 24,3 bilhões para a expansão das ações em saúde no período 2008-2011, na perspectiva de ampliação do acesso aos serviços de saúde. Junto com os R\$ 65,1 bilhões já garantidos no PPA, perfaz um total de R\$ 89,4 bilhões.

As diretrizes estratégicas do plano são semelhantes às do Pacto pela Saúde (primeiro documento analisado), com a diferenciação de que se faz a associação com o desenvolvimento econômico e social e inclui-se também o fortalecimento do “complexo produtivo e de inovação em saúde, transformando a estrutura produtiva, compatível com um novo padrão de consumo e padrões tecnológicos em saúde (produção e mercado)”;

(Idem: p. 8)

O plano é apresentado como articulador do aprofundamento da reforma sanitária com um novo padrão de desenvolvimento comprometido com o crescimento, o bem-estar e a equidade, “contribuindo para que o SUS seja definitivamente percebido como um patrimônio da sociedade brasileira.” (Idem: p. 8)

O Plano se estrutura em sete eixos que articulam a dimensão econômica com a dimensão social da saúde. Nesses eixos fizemos destaques<sup>40</sup>:

**1) Promoção da Saúde:** remete-se ao conceito de qualidade de vida como resultante da convergência de um leque amplo de políticas, da intersetorialidade, de “um ambiente socioeconômico que condiciona uma sociedade saudável” associado à disseminação de

---

<sup>40</sup> Destacamos de forma um pouco mais detalhada os eixos em que há uma relação mais direta com nosso objeto de estudo.

práticas/comportamentos saudáveis. Propõe uma articulação intersetorial para “ação convergente nos determinantes sociais da saúde e para a conscientização das pessoas.”

- 2) Atenção à Saúde:** afirma-se a necessidade de “uma expressiva expansão do sistema (...), envolvendo a assistência básica, as ações de alta e média complexidade, a regulação e a qualificação da saúde suplementar”. O conceito de atenção à saúde é ampliado, envolvendo tanto o conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência à saúde nos diversos níveis de complexidade e vigilância sanitária, quanto a assistência prestada pela Saúde Suplementar. Dentre as demais medidas, destacamos como de interesse direto ao Serviço Social as que se referem à ampliação da Rede de Atenção à Estratégia Saúde na Família, em que está incluso o NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família), e à expansão do atendimento de emergências/urgências (SAMU, Rede Nacional de Unidades de Respostas Rápidas, UPA<sup>41</sup>'s), que têm demandado a atuação de diversos profissionais de saúde, dentre estes o assistente social.
- 3) Complexo Industrial e Inovação em Saúde:** apresenta a relação entre a indústria brasileira e a política de saúde, caracterizando o complexo industrial da saúde como frágil, com sucessivos déficits na balança comercial, o que termina vulnerabilizando a política. Daí a necessidade de fortalecer o complexo industrial e de inovação em saúde, “associando o aprofundamento dos objetivos do SUS”, com investimentos nos produtores públicos e privados. (Idem: p. 47)
- 4) Força de Trabalho em Saúde:** Esse eixo é apresentado como “peça estratégica para realização dos eixos anteriores”, havendo, por isso mesmo, a necessidade de um “forte investimento centrado na qualificação, expansão e adequação das formas e dos contratos de trabalho”. São elencados alguns problemas, como: grande contingente de trabalho precário, grande diferenciação de remuneração entre os profissionais, fragmentação entre a formação profissional e as práticas sociais nos serviços e necessidade de qualificação dos gestores. Para o enfrentamento de tais questões,

---

<sup>41</sup> Unidades de Pronto-Atendimento.

propõem-se medidas que dão racionalidade e qualificação às ações, como a qualificação da formação profissional, um programa nacional de qualificação de gestores, entre outros. (Idem: p.9)

**5) Qualificação da Gestão:** é o eixo fundamental do plano que explicita as bases das mudanças na gestão:

O modelo de gestão democrática e participativa do SUS constitui um ganho expressivo da sociedade brasileira que tem conferido estabilidade institucional e legitimidade ao SUS. Não obstante, torna-se ainda necessário avançar tanto na gestão sistêmica (...) (regionalização pactuada) quanto na mudança no modelo de gestão das unidades de saúde, para dotá-las de maior flexibilidade, tendo como contraponto o compromisso com os resultados. (Idem: p.67)

Anuncia-se que o “arranjo sistêmico” do SUS enfrenta ainda dificuldades para se efetivar, como por exemplo, para consolidar e qualificar a descentralização. Há a necessidade de compatibilizar a natureza pública do sistema com a sua modernização, não se devendo deixar esse processo de modernização e eficiência do Estado ser realizado por aqueles segmentos que “questionam o SUS como um bem público. É urgente que o movimento da saúde assuma a bandeira da modernização do Estado para torná-lo mais forte e eficiente.” (Idem: p.67)

Dentre as diretrizes desse eixo, ganha destaque o estabelecimento de novos modelos de gestão e como principais medidas constam o sistema integrado de planejamento, informação, monitoramento, controle e avaliação – através de contratualização; e a aprovação do projeto de lei das Fundações Estatais de Direito Privado para implantação nos hospitais federais<sup>42</sup>.

**6) Participação e Controle Social:** nesse eixo do plano, são destacadas algumas propostas das Conferências de Saúde, explicitando-se a defesa da participação e do controle social no âmbito do SUS, seja através do fortalecimento e aperfeiçoamento das modalidades

---

<sup>42</sup> O projeto das Fundações Estatais, inicialmente foi apresentado pelo Ministério da Saúde como modelo para os hospitais federais, no entanto, sabe-se que em entrevistas posteriores, o Ministro anunciou que, se aprovado esse seria um modelo de gestão a ser implementado em mais de 2 mil hospitais públicos no Brasil.

tradicionais de participação, seja pela criação de novos mecanismos de interlocução e escuta de usuários, como ouvidorias e outros.

**7) Cooperação Internacional:** congrega um conjunto de ações de cooperação internacional que integra as estratégias da política externa brasileira, visando contribuir com o desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de saúde e de relações econômicas, científicas, educacionais e culturais junto aos blocos regionais e nações irmãs, como os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa e outros países do hemisfério Sul.

Diante do exposto, podemos destacar como principais ideias e fundamentos expostos pelas diretrizes desse documento:

- A concepção de saúde como direito social e *estratégia de desenvolvimento* e de *investimento público e privado*. Nesse sentido, integra um modelo de desenvolvimento econômico e social e constitui-se também *estratégia de hegemonia internacional* e solidariedade entre nações, especialmente do hemisfério Sul.
- O plano está focado em dois principais mecanismos para a integração da saúde nesse movimento de desenvolvimento: o primeiro refere-se ao estímulo e financiamento da indústria nacional – produtores públicos ou privados – e o segundo está centrado de forma inquestionável na *modernização do SUS*, através das “*inovações*” na *gestão sistêmica* dos serviços que deve ser orientada conforme as regras de *pactuação* e *contratualização* e nas novas modalidades de gestão e qualificação da força de trabalho. Há a necessidade de *compatibilizar a natureza pública* do sistema com a sua modernização. Essa concepção de gestão é concebida como mais eficiente e eficaz e sua defesa ocorre *em nome do avanço da reforma sanitária e do SUS*, em favor dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.
- Forte apelo para associar as novas propostas de gestão a esse processo de modernização e eficiência do Estado, conclamando-se a *adesão do movimento da saúde nesse processo*, tendo em vista a resistência de alguns de seus segmentos.

- A Promoção da Saúde agrega tanto as ações e práticas comportamentais saudáveis como também é relacionada à intersectorialidade com outras políticas e aos determinantes sociais.
- Concepção de Atenção à Saúde que conjuga tanto os serviços do SUS quanto os da Saúde Suplementar. A expansão dos serviços de saúde, dessa forma, constitui-se numa *expansão pública e privada*.
- No âmbito do SUS, ganha destaque a perspectiva de ampliação da cobertura da estratégia *Saúde da Família*, dentre esta, o *NASF*, como também as políticas de urgência e emergência, com o modelo das UPAs.
- A *gestão do trabalho* é um eixo estratégico, ganhando destaque a qualificação dos trabalhadores e a *adequação dos contratos de trabalho*.

## **2.2 - Os eixos e mecanismos da racionalidade da contrarreforma**

A partir dos principais fundamentos apontados nesses três documentos representativos das diretrizes gerais da política de saúde e, mais especificamente, do SUS, podemos tecer algumas considerações. A racionalidade hegemônica que se apresenta nos três documentos compõe uma totalidade ou, por assim dizer, unidade na diversidade. Representa diferentes expressões dos interesses em disputa, das resistências ao projeto privatista, que vão dando características diferenciadas na trajetória da política. Porém, os documentos integram uma mesma lógica.

Enquanto no primeiro documento há um detalhamento das diretrizes gerais da política no que se refere às políticas de atenção à saúde, em defesa do SUS e de seus princípios, os demais documentos que seguem situam tais diretrizes e seus vínculos com as necessidades sociopolíticas que se reproduzem no Estado brasileiro; não só contextualizando tais diretrizes, mas aprofundando o seu entendimento, revelando as mediações e contradições de sua racionalidade.

Pode-se afirmar que a racionalidade da contrarreforma na política de saúde atual estrutura-se em três eixos centrais que se complementam: **1) Saúde e Desenvolvimento; 2) Redefinição do Público Estatal; 3) “Novos” Modelos de Gestão.**

O primeiro deles, **Saúde e Desenvolvimento**, situa a política de saúde no Estado e na sociedade civil, muito bem expresso no PAC da Saúde: a saúde é tanto um direito quanto uma área objeto de investimento público e/ou privado lucrativo. Essa dupla dimensionalidade da saúde, principalmente nas últimas décadas, possibilita uma maior visibilidade da política como espaço estratégico não só para responder às necessidades e demandas das classes trabalhadoras, mas também, e principalmente, para garantir a maximização da lucratividade do capital.

Devido à sua condição estratégica, a saúde é considerada imprescindível para o atual modelo de desenvolvimento do Estado brasileiro. A questão que se coloca é: qual modelo de desenvolvimento?

O desenvolvimento capitalista no Brasil se caracterizou historicamente como altamente expropriador das riquezas e acentuadamente *desigual e combinado*<sup>43</sup>. Perpassado por contradições em que formas arcaicas de exploração do trabalho convivem de maneira articulada com formas modernas. A atual proposta de desenvolvimento que consta no PAC tem suas bases no crescimento exponencial da lucratividade do capital a partir das garantias do Estado.

Segundo Marcelo Braz, o PAC no governo Lula “inaugura uma nova fase do Estado neoliberal entre nós”, em que, além de dar continuidade à fase implementada por FHC, recupera parcialmente o papel do Estado como garantidor/financiador da acumulação capitalista no Brasil. Apesar de se apresentar como política de governo que objetiva o desenvolvimento do país sob o protagonismo do Estado, o programa vem configurando-se como um processo de “*renovação do neoliberalismo*”. (2007: p. 51)

Assim,

[...] abre-se um novo ciclo ideológico do desenvolvimento que tem como objetivo recompor as promessas burguesas através da criação de novas políticas de intervenção estatal que unam incremento na acumulação capitalista com desenvolvimento social. (Maranhão, 2009:p. 351)

---

<sup>43</sup> Categoria desenvolvida por Trotsky, inicialmente esboçada no texto *Balanço e Perspectivas* (1906) e utilizada na análise brasileira primeiramente por Caio Prado Júnior. Sobre a trajetória dessa importante categoria da teoria social crítica, ver Löwy (2000).

No entanto, para conciliar a lógica destrutiva da produção capitalista com as promessas civilizatórias, opera-se uma adequação do conceito de desenvolvimento e dos ganhos a ele relacionados: ao invés de combater a desigualdade social, tenta-se garantir a equidade através de políticas públicas básicas e extremamente seletivas para que os indivíduos considerados “incapacitados possam obter oportunidades para desenvolver suas capacidades humanas e galgarem uma melhor “inclusão” na economia de mercado.” (Idem)

No primeiro aniversário do PAC, em 2008, o economista Reinaldo Gonçalves avaliou que houve não só “desaceleração do crescimento econômico e atraso relativo do país, como também a piora nos principais indicadores macroeconômicos”. Tal movimento é resultado “tanto da reversão do ciclo internacional como dos erros e equívocos das estratégias e políticas econômicas do Governo Lula”. (2008: p. 2) Nos dois anos seguintes, essas tendências se acentuaram ainda mais, diante da crise financeira e das estratégias utilizadas para seu enfrentamento.

A política de saúde, dessa forma, compõe esse modelo de desenvolvimento, seja estimulando o financiamento da indústria nacional (produtores públicos e privados), seja criando as condições para a expansão da saúde suplementar, seja possibilitando que na própria expansão do SUS esteja garantida também a ampliação do mercado privado, através das diversas modalidades de Parceria Público-Privado (PPP), tão características do PAC. As PPPs constituem-se numa estratégia mundial de maximização do capital implementada por diversos Estados, em meio às tendências de supercapitalização.

Em termos sintéticos pode dizer-se que as chamadas Parceria Público-Privadas (PPP) se traduzem na exploração de serviços por entidades privadas com o objetivo de obter lucros, garantindo o Estado o pagamento certo da totalidade desses serviços, ou de uma parcela significativa do preço desses serviços, que incorpora o lucro dos privados, através do Orçamento do Estado”. (Rosa, 2006: p.193)

Para qualificar melhor essa parceria no âmbito da saúde e de outras políticas sociais, foi instituído um movimento de **Redefinição do Público Estatal**; mas, desta vez com uma particularidade, o movimento foi incorporado e engendrado pelo próprio Ministério da

Saúde<sup>44</sup>, em parceria com o Ministério do Planejamento, quando propôs o Projeto de Lei das Fundações Estatais de Direito Privado.

De fato, pela primeira vez, o Ministério da Saúde tenta instituir legalmente e generalizar um modelo de organização para gerir as unidades de saúde. Como já afirmamos, desta vez, os autores da proposta afirmam-se defensores da reforma sanitária e esforçam-se por redefinir a concepção de público estatal como forma de estabelecer o consenso e conseguir a adesão dos diversos segmentos do movimento social da saúde e afins.

Para isso, opera-se um feito digno de ilusionismo: cria-se uma entidade que se afirma ser meio pública e meio privada, aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. No entanto, essa criação é ideal, ou ideológica. No concreto, na materialidade do real, é impossível tal constituição, tendo em vista que ao dispor de instrumentos da lógica privada na gestão, tal entidade constitui-se um ente privado.

O mais grave é que a racionalidade que organiza esse ideário e essa lógica institucional, ao misturar o público com o privado no âmbito do discurso, reproduz a ideia de que independente dos interesses privados presentes na gestão pública esta sempre será pública, o que tem consequências drásticas para as práticas sociais no cotidiano do sistema.

Um das estratégias utilizadas é a de *desvalorização da gestão pública tradicional*, associando as suas formas de controle à rigidez e à burocracia incompatível com as demandas atuais e os novos padrões tecnológicos e organizacionais. Nesse sentido, as fundações públicas de direito privado surgem como alternativa de *modernização do SUS e profissionalização da gestão pública*, compatibilizando-se o público com esses novos padrões.

Essa proposta traz para dentro do espaço público a lógica privada. Não que o espaço da saúde pública já não fosse perpassado por essa lógica, porém, com esse projeto, o privado adentra a saúde pública de forma institucionalizada no âmbito da gestão, sob a forma de uma *racionalidade empresarial* e seus instrumentos administrativos-gerenciais, como a contratualização por metas.

---

<sup>44</sup> Na verdade, desde os anos 1990, principalmente a partir do governo FHC, o processo de contrarreforma na saúde vinha acontecendo, como afirmamos no capítulo anterior, por dentro do sistema, pela propagação de diversas experiências em nível local. No interior do Ministério da Saúde, até então, conviviam grupos que defendiam a gestão por fundação de apoio privada, por organizações sociais, pela gestão pública, etc. A política ministerial caracterizava-se por deixar correr e estimular, estrategicamente, essas inúmeras modalidades em experimentações em vários estados e municípios. (Machado, 1999)

Na verdade, as promessas de qualificação da gestão do sistema e de ampliação e melhora do atendimento estão alicerçadas fundamentalmente na gestão do trabalho. Os trabalhadores da saúde das fundações estatais de direito privado, mesmo que concursados, serão contratados via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), o que não lhes garante estabilidade, facultando-lhes um nível maior de subordinação à gestão. Além disso, cada fundação terá seu corpo funcional próprio, com o seu respectivo Plano de Carreira, Emprego e Salário, o que fragmenta a organização da classe trabalhadora e a luta por melhores condições de vida e trabalho. Sendo assim, ao contrário do que está exposto nos documentos, o nível de precarização e superexploração do trabalho tende a ser maior nesse tipo de gestão e é sobre a exploração desses trabalhadores da saúde que se coloca a responsabilidade de qualificação do SUS.

Segundo Sara Granemann, há um outro aspecto que torna essa proposta ainda mais lesiva aos trabalhadores: o fato de que, como fundação estatal, mesmo de âmbito privado, ela tem isenção de contribuição de impostos e da seguridade social. Assim, evidencia-se a “transferência de fundos públicos aos capitais particulares pela forma da contratação de serviços e pela liberação da obrigação em contribuir com a formação do fundo público.” (2008: p. 39)

Apesar de o projeto das fundações estatais de direito privado não ter sido ainda aprovado no Congresso Nacional<sup>45</sup>, vários estados e até municípios aprovaram leis regulamentando esse modelo de gestão, como Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Pernambuco, Acre e Tocantins. E alguns desses já estão em fase de implementação, a despeito, na maioria dos casos, da discordância dos respectivos conselhos e conferências estaduais de saúde, instâncias de deliberação da política a nível estadual.

Para além da institucionalização legal em âmbito nacional, tal projeto expressa bem elementos, conteúdos, estratégias e mecanismos da racionalidade hegemônica no SUS hoje. Neste sentido, é importante observar que mesmo que não tomem a forma institucional de fundações estatais de direito privado, a concepção de gestão predominante hoje na política de saúde está estruturada nesses elementos, configurados nos **“Novos” Modelo e Instrumentos de Gestão**, que podem ser encontrados tanto no interior da gestão pública

---

<sup>45</sup> O governo aceitou retomar o debate sobre as fundações, devido à forte pressão dos movimentos sociais que ainda resistem ao transformismo, após inúmeras tentativas de discussão e votação.

quanto nas unidades e instituições geridas por fundações, organizações sociais e até mesmo serviços privados conveniados ao sistema.

Muitas das diretrizes e seus fundamentos destacados nos documentos estão presentes na política de saúde desde os anos 1990 e ganharam maior aprofundamento e organicidade na atual gestão, conferindo particularidades ao momento atual, inclusive sobre as práticas sociais dos assistentes sociais como analisaremos no próximo capítulo.

É importante ressaltar o significado e preponderância que a *pactuação* vem adquirindo na política de saúde brasileira. Com a NOB 93, institucionaliza-se a negociação entre gestores e sua *pactuação* em torno da operacionalização do sistema nas Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite. Mas é no Pacto pela Saúde que a *pactuação* ganha em qualidade e organicidade: primeiro, porque o Pacto se propõe a integrar todas as pactuações existentes; segundo, adensa qualitativamente o conteúdo da *pactuação* ao relacioná-la à *adesão cooperativa* e *solidária* e ao comprometimento via termo de compromisso e contrato de gestão, no lugar das formas anteriores de habilitação; terceiro, agrega à *pactuação* instrumentos organizacionais e administrativos compatíveis com as demandas do capitalismo contemporâneo; e, finalmente, porque a *pactuação* e sua metodologia do consenso tornaram-se centrais na política de saúde atual.

A *pactuação* e a metodologia do consenso têm seus limites e possibilidades dialéticas e no concreto são perpassadas por contradições e conflitos próprios da política e de sua racionalidade, seja no âmbito do planejamento, seja na sua gestão e execução. Dessa forma, a *pactuação* e o consenso podem ter aspectos muito positivos para o SUS, quando são pactuadas e consensualizadas ações e medidas coerentes com as necessidades sociais dos usuários do sistema. Todavia, também há aspectos diversos que podem interferir e, muitas vezes, limitar as possibilidades das políticas pactuadas e consensualizadas.

Um desses aspectos é a perda contínua de poder deliberativo dos conselhos de saúde, que são espaços de participação social assegurados na Constituição e nas Leis Orgânicas. Nos conselhos, as decisões não são necessariamente por consenso, tendo em vista ser um espaço de debate, discussão e deliberação dos representantes dos diversos segmentos que compõem a política de saúde (trabalhadores, usuários, gestores e prestadores de serviço). Dentre as diretrizes e fundamentos da racionalidade hegemônica na

política de saúde está a que institui as Comissões Intergestoras como campo privilegiado para a discussão e pactuação via consenso sobre a operacionalização da política.

Neste sentido, apesar de do ponto de vista legal os conselhos continuarem sendo instâncias de deliberação, cada vez mais as mudanças e “inovações” mais importantes que ocorrem no sistema são relacionadas a questões de âmbito operacional e, portanto, tendo como locus privilegiado de decisão consensualizada as Comissões Intergestores.

Sendo assim, a exclusividade das decisões por consenso expressa que a deliberação sobre a estruturação e materialização da política não necessariamente ocorre num espaço de participação democrática que leve em conta os interesses da população, mas os interesses e condições dos gestores e da gestão. A questão que se coloca é que os gestores estão limitados pela institucionalidade estatal e pela racionalidade instrumental burguesa nela hegemônica, que se expressa, inclusive, nos recursos disponibilizados para as políticas sociais em detrimento de outros setores mais caros aos interesses do grande capital.

Além disso, é necessário também realizar uma análise crítica sobre a função do consenso e de sua resignificação nos espaços de decisão do Estado – relacionada às estratégias de hegemonia da burguesia. Ao longo da trajetória histórica brasileira essas estratégias foram se aperfeiçoando e paulatinamente substituindo os mecanismos baseados na força e coerção, pelos baseados no consentimento e na obtenção do consenso<sup>46</sup>. (Lima e Martins, 2005)

No entanto, sem eliminar por completo o uso da força, tendo em vista que na concepção Gramsciana de “Estado integral”, especialmente nos Estados liberais e democráticos modernos, a hegemonia caracteriza-se pela conjugação da força e do consenso, que se equilibram de diversas formas. Assim, não basta que um grupo ou classe social tenham o domínio sobre os demais grupos ou classes, é necessário que confira-lhes também direção moral e intelectual. (Fontana, 2003)

Segundo Lúcia Neves, inspirada em Gramsci, “o Estado capitalista desenvolveu e desenvolve uma pedagogia da hegemonia”, cujo objetivo principal é a obtenção do consenso em torno do projeto societário burguês. (2005: p.27) Um dos importantes instrumentos de

---

<sup>46</sup> Os mecanismos que fazem uso da força não são eliminados das relações sociopolíticas entre o Estado e a sociedade civil; muito pelo contrário, sempre que necessário, eles se fazem presentes, principalmente para as camadas mais pauperizadas das classes trabalhadoras ou seus segmentos mais autônomos e organizados.

ação da nova pedagogia da hegemonia tem sido o projeto político da Terceira Via<sup>47</sup>. As diretrizes e fundamentos da política de saúde atual e de sua contrarreforma tem explícita vinculação com os princípios e estratégias políticas desse projeto.

A concepção de Estado e de gestão pública, segundo a Terceira Via, é funcional aos instrumentos burgueses de construção de uma nova pedagogia da hegemonia. De acordo com esse modelo, as ações estatais devem estar parametradas por uma regulação flexível e uma estrutura menos burocrática com o objetivo de “impulsionar a economia capitalista e *repolitizar* a política”. (Lima & Martins, 2005: p.58)

No que se refere ao primeiro objetivo, como vimos, ele se expressa preponderantemente através da defesa das Parcerias Público Privadas (PPP) e, com relação ao segundo, há a necessidade de uma nova subjetividade e de novos sujeitos políticos coletivos com o Estado assumindo sua função educativa promovendo um novo *pacto social*, com a mútua responsabilização dos sujeitos envolvidos. (Idem)

Sem dúvida, que a priorização da saúde como estratégia de desenvolvimento e crescimento econômico, incentivando as parcerias e a redefinição do público estatal, em consonância com a centralidade que a pactuação e o consenso vêm ganhando na política, dão conta dos vínculos com o ideário da Terceira Via e com todo o conjunto ideológico que fundamenta na atualidade o novo projeto da sociabilidade burguesa.

Suas interpretações sobre fenômenos presentes no mundo atual (...) tentam criar a ilusão de que se atingiu um estágio superior do capitalismo em que as contradições e antagonismos, explorações e desigualdades, os projetos societários em disputa não fazem mais sentido. (Idem: p. 67)

A consensualização e pactuação, de certa forma, redistribuem a responsabilidade sobre a política entre cada um dos gestores, principalmente entre os gestores municipais; há, assim, uma transferência dos conflitos e tensionamentos do Ministério da Saúde para os

---

<sup>47</sup> Também conhecida como centro radical, centro-esquerda, nova esquerda, nova social democracia, social democracia modernizadora, social-liberalismo ou governança progressiva, tal projeto foi sistematizado por Anthony Giddens, sociólogo britânico assessor de Tony Blair, e agrega em torno dele diversos governantes no mundo, como o próprio Tony Blair, Clinton, FHC (até 2002) e Lula da Silva (a partir de 2003). O objetivo desse projeto é “a reforma ou o governo do capitalismo por intermédio de mudanças na política e na economia”, criticando as teses ortodoxas do neoliberalismo e do Estado Mínimo. Sobre esse assunto ver Giddens (2001) e Lima & Martins (2005: p. ).

demais gestores e, como veremos posteriormente, essa transferência não é exclusivamente política, mas econômica também.

O convencimento, o consenso e a adesão consistem em tendências intrínsecas ao processo de politização da sociedade civil, como já afirmava Gramsci (1980). Mas na atualidade, tais tendências vêm sendo instrumentalizadas de forma exaustiva e a política vem sendo, cada vez mais, apresentada como esvaziada de seu sentido antagônico, como sendo espaço do consenso, do pensamento único e da não polaridade. Isto é, a política é expressa sem antagonismos, no máximo, com diferenças, e, neste sentido, desprovida de sua essência – tendo em vista que os antagonismos de classe da sociedade civil são, segundo Marx (2001), a essência mesma do poder político.

O Banco Mundial, enquanto importante aparelho privado de hegemonia no capitalismo contemporâneo, tem como uma de suas principais estratégias o convencimento, a consensualização e a adesão dos diversos governos às suas orientações através de um processo de discussão, negociação e elaboração dos projetos. Tem sido fundamentalmente dessa forma que o Banco vem influenciando as políticas sociais dos países de capitalismo periférico e, em especial o Brasil, que teve na área de saúde uma das maiores para investimento.

Assim, estabelecer como prioridade ou exclusividade da gestão na saúde a *pactuação* e o *consenso* expressa bem a tendência mundial de *repolitização* das relações sociais e suas particularidades na política de saúde. A *repolitização* aparece inclusive como importante diretriz do Pacto em Defesa do SUS, na perspectiva da defesa da Reforma Sanitária e no estímulo à articulação / interlocução com os movimentos sociais.

Sabe-se do grande tensionamento de projetos e racionalidades no âmbito do Estado e, sendo assim, o projeto de reforma sanitária e sua racionalidade político-emancipatória também se fazem presentes na política de saúde de forma contra-hegemônica. No documento do Pacto, alguns fundamentos desse projeto são expressos na defesa da reforma sanitária, dos princípios Constitucionais do SUS, entre outros. No entanto, é importante considerar que a principal estratégia política da racionalidade hegemônica da contrarreforma na saúde tem sido a refuncionalização desses fundamentos e sua instrumentalização.

De fato, se analisamos que a metodologia da política tem sido pautada na consensualização e que isto se expressa na concepção de *repolitização*, certamente tem incidências sobre os princípios do SUS, dentre eles o de *participação social*. Nos três documentos é ressaltada a importância da participação, inclusive na relação com os movimentos sociais, na institucionalização de outros espaços de participação e escuta do cidadão, etc. Mas, é importante frisar que a concepção de participação está relacionada à de política e se esta última deve ser espaço de consenso e pactuação, a participação seria, neste caso, a via de acesso para esse consenso e, neste sentido, está referida ao colaboracionismo e participação para adesão à racionalidade hegemônica.

Segundo Neves, o atual estágio do capitalismo, ao elaborar um novo ideário de sociabilidade, redefine também o padrão de politização burguês. Nessa repolitização

[...] não é possível abrir mão da idéia de participação política, dado que os homens não podem mais ser deixados fora de um processo que, interessado em conquistar sua adesão, ainda que prioritariamente passiva, demanda a sua presença. (2005: p. 35)

Dessa forma, as variadas formas de participação segundo a racionalidade do sistema - conselhos de saúde, conferências, conselhos consultivos na proposta das fundações estatais de direito privado<sup>48</sup>, ouvidorias - terminam por expressar que a concepção de participação social também é diversa, indo desde a participação deliberativa, passando pela participação consultiva e não-paritária das fundações, até a escuta em termos de sugestões e reclamações dos usuários sobre os serviços de saúde, através de ouvidorias.

No entanto, isto não quer dizer que a resistência a essa racionalidade não existe. É, na verdade, a própria resistência que impõe histórica e dialeticamente a necessidade da racionalidade hegemônica refuncionalizar os princípios da reforma sanitária.

---

<sup>48</sup> A proposta das fundações estatais de direito privado, apesar de elencar a participação social como um de seus fundamentos, não a concebe nos moldes do controle social do SUS, visto que, na sua estrutura organizacional, os conselhos são “moldados nas grandes empresas capitalistas, inclusive ao usar terminologias ali nascidas e aplicadas”: Conselho Curador; Diretoria-Executiva; Conselho Fiscal; e Conselho Consultivo Social. (Granemann, 2008: p. 39)

Um outro importante fundamento da racionalidade da contrarreforma é o modelo de gestão proposto que, independentemente do tipo da gestão – seja ela diretamente pública estatal, via fundação, organização social, privado filantrópico ou mesmo privado lucrativo – vem sendo implementado. Como já analisamos, esse modelo é fortemente inspirado na *racionalidade empresarial*, com a contratualização de metas que foram anteriormente pactuadas, o estabelecimento de protocolos, rotinas, etc., que conferem racionalidade ao sistema.

Dessa forma, essa lógica permite que o prestador de serviço, seja ele privado ou público, submeta-se ao contrato e às metas negociadas e pactuadas. A questão que se coloca – além da mercantilização da assistência – é a de que as metas pactuadas nem sempre são factíveis de serem concretizadas ou mesmo estão longe de atenderem à complexidade das necessidades sociais da população usuária. E tanto uma questão como a outra terminam por gerar uma espécie de ciclo perverso: as metas, procedimentos, protocolos, terminam tornando-se mais importantes do que a finalidade dos serviços, num processo de reatualização da burocracia, mas de uma burocracia sobre as bases da lógica privada na execução de um serviço público.

O processo denominado nos documentos de *profissionalização da gestão* expõe uma concepção de gestão técnica e fundada numa racionalidade coerente com os mais avançados padrões organizacionais e tecnológicos da administração.

Tais modelos de gestão e seus princípios vêm sendo utilizados em diversos países, como Portugal, Espanha e França. A França, por exemplo, vem aplicando formas de *contratualização* na administração pública há mais de 20 anos. A contratualização é um dos principais instrumentos gerenciais da proposta da Regulação e constitui-se num contrato de gestão em torno de compromissos e responsabilidades, muito presente nas formulações da contrarreforma dos Estados-nacionais. Essas formulações fundamentam-se nas teorias organizacionais, próprias do campo da Administração, cujo modelo de eficiência está na lógica do gerenciamento de mercado da empresa capitalista, direcionada para a maximização do lucro.

A proposta de Regulação<sup>49</sup> defende a constituição de um “conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas e delineamento de produtos e alcance de resultados, ajustados e condizentes com políticas, diretrizes e objetivos pré-definidos”<sup>50</sup>. Sendo assim, ocorre, mais uma vez, a instrumentalização do conhecimento a serviço da empresa capitalista que é transposto para as instituições públicas que, para além de simples reprodução da racionalidade em sua dimensão intelectual, constitui-se na reprodução de valores, princípios e interesses privados no interior do espaço público. Esses modelos e normatizações não dão conta da dialética da realidade concreta, de sua dimensão histórica, política, nem tampouco da categoria de totalidade, e tendem a gerar diversos conflitos no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

Uma outra face dessa racionalidade é que a lógica administrativa orientada pela contratualização de metas vinculadas a recursos reproduz no espaço institucional a racionalidade da produtividade industrial. E, junto com essa lógica, a gestão no cotidiano do SUS tende a tornar-se cada vez mais tecnicizada, configurando-se na administração de um conjunto de protocolos, instrumentais técnicos, metas e indicadores. Essa concepção de gestão está fundamentada em preceitos formais-abstratos e estruturalistas atualizados de acordo com o ideário da contrarreforma neoliberal, incluindo a Terceira Via, e seus princípios.

Esse modelo de gestão que, segundo a racionalidade hegemônica no SUS, é necessário para a *modernização e atualização da Reforma Sanitária*, tem como um de seus pilares a *reestruturação da gestão do trabalho* no âmbito da saúde pública. A pactuação, para além de um procedimento interinstitucional entre os diversos níveis de gestão e as unidades executoras, também se dá em nível intrainstitucional, tendo em vista que os trabalhadores da unidade de saúde, de acordo com essa lógica, terão que cumprir as metas estabelecidas, mesmo que não tenham participado de sua pactuação. Essa pactuação intrainstitucional não necessariamente ocorre formalmente, mas, sobretudo, configura-se na pressão junto aos trabalhadores sobre a produtividade e o atendimento nos serviços. Deriva da necessidade de potencializar ainda mais a exploração do trabalho nos serviços

---

<sup>49</sup> Essa proposta está coerente com um modelo de Estado regulador e não mais executor/ intervencionista, ampliando, assim, a atuação do mercado privado no âmbito dos serviços sociais.

<sup>50</sup> Banco de Dados Gerencial do Departamento de Ciência e Tecnologia. Notas Técnicas. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/bdg/pfdescr.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2010.

sociais, a defesa das mudanças no âmbito jurídico-legal, que subordinam ainda mais o trabalhador da saúde pública.

Tais fundamentos – de *modernização/atualização e de reestruturação da gestão do trabalho* – também estão coerentes com o ideário da Terceira Via na perspectiva da “modernização política” que promove o ajustamento da sociedade civil e do Estado às demandas e necessidades sociais do reordenamento capitalista, atualizando o projeto de sociabilidade burguesa, criando uma pedagogia da hegemonia coerente com esse projeto.

Entre as diretrizes apontadas nos documentos, também merecem destaque os fundamentos da Promoção à Saúde que relacionam-se às mudanças comportamentais e práticas saudáveis dos indivíduos e à intersectorialidade com outras políticas sociais que interferem nos determinantes sociais.

O campo da Promoção da Saúde constitui-se, sem dúvida, um dos eixos estruturantes do projeto de reforma sanitária, numa concepção ampliada do processo saúde-doença que tem, nas relações sociais, as suas condições e determinações. O debate sobre a Promoção da Saúde e os determinantes do processo saúde–doença teve grande vinculação com as categorias da razão dialética crítica, como desigualdade social, luta de classes, etc. Porém, nos últimos anos, tais categorias vêm sendo ou descartadas ou refuncionalizadas e outras categorias e conceitos vêm sendo utilizados, como vimos nos documentos, a exemplo de “território”, “iniquidade pessoal e regional” ou “desigualdade pessoal” e “regional”. Além disso, no documento do Pacto há uma ênfase sobre as políticas que atuam diretamente nos comportamentos e práticas individuais, que são importantes, mas que, se trabalhadas de forma isolada, podem reproduzir uma lógica, no interior da política, de *responsabilização individual sobre o processo saúde-doença*.

E, finalmente, identificamos entre as ações e diretrizes propostas as que se referem à ampliação do acesso e, conseqüentemente, à ampliação do sistema, que, por sua vez, também está relacionada ao incremento financeiro. Entre essas, ganham destaque: as ações da Atenção Básica – cuja centralidade é da estratégia Saúde da Família – com o aumento da cobertura populacional, inclusive com a instituição dos NASFs; a política de urgência e emergência, com a criação das UPAs.

No entanto, a maior parte das medidas e metas, apesar de significarem expansão do sistema, atendem parcialmente à demanda e, além disso, o incremento financeiro que consta no PAC para a ampliação das ações em saúde é irrisório diante das necessidades reais da política de saúde, significando apenas o aumento médio anual de R\$ 6 bilhões.

Assim, a partir da análise das diretrizes e fundamentos da racionalidade da contrarreforma, podemos identificar seus principais mecanismos.

- As estratégias e mecanismos dessa racionalidade, apesar dos elementos particulares à nossa estrutura social e ao nosso Estado, compõem um *conjunto global de respostas do grande capital internacional*: as parcerias público-privado, a gestão e execução privada das políticas e serviços sociais, são exemplos disso. Nas palavras de Bensaid (2008: p.17), tal processo constitui-se numa *“ofensiva planetária do capital contra todas as formas de garantias e de proteção social, em matéria de salário, emprego, habitação, aposentadoria, educação e saúde pública.”*
- Há desvinculação da política de saúde da *totalidade social* e todas as contradições e todo o movimento da realidade é percebido a partir de dentro da política e segundo os seus limites, com um esvaziamento do sentido histórico e antagônico da política. Tal mecanismo invariavelmente encobre o real em suas mediações mais complexas e profundas. A política de saúde aparece limitada pelo orçamento do Estado e essa limitação é naturalizada, não existe um outro sentido para fora da política que a justifique; o sentido encontra-se dentro da política: as soluções possíveis – aprimoramento, tecnificação da gestão, eficiência e eficácia nos gastos. Além disso, dentro das soluções possíveis, a flexibilização do SUS é o caminho mais fácil e viável para grande parte das lideranças do movimento sanitário e do próprio governo, fragmentando a política de saúde em relação à totalidade social que desvela suas contradições; A perda da dimensão da totalidade social também possibilita o encobrimento dos reais interesses da privatização da saúde: maximização do capital nessa importante espaço de lucratividade e realização da mais valia. As mudanças engendradas aparecem como necessárias pela eficiência e pela eficácia de seus resultados.

- Mercantilização da vida e lógica destrutiva. Todos os espaços da vida tornaram-se espaços de maximização da lucratividade do capital, inclusive os serviços e ações de saúde. Há, nas palavras de Fontana, “uma compressão da esfera pública e sua transformação num instrumento de interesses privados e empresariais. A dominação do político pelo econômico é a essência daquilo que hoje recebe o rótulo de privatização e sociedade civil.” Os interesses privados imbricam-se no interior do sistema público sem qualquer obstáculo e se apresentam sob o véu do gerenciamento, da eficiência de gestão, etc. Tal mecanismo está diretamente relacionado à lógica destrutiva do capitalismo contemporâneo que “só compreende os fins da vida em termos de lucro e utilidade econômica” e não mede esforços para garantir seus interesses, mesmo que tais interesses envolvam a vida, a saúde, a doença ou a morte. (2003: p. 113-114)
- *Contenção da demanda e emergencialização da vida.* Como a *ampliação restrita* do sistema não atende às reais necessidades da população demandatária pelos serviços, um dos objetivos fundamentais da nova racionalidade do SUS hoje é a conformação de conflitos oriundos das demandas não contempladas, garantindo os interesses da saúde privatista. Para isso, faz-se necessário a contenção dessas demandas via serviços de saúde fragmentados e focalizados desde a atenção básica até a alta complexidade, de maneira que mesmo no âmbito das ações básicas de saúde – espaços da promoção e prevenção em saúde – há um forte conteúdo emergencialista configurado na precarização do atendimento, na estrutura e na quantidade insuficiente de profissionais, etc. Esse mecanismo está tanto coerente com as orientações do Banco Mundial – de priorizar as ações de âmbito emergencial – quanto também com o pensamento pós-moderno pragmatista.

### **2.3 – A materialização da contrarreforma no SUS: contradições e conflitos**

Conforme abordamos no primeiro capítulo, as políticas sociais se estruturam e se organizam a partir de uma determinada racionalidade que, mesmo hegemônica, é

perpassada por conflitos e heterogeneidade, ao mesmo tempo em que se encontra num campo de disputa de projetos societários e, por isso mesmo, espaço de contradições e antagonismos.

Nos itens anteriores deste capítulo, analisamos as principais diretrizes que orientam hoje a política de saúde e procuramos centrar essa análise na concepção hegemônica de gestão dessa política e a racionalidade que a fundamenta. Isto porque compreendemos que a gestão da política e suas diretrizes gerais expressam com maior amplitude as características, particularidades e tendências do SUS hoje. Porém, essas tendências presentes no âmbito da gestão também ganham forma, organicidade e concretude na prestação da atenção à saúde.

A mesma racionalidade hegemônica que estrutura a gestão do sistema de saúde é a que organiza a prestação da atenção à saúde, isto é, seu modelo assistencial, tendo em vista compor uma mesma unidade, mesmo que uma unidade de complexos. Apesar deste ser um campo muito debatido nos sistemas de saúde, não pretendemos adentrar esse debate – tendo em vista não ser este o objeto de nossa tese – mas sim, definir claramente nossa concepção.

A política de saúde constitui-se um complexo de complexos – gestão, financiamento, atenção à saúde, etc. – que, por sua vez, está em relação recíproca e dialética com outros complexos de maior ou menor complexidade da totalidade social. Assim, a racionalidade hegemônica e as demais racionalidades em disputa podem se expressar de forma diferenciada em cada complexo do sistema, todavia, não perdem seu caráter de unidade. Paim, ao analisar os modelos de atenção e vigilância em saúde, lhes confere a seguinte conceituação:

[...] modelo de atenção é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser; uma racionalidade, uma espécie de “lógica” que orienta a ação. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou em processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor dos meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Incorpora uma lógica que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e necessidades de saúde, constituindo um *modo de intervenção em saúde*. Corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde. (...) Portanto, não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos,

mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde. (2003: p. 568)

Apesar de Paim inserir a discussão dos modelos de atenção na dimensão técnica dos serviços de saúde, é imprescindível ressaltar que tais modelos compõem o sistema de saúde e integram a totalidade da política social, mais precisamente, conformam a sua materialização, e, por isso mesmo, são perpassados pelas relações sociais, políticas e econômicas nela presentes.

Assim, como vimos anteriormente, a racionalidade hegemônica na trajetória da política de saúde brasileira historicamente estruturou um sistema de saúde cujo modelo de atenção é fragmentado, centrado na medicina, numa perspectiva assistencial, individualista e curativa e fortemente perpassados pelos interesses privados. Esse ainda é o modelo predominante, como estamos analisando ao longo desta tese, mesmo que a racionalidade do projeto de reforma sanitária tenha sido hegemônica nos anos 1980, particularmente no processo Constituinte, e tenha garantido sua incorporação num marco legal, como também já analisamos.

Esse modelo de atenção termina produzindo e reproduzindo uma série de conflitos e contradições no cotidiano das práticas sociais na saúde. A maior parte desses conflitos tem sua origem no fato de que ele é incapaz de atender de forma integral às reais necessidades da população usuária que integra as classes trabalhadoras.

Segundo Paim (2003), o modelo assistencial sanitário convive de forma subordinada no sistema, constituído fundamentalmente por campanhas e programas especiais que também terminam por reproduzir uma certa fragmentação, apesar de não estar necessariamente centrado na perspectiva individualista e curativa, pode estar organizado de forma vertical, ocorrendo também muitas dificuldades no espaço da execução dos serviços. Assim, as propostas alternativas apresentadas e inspiradas na racionalidade do projeto de reforma sanitária tentam romper com essa fragmentação, segundo os princípios da integralidade e demais princípios que se encontram no marco legal original do SUS.

Porém, mesmo essas propostas consideradas alternativas têm uma série de limitações, tendo em vista que suas experiências, quando são implantadas, ocorrem no interior do sistema de saúde cuja lógica predominante inviabiliza ou pode distorcer muitos

resultados. Mais do que isso, podem ser apropriados para fins diversos dos originalmente pensados ou mesmo refuncionalizados, como é o caso, por exemplo, da Estratégia Saúde da Família – que teve inspiração inicial no modelo de medicina familiar cubano e que vem sendo materializado como um programa que também sofre fragmentação e é focalizado nas áreas mais pobres; das políticas de Promoção da Saúde – vinculadas à incorporação dos determinantes sociais na concepção de saúde/doença, mas que pode se restringir à responsabilização individual via práticas comportamentais de saúde, etc.

Nesse sentido, para analisar os impactos da racionalidade instrumental hegemônica engendrada no processo de contrarreforma na saúde e presente no SUS hoje sobre as práticas sociais do Serviço Social, particularmente na forma de demandas e requisições, é importante refletirmos sobre as contradições do sistema e, junto com os fundamentos e diretrizes da política já analisados, chegarmos às tendências postas hoje no cotidiano do SUS. Para isso, analisaremos alguns indicadores e dados com relação aos serviços de saúde prestados à população que traduzem essas contradições.

Podemos ter uma dimensão da ampliação do SUS, no gráfico a seguir, que faz um comparativo entre a produção ambulatorial aprovada dos anos de 1995 – com 1,2 bilhão de procedimentos que custaram R\$ 3,3 bilhões – e de 2007 – com um quantitativo de 2,6 bilhões de procedimentos no valor total de R\$10,6 bilhões.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde<sup>51</sup>, em 2008, foram investidos R\$ 8,3 bilhões em internações. Além disso, dos leitos disponíveis para a população brasileira, 73% são leitos SUS, num total de mais de 367 mil leitos, segundo dados de novembro/2007. No entanto, desses leitos, 56% são de estabelecimentos filantrópicos ou privados conveniados, indicando a forte presença do setor privado / filantrópico nos procedimentos de internação que têm um potencial lucrativo maior do que outros atendimentos do sistema.

---

<sup>51</sup> DATASUS, Ministério da Saúde (2010).

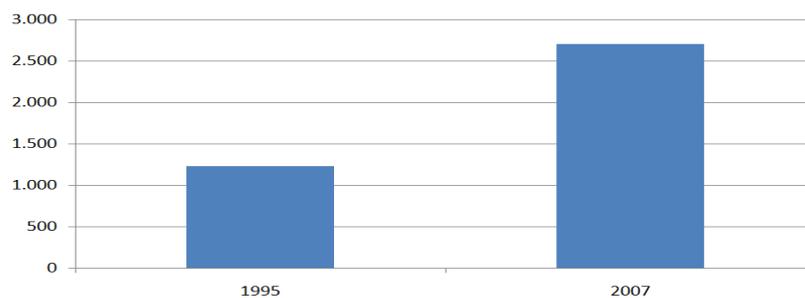


Gráfico 01: Produção ambulatorial do SUS em milhões.

Apesar da ampliação do sistema, há indícios concretos, pela quantidade de serviços e pelo seu aporte financeiro, que a cobertura e acesso do SUS não é efetivamente universal e, mesmo para aquelas populações consideradas cobertas, os serviços, muitas vezes, estão estruturados de forma precária, tanto do ponto de vista estrutural quanto em termos de recursos, inclusive déficit de recursos humanos. A atenção básica, por exemplo, foi responsável, em 2007<sup>52</sup>, por 49,9% da quantidade de procedimentos autorizados pelo SUS e sua cobertura vem crescendo de 2002, com 49,3% da população, chegando, em 2007, com 58,1% coberta. No entanto, sabe-se que essa cobertura é insuficiente.

Se falta cobertura universal na atenção básica, por outro lado, a cobertura vacinal do SUS é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como exemplar. De 1994, atingindo apenas 38,2% da população, chega, em 2009, com 90% de cobertura, como podemos acompanhar a progressão no gráfico (2).

Além disso, o SUS tem hoje o maior programa de transplante de órgãos do mundo, com 59.944 pacientes em lista de espera<sup>53</sup>, e vem conseguindo, ao longo dos últimos anos, diminuição dos indicadores de mortalidade infantil – em 2000, com 21,3 por mil nascidos-vivos, e, em 2006, com 16,4. Mesmo assim, a mortalidade infantil ainda encontra-se num patamar alto, tendo em vista que a OMS considera aceitável o índice de 10 mortos para cada mil.

<sup>52</sup> Fonte: DATASUS, Ministério da Saúde.

<sup>53</sup> Dados referentes ao primeiro semestre de 2009.

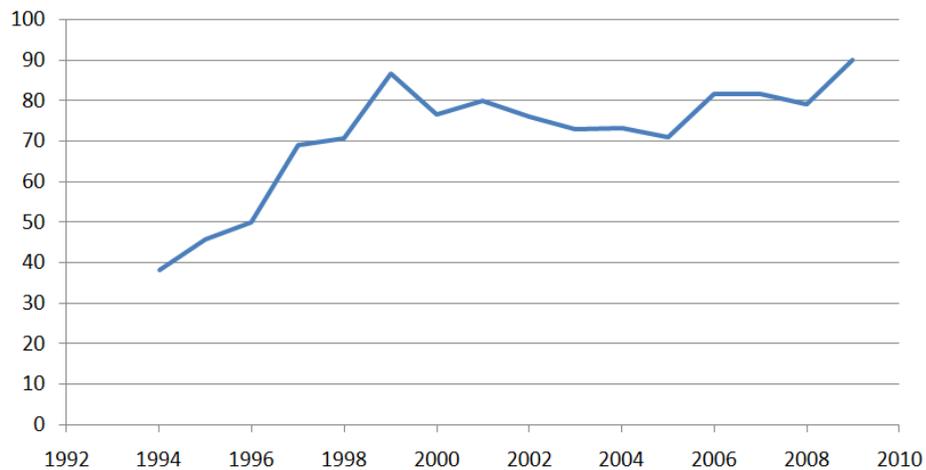


Gráfico 02: Evolução da Cobertura das Imunizações - SUS – Brasil

Em 2007, o Ministério da Saúde<sup>54</sup> pagou R\$ 5,8 bilhões em ações de atenção básica e R\$ 21,5 bilhões em procedimentos de assistência hospitalar e ambulatorial. Apesar de sabermos que as ações de atenção básica são de baixo custo, a grande diferença de investimento revela a preponderância da assistência no interior do sistema. Porém, mais do que isso, também expressa a precarização da política tanto na atenção básica quanto no âmbito da assistência secundária e terciária dado o seu subfinanciamento.

A saúde ocupou, em 2007, apenas 13% das despesas com seguridade social e, comparada ao orçamento total da União, é responsável por míseros 2,8%, enquanto que o refinanciamento da dívida apodera-se de 43%. Se analisarmos o gasto federal com saúde como proporção do PIB, segundo dados do IPEA, perceberemos que o investimento na saúde, comparado a 1995, é proporcionalmente menor, tendo em vista que naquele ano foi de 1,79% e, em 2007, foi de 1,70 %.

De acordo com informações da OMS<sup>55</sup> (Organização Mundial da Saúde), no ano de 2002, o gasto total em saúde no Brasil foi de U\$ 611,00, sendo que apenas 45,9% desse gasto foi público<sup>56</sup> e 54,1% do investimento foi privado (seja via pagamento direto das famílias, seja via seguros e planos privados). Em termos de investimento público na saúde, o Brasil está atrás de países como Chile, Argentina, Colômbia, Panamá, Costa Rica, Barbados, Bahamas, entre outros da América Latina e Caribe.

<sup>54</sup> Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

<sup>55</sup> Apud CEPAL, 2006.

<sup>56</sup> Incluindo todos os níveis federativos.

O orçamento de 2010 foi aprovado ao final de 2009 com um déficit previsto, segundo o CONASEMS, de R\$ 4 bilhões<sup>57</sup>, sem possibilidade de expansão das ações e num ano em que houve aumento de despesas com o combate à influenza H1N1, aumento dos casos de dengue, etc. Esse déficit orçamentário decorre das medidas de retração de alguns investimentos sociais pelo governo federal devido à crise financeira mundial de 2008/2009.

As prioridades orçamentárias dos sucessivos governos brasileiros, incluindo o atual, dão conta do lugar da política de saúde brasileira. Cada vez mais a responsabilidade do financiamento recai sobre estados e municípios, pois, de forma continuada, a participação da União vem decrescendo em termos relativos. Expressa-se aqui mais um paradoxo: como incluir a saúde como estratégia de desenvolvimento se não há de fato um incremento do aporte financeiro e, muito pelo contrário, tem ocorrido uma defasagem em termos proporcionais, comparando-se com os crescimentos do PIB, do próprio orçamento e da população. Porém, tal paradoxo é apenas aparente, tendo em vista que a concepção de desenvolvimento foi também refuncionalizada e faz parte da lógica desenvolvimentista atual a inserção precarizada da política de saúde que, através do SUS, produz inúmeros serviços à população com reduzido orçamento.

As causas concretas, as raízes dessa racionalidade, encontram-se na necessidade de ampliação do capital; e a área de saúde, sem dúvida, é uma das mais lucrativas para essa finalidade. As despesas de consumo das famílias brasileiras com bens e serviços de saúde que, em 2000, eram da ordem de R\$ 58 bilhões, chegam, em 2005, a mais de R\$ 103 bilhões, acompanhando o ritmo do crescimento da renda disponível bruta das famílias que era, em 2000, de R\$ 792 bilhões, chegando a R\$ 1,3 trilhões, em 2005<sup>58</sup>.

Como observamos anteriormente, o SUS representa uma grande conquista das classes trabalhadoras; talvez a maior conquista em termos de proteção social que os trabalhadores brasileiros tiveram. Porém, sua materialização configura-se um processo essencialmente contraditório e conflituoso, em que o direito à saúde pública e o projeto de reforma sanitária são afirmados e dialeticamente negados. E esse movimento não ocorre

---

<sup>57</sup> Na verdade, a previsão inicial do CONASEMS foi de um déficit de R\$ 6 bilhões de reais. Porém, como se conseguiu, de última hora, a aprovação de pouco mais de R\$ 2 bilhões, o déficit previsto é de R\$ 4 bilhões. Ressaltamos que esse déficit é levando em consideração o mesmo quantitativo de procedimentos e ações do ano passado.

<sup>58</sup> Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

apenas no mundo das idéias, ou mesmo na dimensão da racionalidade referente ao pensamento; acontece, sobretudo, na realidade concreta, isto é, na dimensão da racionalidade da práxis.

Os dados e informações aqui expostos nos revelam um sistema público de saúde que atende milhões de brasileiros, ao mesmo tempo em que exclui outros milhões; que viabiliza cirurgias de transplante com alto nível tecnológico e, ao mesmo tempo, é incapaz de prevenir doenças simples que podem, inclusive, desencadear a necessidade de um transplante; de realizar milhares de partos e ainda ter um alto índice de mortalidade materna, entre tantas outras contradições.

Para essa racionalidade hegemônica, a saúde é espaço estratégico de um modelo de desenvolvimento do grande capital no Brasil: campo de contradições, espaço do direito universal e, dialeticamente, da apropriação privada dos recursos públicos, da planificação, da tecnificação das práticas sociais em nome do aprofundamento da reforma sanitária, mas que, efetivamente, aprofunda o adensamento dos interesses privados no interior do SUS.

Essa racionalidade integra um padrão de desenvolvimento e crescimento que não reverte as tendências da concentração de renda; no máximo, as ameniza via políticas de transferência de renda e focalizadas na pobreza, como é o caso da saúde. Essa política é expressão das contradições e desigualdades presentes na sociedade brasileira: ao mesmo tempo em que se materializa de forma focalizada, com traços predominantemente assistenciais, constitui-se objeto de investimento tecnológico, com a aquisição de equipamentos, etc., mas também de incorporação de “novas”<sup>59</sup> tecnologias organizacionais que ampliam as potencialidades de lucratividade do capital nesta área.

Podemos, a partir dessa análise, identificar as principais tendências que essa racionalidade engendra no SUS e que têm impactos importantes para as práticas em saúde.

- Tecnificação da saúde – Caracterizada pelo investimento em novas tecnologias no sistema, inclusive tecnologias de gestão, isto é, além da aquisição de equipamentos mais avançados, a incorporação no SUS de inovações no espaço da gestão, como as pactuações, a contratualização, metas, planejamento e programação das ações em saúde, gestão por fundação ou organização social, etc. Todos os mecanismos da

---

<sup>59</sup> Muitas dessas denominadas novas tecnologias reatualizam antigas formas de exploração e organização do trabalho.

racionalidade hegemônica atuam nessa tendência, em especial o de *desistoricização*, vinculado à diretriz de *repolitização da política*, numa supervalorização da técnica e das tecnologias, como se nestas estivesse a solução dos conflitos do sistema. Além disso, essa tendência também compõe o *conjunto global de respostas do grande capital internacional*, como pode ser verificado nas orientações do Banco Mundial sobre as novas modalidades de gestão, e também expressa o mecanismo de desvinculação da política da totalidade social, na tentativa de cada vez mais buscar as causas de suas contradições e conflitos na imediatividade social, ou em questões que mais escondem do que expressam a natureza dessas contradições. Assim, não se revela que as reais necessidades do incremento tecnológico e técnico encontra-se para além da política, na economia, na estrutura social e, particularmente, no processo de *mercantilização da vida e na lógica destrutiva do capital*. Dialeticamente, essa tendência também sofre as inflexões do mecanismo de *contenção da demanda e emergencialização da vida*, precisamente porque as inovações na gestão vão precisar fazer uso de estratégias de contenção e porque as ações emergenciais também são objeto de racionalização, normatização e regulação de acordo essas inovações gerenciais do sistema.

- Ampliação restrita – O sistema vem expandindo suas ações desde sua criação, em 1988, mas sempre de forma focalizada, fragmentada e precarizada, sem conseguir atender à universalidade das demandas. Esse crescimento se dá por pressão da própria demanda, que tem sido continuamente maior do que a estrutura e a capacidade da rede de serviços. A expansão limitada dos serviços tem relação direta com os limites orçamentários da política: a EC 29 ainda não foi regulamentada e o processo contínuo de subfinanciamento do sistema tem se agravado com preocupantes perspectivas para o ano de 2010. Essa ampliação residual vem se dando em todos os níveis de Atenção em Saúde – mas, principalmente, nas equipes de saúde da família ou nos NASFs<sup>60</sup>, e nos

---

<sup>60</sup> Os NASFs são expressões concretas das particularidades desse processo de ampliação: esses núcleos são compostos por uma equipe multiprofissional que deve dar apoio às equipes da Estratégia Saúde da Família. Porém, de acordo com a proposta que já foi normatizada, um profissional de Serviço Social, por exemplo, pode se responsabilizar pelo atendimento das demandas de, no mínimo, 3 equipes de saúde da família – nos casos de NASF tipo 2 – ou de 8 a 20 equipes – nos casos de NASF tipo 1, o que é impossível numa perspectiva de

serviços de pronto-atendimento e emergências - e preponderantemente no nível federativo municipal devido à descentralização e regionalização; porém, é importante ressaltar que em todos eles está focalizada entre os segmentos mais pobres da população.

- Ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial – configurada na presença de práticas tradicionais em saúde centradas no indivíduo, de caráter curativo e com um conteúdo emergencial, focalizada nos grupos e segmentos mais pauperizados das classes trabalhadoras. Essa tendência expressa-se sob diversas formas, mas principalmente na incapacidade crônica do sistema de atender à demanda. Tal incapacidade não diz respeito apenas à estrutura física da rede, mas também à escassez de recursos humanos, o que determina, em última instância, que o conteúdo de muitas práticas sociais na saúde seja assistencial e emergencial. Todos os mecanismos da racionalidade hegemônica incidem nessa tendência, em especial o que se refere à *contenção da demanda e emergencialização da vida*, com a supervalorização das ações de caráter pragmático e imediatistas, tendo em vista a superexploração do trabalho dos profissionais da saúde e o pouco tempo que têm para refletir sobre a sua prática. Nesse sentido, as ações e práticas sociais relacionadas a uma maior reflexão, informação, socialização de conhecimento com os usuários do sistema, como é o caso da educação em saúde, da mobilização e politização em torno do direito à saúde, tornam-se cada vez mais escassas. Esta tendência reproduz velhos elementos do sistema de saúde brasileiro. No entanto, ela atende hoje interesses bem atuais, do grande capital nacional e internacional, e também integra as recomendações e orientações do Banco Mundial sobre a política de saúde e o *conjunto global de respostas do grande capital internacional*. Além disso, também sofre influência dos mecanismos de *desistoricização* e de *desvinculação da totalidade social*, junto com o processo de *repolitização*, tendo em vista que as ações assistenciais tendem, pela própria racionalidade hegemônica, a se

---

atendimento qualificado. Assim, houve a ampliação com a criação de um novo serviço, com a parca contratação de profissionais, mas as condições de trabalho, a estrutura de pessoal e de recursos, de uma forma geral, nem de longe atendem às necessidades da população usuária, o que resulta num processo extremamente seletivo para atendimento dos casos mais graves e urgentes.

circunscrever ao imediato, como se fossem desistoricizadas, desprovidas de antagonismos e fragmentadas da totalidade social, tornando-se simples respostas a problemas de saúde. A mercantilização da vida e a lógica destrutiva também se fazem presentes, pois a centralidade das ações assistenciais/ emergenciais no sistema tem vinculação com as necessidades de ampliação do mercado privado de saúde e de maximização da lucratividade dessa área. Essa tendência, em verdade, denuncia o conteúdo fragmentário e os limites não só da política de saúde, mas das políticas sociais no atual estágio capitalista, fundadas na lógica neoliberal. O espaço das ações assistenciais em saúde constituem-se no grande núcleo para onde todas as contradições do SUS e grande parte das contradições da estrutura social brasileira convergem, configuradas na forma de agravos, desgastes e doenças propriamente. Toda essa demanda pressiona, dessa forma, o sistema que, por sua vez, as atende emergencialmente.

- Privatização e mercantilização da saúde pública – Incide sobre essa tendência principalmente o mecanismo de *mercantilização da vida e lógica destrutiva*; configura-se de diversas formas no sistema, mas nos últimos anos principalmente através da contratação de serviços privados ou entidades jurídicas (organizações sociais, fundações, etc.) para gerir as unidades, acessando diretamente o recurso público; o que é, certamente, um negócio com alta margem de segurança e sem riscos, pois o Estado garante a lucratividade. Porém, a interiorização da lógica privada e seus interesses na saúde pública ocorre também através dos inúmeros convênios – em geral, nas áreas mais lucrativas para o mercado - no estímulo à aquisição de equipamentos e medicamentos de última geração tecnológica, no incentivo ao crescimento do mercado privado de serviços de saúde tão bem expressos nos documentos anteriormente analisados, através da precarização da política, da isenção de impostos, do surgimento de organizações não-governamentais dentro das unidades de saúde, etc.
- Precarização e superexploração do trabalho na saúde pública – com as novas formas de gestão, seus instrumentos de contratação por metas, a pactuação, as novas entidades jurídicas, a proliferação dos contratos temporários de trabalho e dos trabalhadores

contratados no regime da CLT, a grande demanda pelos serviços e um sistema de saúde que não tem estrutura suficiente para atendê-la, tendem a acentuar a precarização do trabalho e intensificar ainda mais a sua exploração. A *racionalidade empresarial produtivista*, o mecanismo de *contenção da demanda e emergencialização da vida* corroboram diretamente com essa tendência. Além disso, a necessidade de *reestruturação da gestão do trabalho*, inclusive com o investimento na qualificação desse trabalhador desde a graduação até a formação continuada, busca formar um novo trabalhador coerente com as necessidades da organização do sistema e de sua racionalidade.

- Promoção da Saúde restrita - os limites históricos da política de saúde, do Estado brasileiro, de nossa estrutura social e das atuais configurações do desenvolvimento capitalista, ao não viabilizar a efetivação de políticas públicas estruturais e universais<sup>61</sup> que promovam condições de vida que incidam diretamente sobre os determinantes sociais, termina possibilitando que, tendencialmente, as políticas de saúde enfatizem as práticas e comportamentos saudáveis, centralizando-se na responsabilização do indivíduo sobre o processo saúde-doença. Essa tendência tem relação com uma característica da intervenção do Estado burguês nas expressões da questão social:

Entre o “público” e o “privado”, os problemas sociais recebem a intervenção estatal: de uma parte, a direção estratégica do processo econômico-social e político; de outra, a rede institucional de serviços que incide sobre as “personalidades” que se revelam colidentes, porque vítimas, com aquela. (Netto, 2005: p.51)

- Ampliação do tensionamento nos espaços de participação social - sem dúvida que a participação social, como diretriz fundamental do projeto de reforma sanitária e de sua racionalidade político-emancipatória, constitui-se um espaço dialético de mobilização e defesa dos interesses dos trabalhadores e usuários do SUS. Contudo, as instâncias de controle social, apesar de constarem nas diretrizes da política como relevantes, no

---

<sup>61</sup> Ressaltamos que as políticas sociais por mais amplas, universais e promotoras de “bem-estar”, têm como limite a ordem burguesa desigual. Neste sentido, a sua razão de ser e o seu limite constituem essa relação de desigualdade.

cotidiano do SUS vêm sendo desvalorizadas e desconsideradas,<sup>62</sup> principalmente quando expressam posicionamentos autônomos e críticos em relação à lógica hegemônica na política. Por outro lado, outros espaços também considerados de participação, como as Comissões Intergestores, os mecanismos de escuta da população, as ouvidorias, vêm sendo valorizados. A articulação e estímulo à mobilização dos movimentos sociais da saúde vem se dando, principalmente, com os grupos afinados com a gestão da política ministerial. Nesse sentido, a participação social afinada com a racionalidade hegemônica é de natureza colaboracionista e solidária, numa perspectiva de adesão não só passiva, mas ativa dos usuários e trabalhadores do SUS. Para isso, vem ocorrendo uma forte massificação da defesa da modernização do SUS e da necessidade de mudanças, antes que os defensores do projeto privatista as façam.

Apesar dessas tendências serem engendradas pela racionalidade da contrarreforma na política de saúde e, por isso mesmo, hegemonicamente atenderem interesses dela, não se pode negar a existência de contradições e resistências no seu interior que estão relacionadas ao projeto de reforma sanitária. Sabe-se, como vimos, que a racionalidade instrumental hegemônica faz uso de princípios e elementos do projeto de reforma sanitária, refuncionalizando o seu conteúdo e retirando-lhes o sentido original e a racionalidade político-emancipatória mais radical sob os limites do capital.

De fato, muitas ações e práticas sociais no SUS ocorrem sobre os fundamentos desses princípios mesmo que refuncionalizados. Ações de natureza socioeducativas e politizadoras e até mesmo assistencial podem ser também, contraditoriamente, realizadas na perspectiva da defesa dos interesses das classes trabalhadoras, através da defesa da racionalidade política emancipatória da reforma sanitária.

Sendo assim, a resistência daqueles que defendem a reforma sanitária em seu marco legal original está em fazer uso desse espaço contraditório, lutando pela efetivação desses princípios no seu sentido real e concreto. E, neste caso, defender o uso das novas tecnologias para a garantia efetiva do direito à saúde pública, bem como de uma assistência que atenda às reais necessidades sociais da população usuária do sistema.

---

<sup>62</sup> Expressão maior dessa desvalorização foi o completo descaso do Ministro da Saúde com relação ao posicionamento da Conferência Nacional de Saúde – instância máxima de deliberação da política nacional de saúde - contra o Projeto das Fundações Estatais de Direito Privado. O Ministro José Gomes Temporão deu continuidade à defesa do projeto e seu encaminhamento ao Congresso Nacional.

Ambas as tendências, oriundas da racionalidade hegemônica, apesar de suas diferenciações e aparente antagonismos,<sup>63</sup> integram um mesmo movimento, uma mesma unidade contraditória que responde a múltiplos interesses do capital na área dos serviços de saúde.

Os fundamentos dessas tendências estão postos na racionalidade hegemônica que é inspirada nas perspectivas da razão formal-abstrata, da estruturalista e do irracionalismo. Nesse sentido, o processo de tecnificação, ao supervalorizar a técnica, a normatização, as inovações administrativas e gerenciais do sistema, etc, reproduz fortemente os elementos tanto da razão formal-abstrata quanto do estruturalismo, a que Coutinho (1972) denomina de “*miséria da razão*”. Aqui, a razão não é reprodução da legalidade do ser social, da totalidade real e concreta, mas sim

[...] regras formais que manipulam “dados” arbitrariamente extraídos daquela totalidade objetiva. O paralelismo entre esse empobrecimento da razão e o esvaziamento da práxis na atividade burocrática não é casual. A “*miséria da razão*” é a expressão teórica – deformada e deformante – do mundo burocratizado do capitalismo. (Idem: p. 38)

Ocorre, dessa forma, um “novo” processo de burocratização que, inclusive, se apresenta como inovações na gestão da política que objetiva combater e romper com a burocracia estatal, racionalizar gastos e otimizar recursos. Há, assim, uma grande preocupação em se criar normatizações, procedimentos, planos, toda uma estrutura lógica que regule a realidade. Mas, dialeticamente, essas normas e regras se descolam da realidade por não levarem em conta a dinâmica e o movimento do real que só a razão dialética é capaz de reproduzir.

Essa racionalidade é construída para que não se efetivem os princípios do SUS em seu sentido original em toda a sua complexidade, porém incorpora elementos desses princípios, mas de forma parcial e fragmentada, para que adquira legitimidade e uma coerência mínima em relação ao marco legal original. E nesse caso, apesar de muitas dessas normatizações se deslocarem da realidade e constituírem-se em normas formais-abstratas,

---

<sup>63</sup> Como é o caso da tecnificação da saúde e a assistencialização, pois enquanto a primeira representa o que há de mais moderno em saúde, a última expressa, aparentemente, o que há de mais velho.

suas raízes e sua razão são concretas: as necessidades sociais da sociedade burguesa contemporânea<sup>64</sup>.

Ela materializa-se sob a forma aparente de dualidade e paradoxos. O primeiro deles tem relação com as seguintes questões: por que, apesar de toda essa organização e normatização, o SUS não se efetiva de forma coerente com seu marco legal? Por que com todas as regras, metas, pactuações, regulações, etc., a realidade teima em ser contraditória e conflituosa na concretização da política?

Uma resposta muito comum para estas questões é a que justifica as contradições do SUS pelo fato de ele ser um processo em permanente construção. Classificamos essa justificativa como falaciosa, tendo em vista que tudo na realidade social é movimento e está em construção e desconstrução permanente, o que definitivamente não é a causa do projeto de reforma sanitária não ser hegemônico no sistema. São as relações e necessidades sociais desta estrutura social que se reproduzem no âmbito do Estado brasileiro e que, ao mesmo tempo que possibilitam a defesa dos interesses do capital, também sofrem as resistências da classe trabalhadora. Dessa forma, necessidades sociais antagônicas entre os interesses da realização, acúmulo e maximização da lucratividade via serviços de saúde, e os interesses da população usuária das classes trabalhadoras.

Como essa racionalidade hegemônica não consegue resolver as contradições do sistema, a saída apresentada é mais racionalidade instrumental, mais propostas de normatização, mais “inovações” na gestão, para dar resposta aos conflitos. Essas inovações e normas, muitas vezes longe de garantir o direito à saúde, terminam reproduzindo essas mesmas contradições e conflitos.

---

<sup>64</sup> Um exemplo concreto desse processo se deu em Pernambuco. O governo do estado inaugurou recentemente um hospital e várias UPAs e repassou sua gestão para uma organização social. A central de leitos do estado divulgou uma circular para os hospitais públicos, expondo os critérios / normatizações de encaminhamentos de pacientes para as novas unidades. Entre as restrições expostas, impede-se que pacientes com mais de 60 anos sejam encaminhados para o setor de ortopedia. O Sr. Severino Bezerra, de 78 anos, estava há mais de 9 dias aguardando cirurgia ortopédica, tendo que esperar numa fila com 44 pacientes à sua frente, no Hospital Getúlio Vargas, estando impedido de ser transferido para um hospital recém-inaugurado, com vaga, mas gerido por entidade privada. Apesar da direção do hospital alegar que se trata da implantação gradual dos serviços na unidade, sabe-se que a recuperação dos idosos em cirurgias ortopédicas é mais lenta, o que envolve maior período de internamento e menor lucratividade para a gestão. A norma criada é apresentada como de âmbito técnico, mas nega veementemente os princípios do SUS e do Estatuto do Idoso, e tem seu fundamento nos interesses privados dentro do sistema. Diversas entidades entraram na Justiça contra essa medida e o Ministério Público solicitou esclarecimentos à secretaria de Saúde. (Vasconcelos, 2010)

E é exatamente por isso que Coutinho afirma que o agnosticismo, a “miséria da razão”, abre espaço para o irracionalismo: onde e quando a razão agnóstica, ou a razão instrumental não consegue explicação ou solução está o campo aberto para o irracionalismo que, como já vimos, responde a interesses também dessa lógica.

O primeiro campo da objetividade vetado a essa razão limitada é o da contradição como modo de ser primário dos processos reais. Do mesmo modo como na atividade burocrática, busca-se reduzir qualquer diversidade a simples manifestação aparente de “leis constantes e invariáveis”, suprimindo-se a contradição numa homogeneidade formalista. (...) Ora, o preço da redução do diverso ao idêntico, do variável ao constante, é exatamente a extrema formalização do real e da racionalidade, o abandono à *irratio* dos problemas conteudísticos, ou seja, a gênese histórica e o sentido humano dos processos analisados. (Idem: 40-41)

É nesse sentido que a segunda aparente dualidade expressa na materialização do sistema encontra-se na unidade contraditória de tendências que são, na verdade, complementares: a tecnificação e assistencialização.

Assim, é no âmbito da assistência que a norma é confrontada com a realidade em todas as suas contradições, e no movimento da realidade a norma pode dialeticamente orientar as práticas de saúde até um determinado limite histórico, isto porque a razão formal-abstrata e a razão estruturalista não conseguem dar conta da realidade enquanto movimento imanente e as contradições do sistema não se enquadram no seu modelo de racionalidade. De forma que, diante dos tensionamentos e conflitos no cotidiano da assistência à saúde, os profissionais, para além da razão, fazem uso, muitas vezes, de respostas pragmáticas, irrefletidas, irracionais, com práticas manipulatórias “*para intervenção imediata em situações pontuais, a partir dos elementos disponíveis*”. (Fontes, 2007: p. 299)

De acordo com Virgínia Fontes, é como se alguns sujeitos sociais, “por escolha ou por impossibilidade de outra opção”, vivessem em situação de emergência permanente e neste tipo de situação dramática a reflexão mais universal é suspensa, dada a urgência necessária para a sua resolução.

Os profissionais da saúde do SUS e, particularmente, os assistentes sociais vivem, em geral, um cotidiano em que a urgência tornou-se uma rotina, pois, segundo essa lógica, a

racionalidade do sistema permite a existência de um grande contingente de demandas não contempladas, cujos problemas e conflitos tornam-se objeto da intervenção desse profissional.

Mais ainda, a lógica pragmática e emergencial tornou-se hegemônica na contemporaneidade, perpassando todos os espaços sociais e também compõe um dos principais mecanismos da racionalidade hegemônica no sistema, que é a *contenção da demanda e emergencialização da vida*. “*Trata-se de suscitar permanentemente catástrofes, para em seguida abrandar alguns de seus efeitos mais contundentes, contando, porém (e sobretudo), com a atividade generosa dos próprios sinistrados.*” (Idem: p. 302)

Nessa lógica, são diminuídas as possibilidades de uma reflexão mais aprofundada sobre o real, pois grande parte das respostas tem uma urgência permanente como se estivéssemos diante de uma tragédia eminente – e, de certa forma, estamos: a tragédia da vida, da saúde, da doença e da morte de sujeitos sociais.

Esta é (...) a lógica do pragmatismo: descartar as considerações sobre as condições gerais que produzem (e reproduzem) os naufrágios e os incêndios, que ficamos obrigados a combater a cada segundo, ficando assoberbados, pois mal acabamos um e já estamos no combate ao naufrágio ou ao incêndio seguinte. Estamos apagando o incêndio com jatos que, parecendo amenizar a situação imediata, despejam lança-chamas para todos os lados. (Idem: p.33)

As respostas a essas situações apresentadas como emergenciais, se não forem refletidas mais profundamente, se não buscarem ultrapassar o imediatismo, tendem a reproduzir a racionalidade hegemônica e, mesmo que do ponto de vista objetivo e pontual atuem sobre o problema em si, ao invés de revelar, mascara, e, ao contrário de mobilizar usuários e profissionais em torno do direito à saúde, passiviza.

Todas essas diretrizes, eixos, fundamentos e tendências, repercutem nas práticas sociais de saúde no SUS e incidem sobre o assistente social, desde o lugar que esse profissional ocupa no sistema até as demandas profissionais que lhe são postas, como analisaremos no próximo capítulo.

## CAPÍTULO 3

### O CAMPO DE TENSÕES DAS DEMANDAS E PRÁTICAS SOCIAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO SUS

No presente capítulo analisaremos os dados e resultados das entrevistas realizadas junto aos assistentes sociais da saúde pública, buscando identificar e discutir a natureza das demandas e requisições profissionais no SUS em suas mediações com a racionalidade hegemônica do sistema. Debateremos, assim, em que medida as demandas analisadas determinam as práticas sociais do assistente social na saúde pública.

#### **3.1 – Contradições na materialização do SUS: demandas que reiteram a racionalidade hegemônica do sistema**

O nosso objeto de pesquisa consiste, sobretudo, em desvelar como a racionalidade da contrarreforma, as diretrizes da política de saúde, seus mecanismos, fundamentos e perspectivas teóricas e políticas, todas essas relações e mediações, se vinculam à prática do assistente social na saúde pública e a impactuam.

Diversos autores já trataram direta ou indiretamente de temática semelhante a esta – dentre eles, Bravo (2007), Costa (1998), Vasconcelos (2002), entre outros – porém, nossa pesquisa analisa o momento atual, em que mudanças de âmbito qualitativo intensificaram velhas tendências, incorporaram novas características e adensaram e qualificaram outras já existentes, a partir dos Pactos pela Saúde, da proposta das Fundações Estatais de Direito Privado, do PAC da Saúde e da configuração do projeto *SUS possível* desencadeado pelo intenso movimento de transformismo de lideranças do projeto de reforma sanitária. Na verdade, como pudemos analisar, a gestão da política de saúde hoje é síntese e encontra-se num patamar qualitativamente superior dos primeiros momentos da contrarreforma do Estado e de sua racionalidade. A questão que nos fazemos é: qual o lugar do Serviço Social nesse processo e o que lhe é requisitado a partir dessa racionalidade?

### 3.1.1 – O lugar do Serviço Social e a racionalidade hegemônica no SUS

Como analisamos anteriormente, o SUS vem expandindo, mesmo que de forma restrita, suas ações e serviços segundo esse modelo de gestão, em que o acesso e a universalidade não são necessariamente públicos, podendo ser viabilizados pela lógica privada; e essa expansão vem se dando, fundamentalmente, por pressão da demanda e também por pressão dos movimentos sociais – mesmo em período de certo refluxo – mas, dialeticamente, ocorre beneficiando também a expansão do mercado privado da saúde que, neste sentido, também tem interesses e necessidades concretos nessa modalidade de ampliação do sistema.

As particularidades de todo esse movimento – suas estratégias, diretrizes, mecanismos e tendências concretas – estruturam e conformam as práticas sociais no interior do SUS, em meio às contradições e conflitos próprios da realidade social. Como analisaremos durante todo este capítulo, os dados e informações fornecidos pelos assistentes sociais da saúde são reveladores das conexões com a racionalidade da contrarreforma.

Segundo nossa pesquisa, 54,5% dos assistentes sociais têm até 3 anos de tempo de serviço na unidade de saúde e 9% têm de 4 a 5 anos, o que indica que esses profissionais são recém-contratados e que está havendo expansão do Serviço Social dentro desse modelo. (ver tabela 01) Essa expansão é confirmada quando, ao serem questionados sobre a evolução do quantitativo dos assistentes sociais nos últimos 8 anos, 60% dos profissionais afirmam que esse quantitativo aumentou. (ver gráfico 03)

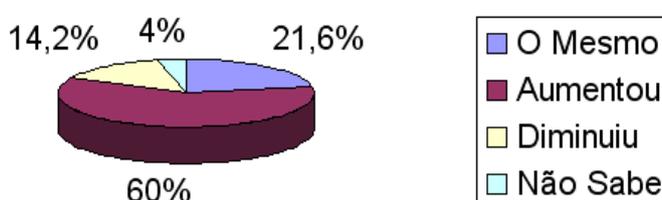


Gráfico 03: Evolução do quantitativo de assistentes sociais.

Nesse sentido, o modelo de gestão atual tem impactado na ampliação dos espaços ocupacionais do Serviço Social. Cabe-nos perguntar por que, para implementar a

racionalidade hegemônica hoje no SUS, precisa-se de mais assistentes sociais. As respostas a essa questão nos possibilitarão a compreensão das mediações da profissão com essa racionalidade e os seus impactos sobre ela. Para a compreensão do lugar do Serviço Social na política de saúde é mister o entendimento da função dessa profissão no Estado burguês que atua diretamente planejando, gerindo ou executando serviços sociais que contribuem para reprodução social, material e espiritual, da força de trabalho.

Tabela 1: Tempo de Serviço dos Assistentes Sociais na Unidade de Saúde.

<i>Anos</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>	<i>Porcentagem Válida<sup>65</sup></i>
<b>0-3</b>	104	53,9	<b>54,5</b>
<b>4-5</b>	18	9,3	<b>9,4</b>
<b>6-10</b>	23	11,8	<b>12</b>
<b>11-20</b>	38	19,6	<b>19,7</b>
<b>21-33</b>	8	4	<b>4</b>
<b>Total</b>	191	99	<b>100</b>
<b>Não informado</b>	2	1,0	
<b>Total</b>	<b>193</b>	<b>100</b>	

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: impactos e demandas ao Serviço Social.

De acordo com Iamamoto e Carvalho, o próprio Serviço Social pode ser considerado uma tecnologia social que integra o conjunto de medidas instrumentais de controle da sociedade, largamente utilizadas pelo Estado capitalista como meio de “influenciar a conduta humana, adequando-a aos padrões legitimados de vida social, manipulando racionalmente os problemas sociais, prevenindo e canalizando a eclosão de tensões para os canais institucionalizados.” (1986: P.112)

<sup>65</sup> A porcentagem válida refere-se à porcentagem exclusivamente dos que responderam à questão, isto é, retirando do cálculo aqueles que não informaram ou não responderam.

Principalmente quando consideramos as particularidades da estrutura social brasileira, que a contrarreforma neoliberal eleva ao extremo, podemos analisar, conforme Netto, que a demanda objetiva ao Serviço Social

[...] não tende a se contrair. A dinâmica das relações capitalistas no marco nacional (periférico e heteronômico), as implicações da brutal concentração da propriedade e da renda, (...) os profundos impactos de uma urbanização veloz e inteiramente descontrolada, a ruptura acelerada de mecanismos de cobertura e proteção macro e microssociais em larga escala – tudo isso concorre para constituir um quadro societário que objetivamente garante espaços aos assistentes sociais (...) (1996: p. 115)

Mas, além disso, é necessário que o Serviço Social seja capaz de responder profissionalmente a essa demanda e que essa resposta seja compatível em maior ou menor grau com a hegemonia política que se afirma, o que depende também da sua relação de funcionalidade com as forças contra-hegemônicas presentes. (Idem)

O que se coloca neste momento para nossa reflexão é particularizar essas necessidades sociais que fundam a profissão e suas demandas, segundo as mediações e tendências do Estado burguês para a política de saúde na atualidade.

Em dissertação de mestrado defendida em 1998, Costa (1998) pesquisou sobre as causas do aparente paradoxo entre a autoimagem de desqualificação técnica da profissão e, por outro lado, o crescimento da contratação dos profissionais de Serviço Social. Naquele momento histórico, havia pouco tempo da publicação da NOB 96, iniciavam-se algumas experiências de inovações na gestão em São Paulo e no Rio de Janeiro e considerava-se o SUS – então com 10 (dez) anos de implantação – um sistema de saúde que ainda estava estruturando-se, com fortes resquícios do modelo anterior e em meio ao auge do neoliberalismo.

Atualmente, como analisamos, o SUS, em seus mais de 20 anos, é um sistema estruturado. No entanto, sua estruturação se materializa num cotidiano de tensões e contradições em relação aos princípios originais do sistema; há um adensamento das tendências vislumbradas nos anos 1990, em que lideranças da reforma sanitária, em nome dela, elaboram, reproduzem e implementam novas modalidades e instrumentos de gestão que ganham centralidade.

As determinações sociais que engendram necessidades sociais e, por sua vez, organizam a racionalidade do aparato estatal e de sua política de saúde têm inflexões sobre o Serviço Social. Portanto, as características da atual expansão do sistema e da profissão de Serviço Social são diferenciadas, apesar de apresentar muitas continuidades.

Segundo Costa, “a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho”. ( 2006: p.308)

Todavia, as particularidades que impulsionaram a ampliação do quadro de assistentes sociais no SUS – há mais de uma década – em seu período de implantação, são, sem dúvida, diferentes<sup>66</sup> das particularidades atuais que engendram um novo processo expansivo da profissão.

De acordo com dados do Ministério da Saúde<sup>67</sup>, referentes a dezembro de 2007, há cerca de 18.106<sup>68</sup> vínculos de assistentes sociais que atuam em instituições de saúde que atendem ao SUS<sup>69</sup>, tornando o Serviço Social a 7ª (sétima) profissão de nível superior em quantidade de vínculos no sistema – atrás de médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas e psicólogos. Segundo esses dados, a relação de proporção por número de habitantes é de 1 (um) assistente social da saúde para cada 10 mil, o que indica que a expansão do sistema e da contratação de profissionais de Serviço Social não é suficiente para atender às necessidades da população usuária.

Os dados da nossa pesquisa corroboram essa afirmação, tendo em vista que, apesar da maioria dos entrevistados informarem o aumento de assistentes sociais contratados, 77% deles afirmaram que há déficit de assistentes sociais na instituição de saúde em que trabalham, conforme indica o gráfico abaixo.

---

<sup>66</sup> Apesar de diferentes, algumas particularidades podem se manter, mas não são exatamente as mesmas, como a própria divisão sociotécnica do trabalho.

<sup>67</sup> Datasus, gerado em 15/02/2010.

<sup>68</sup> De acordo com a fonte, se um mesmo profissional tiver mais de um vínculo, ele é contado conforme a quantidade de vínculos.

<sup>69</sup> Incluindo prestadores públicos, privado não lucrativo e privado lucrativo.

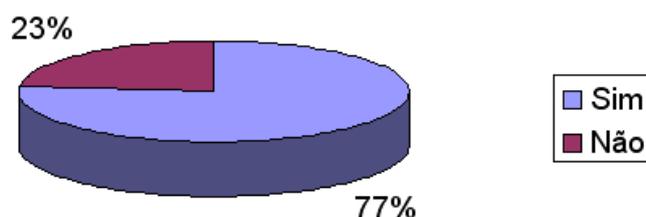


Gráfico 04: Déficit de Assistentes Sociais.

Nesse caso, a ampliação do Serviço Social ocorre reproduzindo as contradições de expansão do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. A ampliação restrita, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumenta o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos – afirmando e negando direitos. A racionalidade a que essa expansão está integrada permite o atendimento parcial das requisições e reivindicações do movimento sanitário e dos trabalhadores, subordinando suas principais configurações aos interesses privados.

Nesse sentido, possibilita que o crescimento de vínculos de assistentes sociais na saúde pública ocorra também de forma restrita. Porém, mais do que isso, revela uma crescente demanda por esses profissionais relacionada às contradições e conflitos da estruturação do SUS, mas que também extrapola a política de saúde, como analisaremos mais adiante.

Uma outra questão que chama atenção é que, mesmo com ampliação, o Serviço Social não tem acompanhado o nível de expansão de outras categorias profissionais, como a Psicologia, a Fisioterapia e a Farmacologia.

Caracterizando melhor a expansão da profissão, 78% dos assistentes sociais entrevistados são contratados pelo Regime Estatutário de trabalho e 16% deles têm o vínculo pela CLT. Além disso, 76,6% entraram no SUS através de concurso público e 14,6% por seleção. Dessa forma, podemos analisar que a mudança no regime de trabalho para a CLT ainda não atingiu um número grande de assistentes sociais, mas já se mostra como uma

das tendências, tendo em vista que 11%<sup>70</sup> do total de profissionais foram contratados por gestor público pelo regime da CLT. (ver tabelas 2 e 3)

Tabela 2: Regime de Trabalho dos Assistentes Sociais nas Unidades de Saúde

Regime de Trabalho	Frequência	Percentual	Percentual Válido
CLT indeterminado	20	10,4	<b>10,5</b>
CLT determinado	11	5,7	<b>5,8</b>
Terceirizado / Prestador de Serviço	4	2,1	<b>2,1</b>
Estatutário	149	77,6	<b>78,4</b>
Outro	6	3,1	<b>3,2</b>
<b>Total</b>	<b>190</b>	<b>99,0</b>	<b>100</b>
Não informado	2	1,0	
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100</b>	

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

Dessa forma, para esse grupo de assistentes sociais contratados sem estabilidade pelo regime da CLT, o nível de subordinação e, possivelmente, exploração do trabalho, é muito maior – o que interfere nos limites institucionais postos à autonomia desses profissionais, tanto em termos da sua prática social de intervenção quanto à sua organização classista.

É importante considerar que, conforme analisamos no capítulo anterior, as diretrizes e fundamentos da racionalidade da contrarreforma e seus respectivos eixos estruturadores tem como uma de suas importantes bases a gestão do trabalho. Assim, é fundamentalmente a superexploração dos trabalhadores da saúde - que se dará entre outras, através da

<sup>70</sup> Este dado se refere ao cruzamento das variáveis da tabela 2 e o Gráfico 5 (regime de trabalho e nível de gestão).

contratação desses sem estabilidade, do cumprimento de metas pactuadas, etc. – o que garantirá, de acordo com essa lógica, uma melhor qualificação dos serviços de saúde.

Tabela 3: Forma de Admissão dos Assistentes Sociais nas Unidades de Saúde

Admissão	Frequência	Porcentagem <sup>71</sup>
Concurso Público	147	76,6
Seleção	28	14,6
Indicação	4	2,1
Desvio de Função	6	3,1
Outro	7	3,6
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

Fonte: A Contra-Reforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

Além disso, o modelo de desenvolvimento em que a política de saúde está inserida – com características que efetivamente reproduzem a desigualdade social brasileira com seus níveis de concentração de renda - termina por engendrar, como analisaremos mais adiante, um aumento substancial de demandas ao SUS e muitas destas chegam ao Serviço Social com o peso da urgência, configurando-se para os assistentes sociais um cenário de trabalho com alto grau de superexploração.

Esse, na verdade, tem sido um importante alicerce do processo de contra-reforma e de todo o movimento de reestruturação do capital: a construção de novas formas de controle sobre o trabalho. O que distingue o atual movimento dos processos anteriores está fundamentalmente relacionado, segundo Mota, à arena política.

Não mais a administração das resistências dos trabalhadores, mas a obtenção de seu consentimento ativo ao processo de flexibilização do movimento do capital. É exatamente esta direção política que subsidia a formação de uma cultura indiferenciada de superação da crise, em prol da hegemonia do capital. (1995: p. 78)

<sup>71</sup> Neste caso, os dois tipos de percentual (incluindo o percentual válido) são iguais, pois todos os entrevistados responderam a questão.

Os elementos dessa cultura compõem a racionalidade hoje hegemônica na política de saúde e a superação indiferenciada através da flexibilização de direitos e conquistas envolve tanto os trabalhadores da saúde quanto os usuários do SUS, integrantes das classes trabalhadoras.

A localização dos assistentes sociais, quanto ao nível federativo de gestão das unidades de saúde, é resultante do processo de descentralização e regionalização do SUS, em meio aos conflitos e contradições da contrarreforma, com 43% de profissionais em unidades sob a responsabilidade da gestão municipal, 37% em unidades estaduais, 15% em federais e 5% em unidades privadas ou filantrópicas conveniadas. (ver gráfico 05)

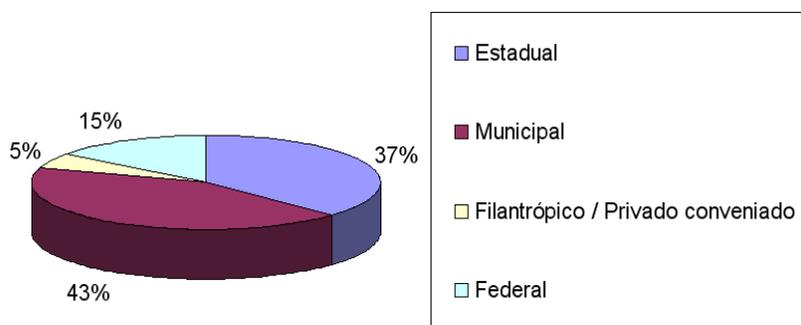


Gráfico 05: Nível Federativo de Gestão da Unidade de Saúde

Como abordamos anteriormente, a descentralização, além de ser um dos princípios do SUS, figura como um dos elementos fundamentais das diretrizes da política, constituindo-se tanto como bandeira de luta de grande parte do movimento sanitário como importante estratégia da contrarreforma neoliberal. Segundo Laurell,

[...] a descentralização neoliberal não tem por objetivo democratizar a ação pública, mas principalmente permitir a introdução de mecanismos gerenciais e incentivar os processos de privatização, deixando em nível local a decisão de como financiar, administrar e produzir os serviços. (1995: p.174)

Esse processo de descentralização, ao invés de superar a lógica do mercado, pelo contrário, a reproduz ao viabilizar a contratação de prestadores privados, delegando aos municípios e, às vezes, aos estados, o papel de contratar, regular e acompanhar o desempenho de uma rede de serviços que tende a ser fortemente fragmentada – pela sua

própria organização e estruturação – constituindo-se uma verdadeira miríade de sistemas. (Campos, 2006)

Nessa miríade, os assistentes sociais entrevistados encontram-se principalmente sob as gestões estadual e municipal. Um maior contingente de profissionais em unidades de saúde municipais representa, do ponto de vista institucional, uma maior proximidade hierárquica com o gestor da política e, por isso mesmo, maior possibilidade estratégica de interferir nela, inclusive via participação nas instâncias de controle social, ou, dialeticamente, maior possibilidade do gestor interferir na prática do Serviço Social. Além disso, o profissional atua numa relação mais próxima também com a população usuária, com uma possibilidade maior de conhecer a realidade do município e os problemas sociais enfrentados por sua população.

Nessa relação mais próxima, o assistente social pode ser requisitado a participar do processo de pactuação ou consolidando e sistematizando as informações em saúde, seja articulando os segmentos envolvidos, seja assessorando no planejamento e programação das ações pactuadas, entre outros.

Daí o imperativo de que esse profissional deve estar fundamentado em uma leitura crítica da realidade, pautada na razão dialética, numa análise que rompa com o imediatismo posto na aparência fenomênica do real, para não sucumbir como mero reprodutor da racionalidade institucional hegemônica, na qualidade de simples técnico da saúde pública.

Os eixos estruturadores da racionalidade e seus fundamentos, junto com as tendências da política de saúde, requisitam do assistente social uma série de demandas, estruturando, em meio aos tensionamentos e contradições do SUS, o lugar do Serviço Social no sistema. De acordo com as entrevistas, com relação ao nível de atenção em saúde, 85,3% dos assistentes sociais atuam na média e alta complexidade e 14,7%, na atenção básica ou primária. (ver tabela 4) Tais dados corroboram os referentes ao tipo de unidade de saúde em que os profissionais entrevistados trabalham: 60,7%, em hospitais e/ou maternidades; 11% na esfera da gestão em distritos sanitários ou no interior das secretarias de saúde; 11,5% em unidades de saúde mental; 11% em ambulatórios / clínicas especializados ou UPAs; e apenas 5,8% em unidades básicas, Saúde da Família ou NASF. (ver gráfico 6)

Além disso, é interessante observar que é na gestão municipal que há uma maior distribuição dos assistentes sociais entre os diversos tipos de unidade de saúde: 26,8% nos CAPS/Saúde Mental; 22% na gestão; 19,5% em hospitais/maternidades; 19,5% em ambulatórios e /ou clínicas especializadas e ou UPA; 12,2 em unidades básicas de saúde. Essa distribuição mais equânime na rede vinculada à gestão municipal deve-se fundamentalmente ao fato de que a atenção secundária e, principalmente, terciária, tem uma maior concentração nos níveis estadual e federal do sistema.

Tabela 4: Nível de atenção em Saúde

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida
Básica / Primária	26	13,5	<b>14,7</b>
Média complexidade / Secundária	58	30,2	<b>32,8</b>
Alta complexidade / Terciária	93	48,4	<b>52,5</b>
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>92,2</b>	<b>100</b>
Não informado	15	7,8	
<b>Total</b>	<b>192</b>	<b>100</b>	

Fonte: A Contra-Reforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

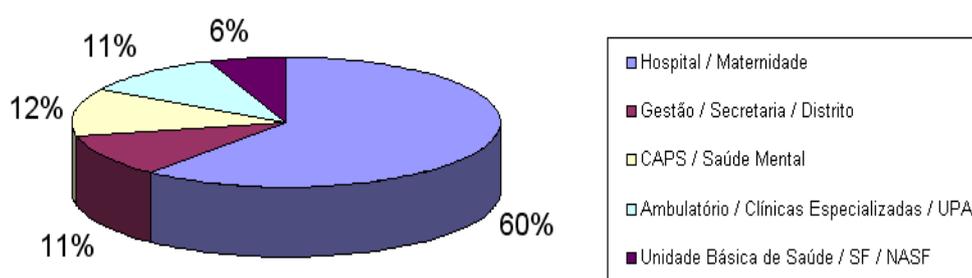


Gráfico 06: Tipo de unidade de saúde.

Tais dados são expressivos das contradições do SUS e de sua racionalidade hegemônica, tendo em vista que a política de saúde, mesmo tendo como uma de suas principais diretrizes a centralidade da atenção básica, e, dentro desta, a Estratégia Saúde da

Família, a maior parte dos assistentes sociais encontra-se na média e alta complexidade. O lugar predominante do Serviço Social no SUS – nos serviços de natureza mais assistencial – revela quais vínculos a profissão tem com a racionalidade hegemônica da política de saúde, que necessidades sociais expressas nessa racionalidade o assistente social é requisitado a responder.

Neste sentido, estes dados expressam não só que o sistema ainda é preponderantemente focado na assistência de média e alta complexidade<sup>72</sup>, mas também que o Serviço Social ocupa prioritariamente este lugar. Porém, este fato não ocorre aleatoriamente ou ao acaso, tendo em vista que onde há mais profissionais há maior demanda institucional, e, neste sentido, há necessidades no âmbito da racionalidade da política de saúde que requerem o assistente social nesse espaço do SUS e sobre isso vamos discorrer ao longo deste capítulo.

A legitimidade da profissão de Serviço Social nesse campo específico da saúde indica que ela responde a necessidades postas pela racionalidade hegemônica na política para esse lugar. Neste sentido, as suas práticas sociais direta ou indiretamente são referidas a essas necessidades. Ao longo de sua trajetória histórica na saúde, o Serviço Social ocupou predominantemente o lugar da assistência. Desde as CAPS e IAPS, em 1946, com sua racionalidade extremamente fragmentada, perpassando a reorganização do sistema de previdência e saúde com a sua unificação, em 1966, até o momento atual com um sistema de saúde pública e universal implantado que continua reiterando, contraditoriamente, velhas práticas na saúde e, aparentemente, no Serviço Social.

O mercado de trabalho do assistente social na saúde era praticamente restrito às instituições da medicina previdenciária; e quase inexistente na saúde coletiva. Segundo Bravo, apesar de haver registros de trabalho do assistente social na saúde desde a década de 40, o Serviço Social foi regulamentado na medicina previdenciária apenas em 1967, com a

---

<sup>72</sup> Mesmo com o aumento do número de ações na atenção básica, com crescimento da cobertura das equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, não houve uma mudança efetiva no modelo de atenção, que ainda encontra-se centrado na assistência individual e curativa. Porém, é importante ressaltar que mesmo que a média e alta complexidade tenham maior preponderância - em termos de investimento e demandas -

ess

es níveis de atenção também são altamente precarizados no interior da política e sofrem com o subfinanciamento, a introdução dos novos instrumentos de gestão e as contradições do sistema e de sua racionalidade.

institucionalização de ações de âmbito individual (preventivas e curativas) e comunitária (“para a mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho”), enfatizando-se a sua contribuição junto à equipe multiprofissional, fornecendo dados psicossociais relevantes aos processos de diagnóstico, tratamento e alta de pacientes, além da participação em pesquisas. (1996: p.102)

A racionalidade do regime autocrático burguês (pós-64), centralizadora, burocrática e perpassada pela ideologia da modernização conservadora, influenciou decisivamente o Serviço Social na saúde e previdência, fazendo-o explicitar entre suas metas a mobilização de indivíduos, grupos e comunidades, objetivando a sua integração psicossocial. (Idem)

Assim, o Serviço Social incorpora os elementos e conteúdos da razão formal-abstrata, ao mesmo tempo em que aprofunda os fundamentos psicossociais, numa intervenção caracterizada, sobretudo, pelo tecnicismo e por uma perspectiva política conservadora da realidade.

O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direitos. Adotou-se uma terminologia mais sofisticada à estratégia de crescimento econômico própria do modelo autoritário-burocrático que servia para encobrir as reais implicações da prática. O aspecto educativo da profissão foi salientado através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que visavam ao controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria e restauração de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas pedagógicas desarticuladas dos determinantes da questão social, resultante do conflito capital x trabalho (Idem: p.105)

Essa perspectiva do Serviço Social vinculada à racionalidade do Estado autoritário, denominada por Netto (1991) de “modernização conservadora”, tem sua hegemonia até meados dos anos 1970, quando o regime autocrático inicia seu declínio.

Mesmo nos anos 1980, quando a perspectiva de “intenção de ruptura” iniciava sua hegemonia no Serviço Social, na saúde os assistentes sociais ainda não apresentavam um aprofundamento teórico-metodológico crítico capaz de “definir um novo padrão de intervenção profissional com estratégias teórico-político-ideológicas que pudessem colocar o Serviço Social em outro patamar, deslocando-o da execução terminal das políticas de

saúde”. E, sem dúvida, que um dos indicativos desse processo foi a não-participação dos assistentes sociais no movimento de reforma sanitária<sup>73</sup>. (1996: p.124)

Até meados dos anos 1980, houve certa ampliação da perspectiva “fenomenológica” no Serviço Social na saúde. Tal perspectiva, também denominada por Netto (1991) de “reatualização do conservadorismo”, concentrou seus esforços na área da saúde possivelmente, segundo Bravo (1996) devido à sua área de investigação dos fenômenos relacionados à saúde e às influências psicologistas presentes na saúde.

Com a consolidação da hegemonia da “intenção de ruptura”, alguns assistentes sociais da saúde se aproximaram das produções da saúde pública, engajando-se nas estratégias do projeto de reforma sanitária, inclusive valorizando a atuação profissional nos centros de saúde e ambulatórios, contudo não houve uma mudança significativa da prática institucional por parte do profissional. (Idem)

As mudanças mais relevantes nas práticas dos assistentes sociais na saúde, mesmo que não tenham integrado o conjunto dos profissionais que atuam nessa área, foram impulsionadas pelas produções teóricas referentes ao Serviço Social na saúde e à Política de Saúde, fundamentadas na razão dialética crítica, com uma leitura desmistificadora da realidade, ao mesmo tempo que propositivas e vinculadas aos desafios cotidianos da profissão. Entre estas produções, destacam-se as autoras aqui já elencadas, como Bravo (1996), Dalva Costa (1998) e Ana Vasconcelos (2002), entre outras. Além disso, a atuação das entidades representativas do Serviço Social (Conjunto CFESS/CRESS, ABEPSS<sup>74</sup>, ENESSO) junto às instâncias de controle social da Política de Saúde, em articulação com outras entidades representativas dos trabalhadores da saúde e em encontros específicos da categoria, contribuíram para um maior adensamento crítico dos assistentes sociais na saúde.

---

<sup>73</sup> Segundo Bravo (1996), essa não participação se deve fundamentalmente ao fato da profissão, nesse período histórico, estar passando pelo processo de reconceituação. Porém, também destacamos que isto não quer dizer que profissionais, de forma isolada, não tenham participado do movimento de reforma sanitária.

<sup>74</sup> Nessa perspectiva, a ABEPSS integrou um convênio com a OPAS, com intermediação do Ministério da Saúde, através do qual realizou uma ampla pesquisa junto a todas as unidades de ensino de Serviço Social do país, obtendo um perfil geral dos currículos, incluindo os componentes que tratam da formação em saúde. A partir da pesquisa, foram realizados diversos seminários e oficinas, distribuídos materiais didáticos e textos que ganharam a forma de CD e, posteriormente, de um livro para subsidiar o ensino e a formação nas unidades de ensino, particularmente relacionado à saúde. Esse convênio iniciou com a elaboração do projeto na gestão 2003/2004 e foi concluído na gestão 2005/2006.

Hoje, sem dúvida, muitos assistentes sociais da saúde destacam-se como defensores do projeto de reforma sanitária e dos direitos de seus usuários no interior das diversas unidades de saúde. No entanto, é fato também notório, conforme podemos observar através dos dados das entrevistas, que a profissão, em geral, mesmo após a institucionalização do SUS e com a hegemonia do projeto profissional crítico, continua ocupando predominantemente o lugar da assistência do ponto de vista da institucionalidade do sistema: na alta e média complexidade.

Todavia, é importante ressaltar que o lugar da assistência hoje, no interior do sistema e como proposta de prática social em saúde, não é mais o mesmo. Apesar de, aparentemente, se configurarem como velhas práticas, estas têm, na atualidade, uma racionalidade justificadora das necessidades sociais contemporâneas do capitalismo e, ao mesmo tempo, são consequências históricas das respostas a essas necessidades, como analisaremos a seguir.

Os dados também ratificam o modelo de atenção hegemônico na saúde que ainda é predominantemente assistencial, com perfil curativo, individualista, com alto nível de fragmentação e grande dificuldade de integralização das ações e dos diversos níveis de atenção e seus respectivos serviços. A racionalidade hegemônica no sistema, que refuncionaliza os princípios do SUS, que tem como um de seus principais mecanismos a *contenção da demanda* e a *mercantilização da vida*, vem engendrando pela não-universalização a tendência de ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial.

Mota, ao analisar a política de Assistência Social nas últimas décadas, identifica a centralidade que ela vem incorporando no âmbito da seguridade social brasileira, como “mecanismo de enfrentamento das desigualdades sociais” em que “mais do que uma prática e uma política de proteção social, se constitui num fetiche social”. Assim, o Estado capitalista, “diante da impossibilidade de garantir o direito ao trabalho” – devido à tendência de desemprego estrutural – “amplia o campo de ação da assistência social”, atendendo para além dos pobres e incapacitados, os desempregados<sup>75</sup>. (2006: p.8)

A partir das observações de Mota e com base também nas expressões da realidade concreta da política de seguridade social brasileira, Netto (2007) considera que desde a

---

<sup>75</sup> Essa centralidade da assistência social vem se configurando fundamentalmente através de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família e BPC (Benefício de Prestação Continuada).

gestão FHC e, de forma acelerada e intensificada, durante a gestão Lula, vem se constituindo um “Estado assistencialista”. Esse movimento cria e impulsiona as condições para a centralização das funções e objetivos profissionais do Serviço Social no plano assistencial, minimizando a amplitude da prática social dos assistentes sociais. E esse processo de “redução do Serviço Social à “profissão da assistência” configura uma enorme regressão”. (2007: p.39)

Porém, é necessário considerar que essas tendências apontadas por Mota e Netto referem-se mais diretamente ao espaço da política de assistência social e de sua centralidade<sup>76</sup>. Mas é preciso também admitir que tais tendências, apesar de não ocorrerem como simples reflexos indiferenciados na saúde, correlacionam-se reciprocamente com as tendências da política de saúde, posto que compõem o grande complexo da política social no Estado brasileiro.

Neste sentido, integram um grande movimento de precarização das políticas públicas, tornando-as básicas e focalizadas entre aqueles que não conseguem inserção no mundo do trabalho ou a conseguem de forma precarizada. Contudo, mesmo que também se possa denominar de *assistencialização*, tal processo no âmbito da política de saúde importa precisar as suas particularidades e vínculos específicos com as atuais necessidades do capital.

- Quando afirmamos que o modelo de atenção à saúde materializado no SUS é predominantemente assistencial, estamos nos referindo precisamente à sua centralização no indivíduo, numa perspectiva curativa e medicocêntrica, com forte presença das ações emergenciais. O que não quer dizer que não existam, de forma subordinada, práticas e ações em saúde numa perspectiva coletiva e interdisciplinar que leve em conta os determinantes sociais;
- Mesmo as ações assistenciais na saúde vêm ocorrendo de forma precarizada, fragmentada e focalizada, como expressão do subfinanciamento e da necessidade de

---

<sup>76</sup> Na mesma perspectiva, Rodrigues (2007) analisa o que ela denomina de assistencialização da seguridade social e do Serviço Social, a partir de experiências ocorridas no âmbito da gestão do Sistema Municipal de Assistência Social (SIMAS), do Rio de Janeiro, que interferem também no espaço da política de saúde, ao se instituir, através do Decreto Municipal no. 26.154 / 2005, que todos os assistentes sociais lotados nas demais secretarias – incluindo a de saúde – integram o SIMAS. Assim, de acordo com tal decreto, os assistentes sociais que atuam nos postos de saúde, hospitais e demais programas de saúde devem priorizar na sua prática social, as ações da política de assistência social.

ampliação do mercado privado de serviços. Com isso, tem se configurado no âmbito do SUS um alto nível de produtividade de serviços se comparado com o parco investimento de recursos. Mas, essa produtividade não tem conseguido dar conta da demanda exponencial por serviços;

- A demanda exponencial pelos serviços de saúde denuncia não só, como analisaremos adiante, os limites da política de saúde e de sua racionalidade, mas também expressa as limitações da racionalidade do capitalismo contemporâneo e do modelo de desenvolvimento impetrado pelo Estado brasileiro, que podem até atenuar, mas são incapazes de reverter os níveis de desigualdade social e concentração de riqueza no país. Tais condições estruturais de desigualdade se materializam no cotidiano dos sujeitos sociais de diversas formas, dentre elas, em agravos, riscos e desgastes à saúde, que encontram no SUS o escoadouro de todo esse conjunto de contradições expresso no processo saúde-doença.

Concentrar o Serviço Social em instituições de saúde que desenvolvem preponderantemente ações assistenciais no âmbito dessa política vincula o exercício profissional às necessidades da racionalidade referenciadas nessas ações. Tal fato concorre para as observações de Netto<sup>77</sup> (2007) sobre a redução do Serviço Social à assistência. Segundo ele, essa redução só é possível porque encontra ressonância no corpo profissional – tanto dos vetores históricos da cultura profissional que concebem a profissão como centrada na assistência quanto pelos segmentos compostos por antigas lideranças da esquerda que se renderam ao possibilismo e transformismo.

O Serviço Social surge como profissão da assistência e percorre sua trajetória histórica respondendo às necessidades sociais relacionadas à intervenção nas expressões da questão social, nas mais diversas políticas sociais, atuando fundamentalmente com a administração de recursos e serviços sociais ou na execução das políticas sociais. No entanto, ao longo de sua trajetória, foi incorporando outros espaços socioocupacionais, atribuições e competências. Principalmente a partir da década de 1980, com a hegemonia da perspectiva de intenção de ruptura, na década de 1990, com a consolidação do projeto

---

<sup>77</sup> Numa perspectiva ampliada e não restrita ao âmbito da política de assistência.

profissional crítico<sup>78</sup>. Tais atribuições e competências ultrapassam o âmbito da assistência propriamente dita, conforme a própria Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social 8662/1993 atesta:

Compete ao assistente social:

- ✓ Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- ✓ Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- ✓ Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- ✓ Orientar indivíduos e grupos de diferentes sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa dos seus direitos;
- ✓ Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- ✓ Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- ✓ Prestar assessoria e consultoria a órgão da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades;
- ✓ Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- ✓ Planejamento, organização e administração de serviços sociais e de Unidade de Serviço Social;
- ✓ Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais. (Lei 8662/1993 art. 4º)

O conjunto dessas competências incorporadas no movimento histórico da profissão tem legitimidade no interior do projeto de reforma sanitária, que requer dos profissionais da saúde uma fundamentação teórico-metodológica crítica, que desvele a realidade para além da aparência fenomênica, que compreenda o processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, que seja capaz de articular e mobilizar os diversos segmentos envolvidos na política de saúde, além também de gerir, planejar, assessorar tanto os movimentos sociais quanto a própria gestão, investigar, sistematizar, entre tantos outros.

No entanto, como já analisamos, o projeto de reforma sanitária perdeu espaço na luta pela hegemonia desde a década de 1990, e as requisições da racionalidade da

---

<sup>78</sup> O projeto profissional crítico, também conhecido como projeto ético -político- profissional, consolida-se a partir da perspectiva da intenção de ruptura, nos anos 1990, e materializa-se no Código de Ética profissional (1993), na Lei de Regulamentação da Profissão 8662/1993 e nas Diretrizes curriculares da Formação Profissional.

contrarreforma da política de saúde são bastante diferentes daquelas, conforme poderemos discutir ao longo deste capítulo.

Mesmo que o profissional de Serviço Social esteja prioritariamente no espaço institucional da atenção secundária e terciária à saúde, isto não necessariamente significa que a sua prática social no SUS esteja voltada exclusivamente para a assistência. Além disso, as diretrizes da política referenciam a participação social, a educação em saúde, a educação continuada, a promoção da saúde, que podem também ser realizadas nesse espaço e não apenas exclusivamente na atenção básica. Por isso, é imprescindível analisarmos não só o lugar que o assistente social ocupa, mas, sobretudo, o que ele faz.

A maioria dos assistentes sociais entrevistados, 55,8%, afirmou que atua em plantão ou em atendimento semelhante ao plantão em Serviço Social. A atividade de plantão, segundo esses profissionais, é realizada em todos os tipos de instituição de saúde, mas se concentra, sobretudo, nos hospitais e maternidades: 78,3% dos assistentes sociais que trabalham nessas grandes unidades atuam em plantão. A nós chama também atenção que mesmo nas unidades de atenção básica, 27,3% dos profissionais referiram que atuam em plantão (ver tabela 05).

Essas informações corroboram os dados da pesquisa desenvolvida por Ana Vasconcelos (2002), no município do Rio de Janeiro, junto a assistentes sociais da saúde pública, que evidenciou que esses profissionais, em sua maioria, ou estavam atuando exclusivamente em atividades de plantão, ou em plantão e simultaneamente desenvolvendo programas, mesmo nas unidades de atenção básica – sendo que, nestas últimas, com um percentual um pouco menor.

Essa lógica de organização do trabalho do assistente social expressa os mecanismos e fundamentos da racionalidade do SUS que primam pela *contenção da demanda e a emergencialização da vida*. Apesar da política de saúde em suas diretrizes priorizar as ações de prevenção e promoção na Atenção Básica do sistema (principalmente nos Pactos pela Saúde) anuncia-se, de acordo com os dados aqui expostos, que mesmo nesse nível de atenção à saúde, as práticas sociais estão perpassadas pelos fundamentos do pragmatismo e imediatismo próprias das ações realizadas em plantão, tendo em vista a grande demanda

pelos serviços e a reduzida estrutura para seu atendimento – reduzida tanto em termos físico-estruturais, quanto no que se refere aos recursos humanos, sociais e financeiros.

Tabela 5: Plantão em Serviço Social por Unidade de Saúde.

Unidade de Saúde		Plantão		Total
		Sim	Não	
<b>Hospital / Maternidade</b>	Quantitativo absoluto	90	25	<b>115</b>
	Unidade de Saúde (%) <sup>79</sup>	78,3	21,7	<b>100%</b>
	Total (%) <sup>80</sup>	47,4	13,2	<b>60,8%</b>
<b>Gestão / Secretaria / Distrito</b>	Quantitativo absoluto	3	18	<b>21</b>
	Unidade de Saúde (%)	14,3	85,7	<b>100%</b>
	Total (%)	1,6	9,5	<b>11,1%</b>
<b>CAPS / Saúde Mental</b>	Quantitativo absoluto	3	18	<b>21</b>
	Unidade de Saúde (%)	14,3	85,7	<b>100%</b>
	Total (%)	1,6	9,5	<b>11,1%</b>
<b>Ambulat./ Clínicas Especializadas/ UPA</b>	Quantitativo absoluto	7	14	<b>21</b>
	Unidade de Saúde (%)	33,3	66,7	<b>100%</b>
	Total (%)	3,7	7,4	<b>11,1%</b>
<b>Unidade Básica de Saúde / SF</b>	Quantitativo absoluto	3	8	<b>11</b>
	SS em Unidade de Saúde (%)	27,3	72,7	<b>100%</b>
	SS do Total (%)	1,6	4,2	<b>5,8%</b>
<b>Total</b>	Quantitativo absoluto	106	83	<b>189</b>
	SS em Unidade de Saúde (%)	56,1	43,9	<b>100%</b>
	<b>SS do Total (%)</b>	<b>56,1</b>	<b>43,9</b>	<b>100%</b>

Fonte: A Contra-Reforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

Assim, a organização do Serviço Social em atendimento de plantão<sup>81</sup> tem uma razão de ser, um sentido que é determinado para além das vontades individuais dos sujeitos

<sup>79</sup> Percentual relativo ao número de assistentes sociais que trabalham na unidade de saúde.

<sup>80</sup> Percentual relativo ao número total de assistentes sociais entrevistados.

envolvidos, e tem suas raízes na racionalidade da política de saúde e do Estado brasileiro. As providências e encaminhamentos realizados pelo assistente social no denominado atendimento de plantão não são fenômenos recentes na prática social desse profissional na saúde. Elas remontam, na verdade, o surgimento do Serviço Social na Previdência, com ações de caráter individual e curativo que, mesmo passando por todo o movimento de reconceituação da profissão, com a posterior hegemonia da perspectiva de intenção de ruptura, não deixou de ocupar um lugar de destaque na intervenção na saúde. No entanto, como já observamos anteriormente, com o advento do SUS, cria-se a possibilidade estratégica de romper com essa centralidade, mas, ao contrário, é fato observável, inclusive, através dos dados aqui expostos, que essa centralidade permanece e, mais grave ainda, tem, em determinadas situações, se aprofundado. Isto porque, se a natureza da atividade em si mesma é semelhante e tem sua origem no passado, a caracterização do plantão na forma que compreendemos hoje é bem particular: as ações e providências tiveram o seu conteúdo emergencial potencializado.

De fato, mesmo numa perspectiva de atuação e intervenção pragmática e integralizadora dos sujeitos sociais presentes tanto no Serviço Social tradicional quanto nas suas formas modernizadoras e reatualizadas<sup>82</sup>, não havia o caráter emergencial hoje tão presente no cotidiano de grande parte dos assistentes sociais da saúde.

Assim, essas ações não se configuravam como urgentes, com um grande volume de atendimento de demandas não contempladas pelo sistema de saúde, num ritmo e numa intensidade de trabalho que incorporam a emergencialização da vida, como veremos a seguir. Atualmente, como observa Vasconcelos (2002), as atividades imediatas e urgentes que caracterizam o plantão em Serviço Social podem ser encontradas, inclusive, na atuação dos profissionais junto às enfermarias e ambulatórios, para além do espaço formal do plantão propriamente dito.

O atendimento de plantão é, em geral, caracterizado pelo atendimento individual, seja por demanda espontânea, seja por demanda encaminhada por outros profissionais e/ou

---

<sup>81</sup> O plantão em Serviço Social caracteriza-se pela recepção ao usuário, pela sua escuta – objetivando identificar as razões de sua procura pelo serviço - orientação e/ou encaminhamento a recursos/ serviços internos e/ou externos à instituição, podendo ser realizado em regime de trabalho formal de plantão ou não. (Vasconcelos, 2002)

<sup>82</sup> As perspectivas de “modernização conservadora” e de “reatualização do conservadorismo”.

outras instituições, por “ações burocráticas, imediatas; isoladas e assistemáticas (...) como um fim em si mesmas” (Idem: p.169)

É o próprio modo de organização do plantão que tendencialmente possibilita que as atividades realizadas tenham um conteúdo pragmático e burocratizado. Segundo Coutinho, nos processos burocráticos, a normatização da realidade é uma forma de homogeneizá-la, retirando-lhe do ponto de vista ideológico a contradição e a heterogeneidade. Nada mais coerente com uma racionalidade que concebe a gestão da política de maneira consensualizada.

Os tradicionais conceitos weberianos de unidade e homogeneidade da burocracia estatal têm “pouca relação com a realidade do Estado numa sociedade antagônica” como a capitalista. (Holloway, 1982: p. 56) No entanto, historicamente serviram e continuam bastante funcionais aos interesses burgueses. Na atualidade, identificados como obsoletos, sua extinção tornou-se importante justificativa do processo de contrarreforma, apesar de dar continuidade dialética a muitos deles.

Opera-se no Estado burguês, por meio de sua racionalidade, uma separação entre o econômico e o político que organiza uma concepção de política estatal deslocada dos conflitos e contradições da produção. Assim, as normatizações, fluxos e rotinas desse Estado, inspirados na racionalidade da empresa capitalista, tendem a ser concebidos como apartados desses antagonismos.

Se os instrumentais técnicos, normas e rotinas são homogenizados pela racionalidade burocrática, por outro lado, os problemas e demandas objetos de intervenção profissional no plantão tendem a ser percebidos exclusivamente em sua heterogeneidade e imediaticidade, que são determinações próprias do cotidiano<sup>83</sup>. Assim, os diversos casos individuais atendidos no plantão tendem a ser concebidos como problemas sociais fragmentados e diferentes e essa sua diversidade e complexidade não se enquadram nas normatizações formais-abstratas da racionalidade hegemônica na política<sup>84</sup>. O profissional,

---

<sup>83</sup> Conforme análise de Lukács apud Pontes (2000).

<sup>84</sup> Um exemplo simples e comum desse processo é o usuário que se dirige ao plantão do Serviço Social porque não conseguiu agendamento de consulta. A norma da unidade de saúde informa que o dia de agendamento foi o dia anterior, por ordem de chegada (homogeneidade à qual todos têm que se enquadrar), mas, contraditoriamente, o usuário teve problemas de saúde que o impediram de chegar no dia da marcação (heterogeneidade da sua realidade individual). É esse cabedal fragmentado, imediatista e contraditório que a racionalidade hegemônica na política de saúde proporciona, enquanto tendência, ao cotidiano do plantão em

então, se depara entre o extremo formalismo racional – a que Coutinho denominou de “miséria da razão”, em que opera o enquadramento da realidade à norma institucional - e o irracionalismo das ações pragmáticas e irrefletidas – que Lukács denominou de “destruição da razão”, em que operam-se soluções imediatas, por fora das normatizações<sup>85</sup>.

Para compreendermos melhor o aprofundamento dessa emergencialização da prática social do assistente social na saúde pública, vamos analisar as demandas encaminhadas aos profissionais que são objeto de sua intervenção, de acordo com nossos entrevistados.

Ao problematizarmos as demandas profissionais aos assistentes sociais da saúde estamos criando as condições para, conforme Mota e Amaral (1998), apreendermos as mediações dessas demandas com as necessidades sociais da racionalidade hoje hegemônica no SUS que se vinculam, por sua vez, às tendências e determinações do capitalismo contemporâneo.

Segundo Costa, são das tensões e contradições do SUS – referentes tanto à sua operacionalização quanto à sua estrutura organizacional – que emergem requisições que “determinam o âmbito de atuação do profissional do Serviço Social”. (2006: p. 312) Essas requisições, por sua vez, partem tanto da lógica institucional quanto dos próprios usuários, diante da não efetividade de seu direito à saúde pública, tornando-se objeto de intervenção do assistente social.

A referida autora destaca que as demandas aos assistentes sociais da saúde

[...] podem ser assim agrupadas: 1) as derivadas do histórico déficit de oferta dos serviços, para atender às necessidades de saúde da população, bem como da ênfase na medicina curativa; 2) as que dizem respeito às inovações gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas implementadas no sistema; 3) as que respondem pelas necessidades que derivam da adaptação dos usuários e profissionais à atual estrutura tecno-organizativa do SUS. (Idem: p. 312)

---

Serviço Social, seja expresso na lógica institucional e sua normatização, seja expresso sob a forma de situações concretas na vida dos usuários do sistema. Na verdade, a razão dialética desnuda esse imediatismo, ao conceber a racionalidade institucional como espaço de homogeneidade e heterogeneidade, perpassado por conflitos e contradições oriundos dos projetos societários em disputa; e também ao possibilitar o desvelamento não só da heterogeneidade, mas, sobretudo, da homogeneidade presente nas particularidades da vida do usuário, identificando as mediações de suas condições com as tendências universais da realidade social.

<sup>85</sup> É importante ressaltar que esse campo de atuação é tão contraditório que não temos a pretensão de dar conta de toda a sua complexidade, no que se refere às mediações e relações que o perpassam.

A partir das observações de Costa (2006) sobre os campos/eixos<sup>86</sup> de inserção profissional, avaliamos que também podemos agrupar as demandas de acordo com a natureza das finalidades e ações/atividades a ela relacionadas em:

- demandas de natureza assistencial/emergencial;
- demandas de natureza socioeducativa;
- demandas relacionadas a planejamento, assessoria e gestão;
- demandas relacionadas à mobilização, participação e controle social;
- demandas relacionadas à investigação, sistematização e formação;

Todos esses conjuntos de demandas compõem o arsenal de requisições que podem ser objeto de intervenção do assistente social na sua prática social em saúde. E é a composição dessas demandas às quais os profissionais dedicam o seu tempo de trabalho que irá nos indicar mais profundamente os vínculos da racionalidade da contrarreforma no SUS com o Serviço Social.

Quando questionados sobre qual a natureza predominante das demandas que atendem, 60% dos assistentes sociais afirmaram ser de âmbito assistencial/ emergencial<sup>87</sup>; 27% informaram ser de demandas referentes à educação, formação, informação e comunicação em saúde, também denominadas socioeducativas; 8,1% indicaram as demandas relacionadas a planejamento, gestão e assessoria; e 3,2% responderam que eram as demandas referentes à mobilização e participação/controle social. (ver gráfico 07)

Essa predominância atinge os profissionais que atuam nos mais diversos tipos de instituições de saúde: 72% dos assistentes sociais que trabalham em hospitais e maternidades indicam as demandas assistenciais/emergenciais; 50,5% dos que atuam em unidade básica / Saúde da Família; e até mesmo 33,3% dos profissionais que atuam no âmbito da gestão em secretarias / distritos sanitários.

---

<sup>86</sup> Ao analisar as atividades que se relacionam intimamente com as requisições anteriores, Costa as agrupa nos seguintes campos ou eixos de inserção profissional: “ações de caráter emergencial, assistencial; educação, informação e comunicação em saúde; planejamento, assessoria e mobilização e participação social.” (Idem: p.315-316)

<sup>87</sup> Discorreremos mais detalhadamente sobre as diversas naturezas de demandas mais adiante.

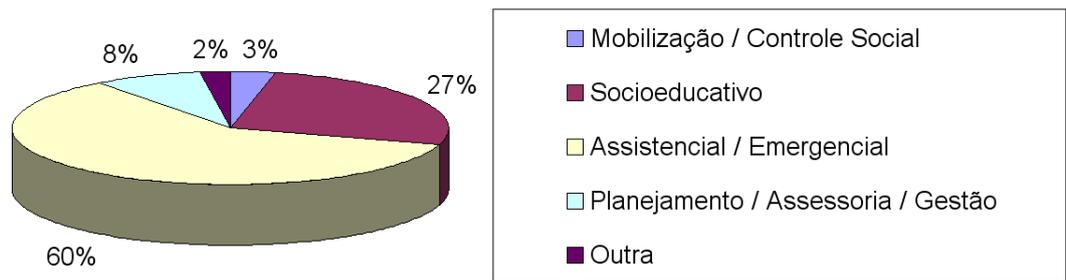


Gráfico 07: Natureza predominante das demandas ao assistente social.

Tais informações expressam que o cotidiano da prática social do Serviço Social na saúde predominantemente é caracterizado pela contínua necessidade de dar respostas às demandas assistenciais/emergenciais, isto é, um cotidiano pautado pela lógica da *emergencialização da vida*.

Mas, além disso, expressa também que a emergencialização perpassa todo o sistema, em alguns espaços de forma mais expansiva, em outros, menos, e, sobretudo, constitui-se mecanismo e estratégia desorganizadora da prática social na saúde, ao mesmo tempo em que, dialeticamente, estruturadora de um fazer profissional pautado no pragmatismo e nas práticas manipulatórias burocráticas. Essa manipulação nivela de forma homogênea os fatos e relações sociais, abstraindo-lhes o movimento de contradição.

O pragmatismo, conforme Vázquez, “concebe as relações entre teoria e prática sob uma forma que não passa do ponto de vista do senso comum (...) deduz que o verdadeiro se reduz ao útil. (...) O critério da verdade para o pragmatismo é, portanto, o êxito, a eficácia da ação prática do homem entendida como prática individual”. (2007: p. 241) Neste sentido, constitui-se elemento primordial da racionalidade hegemônica na política de saúde, muito presente nas suas práticas sociais, principalmente nas que se realizam sob o viés da emergencialização.

Adentrando um pouco mais esse cotidiano, pedimos para os profissionais entrevistados descreverem quais as suas demandas mais incidentes, isto é, aquelas que têm

a maior proporção e ocupam o maior tempo de trabalho ao longo da semana, e solicitamos para que as enumerassem por ordem de prioridade, num total de quatro<sup>88</sup>.

Como pode ser observado no Gráfico 08, a primeira demanda mais incidente, para 57%<sup>89</sup> dos assistentes sociais é de natureza assistencial emergencial; para 7,3% é a referente às “orientações”<sup>90</sup>; para 6,8% é a relacionada ao planejamento, assessoria ou gestão; para 5,8% é a de natureza socioeducativa, entre outras.

Em todas as outras três demandas mais incidentes, o maior percentual de profissionais referiu-se às demandas assistenciais/emergenciais, mas houve uma distribuição mais equânime entre as demais requisições, com as de âmbito socioeducativo em segundo lugar e as de planejamento/assessoria/gestão e orientação, em terceiro e quarto, respectivamente, como podemos analisar nos gráficos 09, 10 e 11.

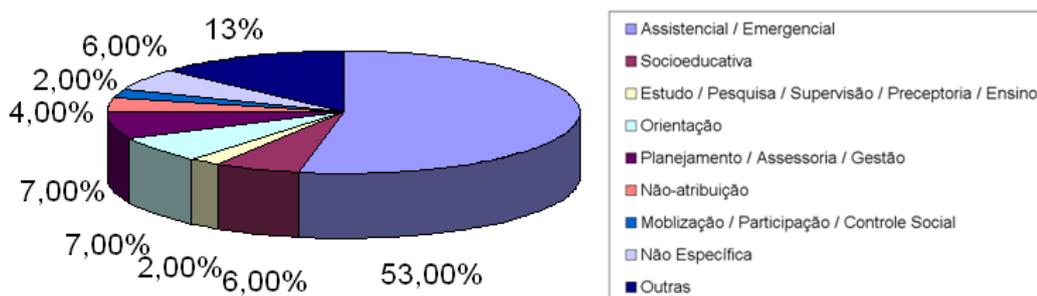


Gráfico 08: Demandas mais incidentes de primeira ordem de prioridade

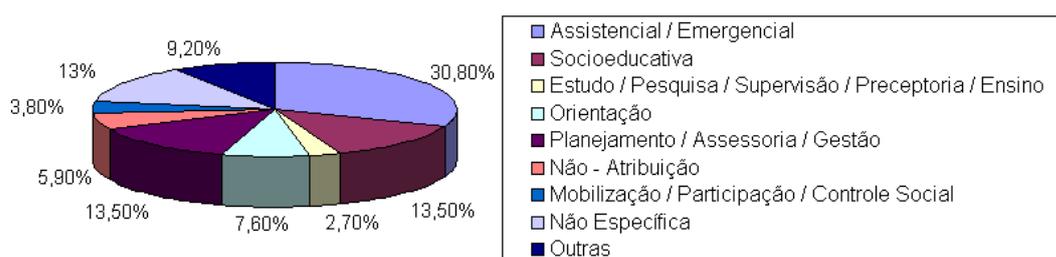


Gráfico 9: Demandas mais incidentes de segunda ordem de prioridade

<sup>88</sup> Denominamos essas demandas nos gráficos de “demandas de primeira ordem, de segunda ordem, de terceira ordem e de quarta ordem de prioridade”.

<sup>89</sup> Neste percentual estão incluídas as demandas denominadas de “não-atribuição”, tendo em vista sua natureza imediata e emergencial.

<sup>90</sup> Precisamente nesta questão, decidimos por separar as demandas relacionadas à “orientação” das socioeducativas. Apesar de entendermos que aquela compõe o conjunto desta última, o fizemos para distinguir a orientação – que tem relação direta com a assistência – das demais requisições socioeducativas.

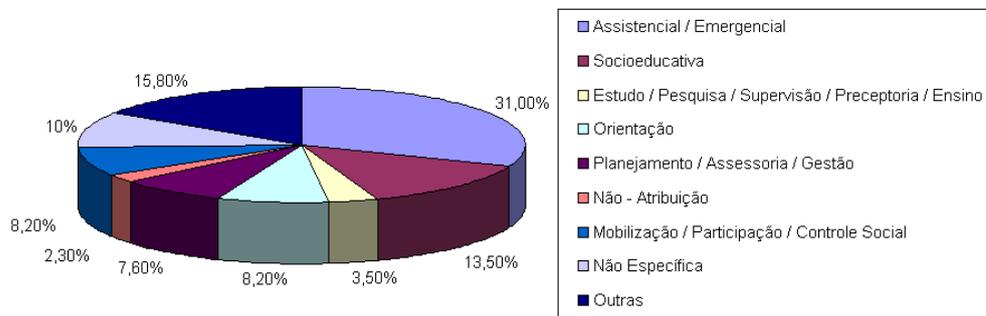


Gráfico 10: Demandas mais incidentes de terceira ordem de prioridade

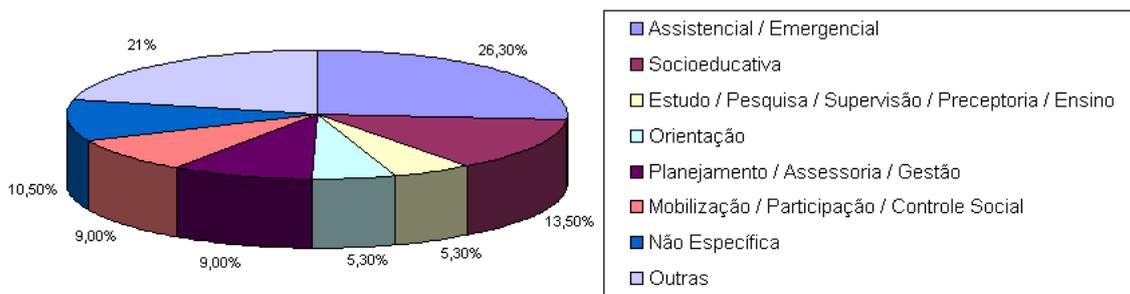


Gráfico 11: Demandas mais incidentes de quarta ordem de prioridade

Estes dados nos informam que para grande parte dos assistentes sociais da saúde a primeira, a segunda, a terceira e quarta demanda mais incidentes na sua prática social são de natureza **assistencial/emergencial** e isto tem um grave significado para a implementação do projeto ético-político-profissional, se esses profissionais restringirem a sua ação à simples resposta imediata e sem reflexão a essas demandas.

Não estamos afirmando, com isso, que essas demandas e as atividades a elas relacionadas não sejam importantes, ou mesmo que sejam completamente desprovidas de possibilidades estratégicas de defesa do projeto de reforma sanitária e dos princípios do projeto profissional crítico.

Pelo contrário, tais demandas também traduzem os interesses dos usuários do SUS que têm o seu direito à saúde, muitas vezes negado e recorrem ao Serviço Social. Na

verdade, indicam não só as contradições da política de saúde, posto que também revelam as contradições e as desigualdades do Estado e da sociedade civil brasileira.

Dentre as requisições assistenciais/emergenciais relatadas pelos profissionais podemos elencar:

Quadro 2: Demandas Assistenciais/Emergenciais

“inclusão dos usuários em serviços” <sup>91</sup>
“agilização de consultas em pendência”
“atendimento imediato de assistência ao usuário”
“localizar família do usuário”
“demandas espontâneas dos usuários”
“situações em que o usuário não é atendido ou é mal atendido”
“atendimento de plantão”
“encaminhar para casa de apoio, abrigo”
“atendimento de demanda reprimida”
“regular vaga em hospital” ou “transferência para outra unidade de saúde”
“usuários sem documentação e de baixa renda”
“providências que viabilizam o acesso do usuário ao serviço”
“triagem”
“intermediar garantia de transporte” ou “serviço de transporte”
“viabilizar os serviços, transporte, alimentação”
“acesso aos serviços prestados pela unidade
“liberar óbito” ou “demandas que não são de competência do Serviço Social”;
“alta hospitalar” <sup>92</sup>

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social

A questão crucial que se coloca é que as demandas assistenciais/emergenciais são predominantes e centrais na prática social do assistente social da saúde, mesmo após a implantação e estruturação do SUS, e a sua natureza mais pragmática e imediatista tende a tomar conta do cotidiano profissional.

Como a estratégia de enfrentamento dessa centralidade e suas limitações é imprescindível à reflexão crítica e fundamentada teórico-metodologicamente sobre a

<sup>91</sup> Conforme citação dos próprios entrevistados.

<sup>92</sup> É importante ressaltar que o acompanhamento da alta hospitalar constitui-se atribuição do assistente social apenas quando, por avaliação do profissional, esse acompanhamento se faz necessário e, nesses casos, a “alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente”. (CFESS, 2009: p. 28)

realidade, o que envolve o planejamento dessas ações, inclusive projetando o conteúdo político-pedagógico que perpassa a prática social. Com uma apreensão da realidade que supera o imediato e com a clareza das intencionalidades profissionais, o assistente social pode tensionar, atenuar e até modificar essa lógica no âmbito local/institucional.

Porém, romper com a emergencialização da vida e seus vínculos com a racionalidade hegemônica no SUS – postos na ampliação restrita do sistema, assistencialização, tecnificação, etc. – só através de uma estratégia coletiva.

De certa forma o documento publicado, em 2009, pelo CFESS, expressa a movimentação coletiva da categoria – ou de parte dela – no sentido de qualificar estrategicamente a prática dos assistentes sociais na saúde.

Segundo o referido documento,

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sociohistoricas a que são submetidos os usuários e mobilização para participação nas lutas em defesa da garantia de direito à Saúde. (CFESS, 2009: P.25)

É importante observar que boa parte dos atendimentos assistenciais/emergenciais mencionados pelos assistentes sociais entrevistados e que efetivamente compõem o conjunto dessas requisições tem relação com a não resolutividade do SUS, o que põe em cheque e desvela as contradições da sua racionalidade hegemônica.

Na verdade, referem-se às demandas de usuários que não conseguiram acesso no sistema ou estão inseridas no SUS, mas sofrem as consequências da falta de resolutividade, da fragmentação e da não-universalização efetiva.

De acordo com Costa (2006), as atividades de caráter emergencial-assistencial realizadas pelo assistente social constituem estratégias para amenização das consequências mais graves do grande contingente de demandas não contempladas<sup>93</sup> pelo sistema, tanto para os usuários quanto para a instituição. Neste sentido,

---

<sup>93</sup> A autora denomina, na verdade, de “demanda reprimida”, mas preferimos utilizar o termo demandas não contempladas.

[...] cumpre um papel fundamental como instrumento viabilizador de condições objetivas para a realização do processo de trabalho em saúde e, principalmente, para tornar possível o acesso dos segmentos excluídos do próprio serviço existente, constituindo-se numa espécie de elo invisível. (Idem: p. 26)

Outra parte das demandas assistenciais/emergenciais são classificadas como *não-atribuição* e se referem àquelas que, mesmo muitas vezes sendo tradicionais do Serviço Social na Saúde, atualmente, não são consideradas atribuições do assistente social, inclusive de acordo com os “Parâmetros para a atuação do Assistente Social na Saúde”, publicado pelo CFESS. De acordo com o referido documento, essas não-atribuições<sup>94</sup> são

[...] aquelas ações que possuem um caráter eminentemente técnico-administrativo como também aquelas que demandam uma formação técnica específica (de outras profissões da saúde) não contemplada na formação profissional dos assistentes sociais. (CFESS, 2009: p. 27)

Apesar do percentual de profissionais que referiram esse tipo de demanda ter sido pequeno (4,2%; 5,9%; 2,3%; 4,5%)<sup>95</sup>, chama a atenção o fato de que, para alguns assistentes sociais, elas ainda são as demandas mais incidentes. Isto não significa, contudo, que os demais profissionais não as desempenhem e sim que não são as que predominam na prática.

Em geral, as ações relacionadas a essas demandas são extremamente burocráticas e restringem a prática social do profissional a simples manipulação instrumental. Também aqui, a publicação dos parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde constituiu-se numa importante estratégia para problematização dessas atividades em nível nacional.

É importante ressaltar que tais ações vinculam-se ao viés irracional e pragmático da racionalidade hegemônica, pois não requerem nenhuma reflexão mais aprofundada sobre a realidade, a não ser a sua mera execução.

As demandas de natureza **socioeducativas** foram as segundas mais citadas entre as mais incidentes, mesmo que com uma diferença acentuada em termos absolutos e

---

<sup>94</sup> As ações que não são atribuições do assistente social, de acordo com o CFESS, são: marcação ou solicitação de autorização para consultas e exames; solicitação/regulação de ambulância; intermediação de transferência hospitalar (identificação de vagas); pesagem e medição de usuários; informar/ convocar responsável sobre alta ou óbito; comunicar óbito; emissão de declaração de comparecimento quando o atendimento não for realizado pelo assistente social; organização de processo/ formulários para Tratamento Fora Domicílio (TFD), medicamentos de alto custo, órteses/próteses e sua dispensação.

<sup>95</sup> Percentuais relativos às demandas de maior incidência de primeira, segunda, terceira e quarta ordem, respectivamente, comparados com o total de entrevistados.

percentuais em relação ao primeiro lugar; o que nos demonstra que, hoje, apesar de minimizadas na lógica do sistema, elas ainda se encontram presentes e podem ser instrumentalizadas pela racionalidade hegemônica do SUS ou estrategicamente utilizadas para instrumentalizar o projeto de reforma sanitária e dos interesses dos trabalhadores.

Entre as demandas de natureza socioeducativa citadas pelos entrevistados, destacamos:

Quadro 3: Demandas socioeducativas

"atividades relacionadas à educação em saúde"
"educação popular em saúde"
"educação em saúde e capacitação de profissionais"
"ações educativas"
"educação em saúde"
"educação continuada"
"realização de palestras socioeducativas"
"atividades socioeducativas com os usuários"

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

Como vimos, nas diretrizes da política consta a educação continuada e a educação em saúde, fundamentalmente relacionada à participação social. Mas, também analisamos que a concepção de participação social encontra-se vinculada à concepção de política consensualizada e pactuada, de onde subentende-se que, na lógica institucional, as demandas socioeducativas estão eivadas desses fundamentos, objetivando a adesão e a cooperação dos usuários e trabalhadores. Por outro lado e, dialeticamente, o princípio da participação social e a estratégia de educação em saúde compõem o projeto de reforma sanitária e, neste sentido, não só podem como devem ser apropriados pelo Serviço Social com base nos fundamentos político-emancipatórios desse projeto.

Além disso, é necessário considerar que a prática social do assistente social, como toda prática social, é, por si só, perpassada pela dimensão socioeducativa, e sendo assim, expressa valores, princípios, que vão além da dimensão técnica da profissão, reproduzindo, subliminar ou explicitamente, a concepção de Estado, sociedade civil, de homem - e especificamente, de direito, política social, etc. Dessa forma, o profissional não pode desconsiderar as potencialidades estratégicas dessa dimensão, principalmente na atualidade

em que as demandas assistenciais/emergenciais tomam conta de quase totalidade da prática social de grande parte dos assistentes sociais da saúde; exigindo que, mesmo nessas atividades e ações assistenciais/emergenciais, o profissional reflita, planeje, inclusive sobre a dimensão socioeducativa presente nelas.

Como o Serviço Social está inserido no âmbito da reprodução social das classes trabalhadoras, respondendo às necessidades também de formação e controle social na sociedade capitalista, é imprescindível aos profissionais terem clareza tanto do conteúdo político-pedagógico de suas requisições profissionais quanto da forma como irão organizar a sua intervenção projetando as estratégias socioeducativas de que farão uso.

As funções pedagógicas – persuasiva e coercitiva – para as quais foram requisitados os assistentes sociais inserem esses profissionais nas formas de organização do consentimento e da adesão das classes subalternas à “nova” ordem do capital, ou seja, vinculam a intervenção profissional ao conjunto de mediações que concretizam a articulação orgânica entre a produção material e reprodução física e subjetiva da força de trabalho; conectam, portanto, a prática profissional com estratégias e mecanismos sociopolíticos, culturais e institucionais, necessários para o enquadramento da reprodução social aos padrões morais de sociabilidade e do controle político sobre os subalternizados. (Abreu, 2002: p. 42)

Nesse sentido, faz-se necessário o desvelamento da realidade, rompendo-se com o imediatismo das respostas pragmáticas, para planejar e fazer usos das ações e atividades socioeducativas a fim de democratizar o acesso à informação na perspectiva dos interesses dos trabalhadores.

As demandas relacionadas à **orientação** de usuários, apesar de também ter uma dimensão socioeducativa, avaliamos que seria interessante, para efeito de estudo, distingui-las daquelas; tendo em vista que são caracterizadas pela socialização de informação aos usuários voltada para a assistência direta deles, em geral, para acessar os serviços de saúde e as demais políticas sociais.

Destacamos, aqui, algumas referências dos entrevistados a esse tipo de demandas:

Quadro 4: Demandas de Orientação

"orientações individuais sobre o próprio atendimento"
"orientações previdenciárias, trabalhistas"
"orientação em relação aos direitos"
"orientações"
"orientações sociais"
"informação do estado do paciente"
"atendimentos aos usuários (orientações)"
"orientação aos usuários para acesso a benefícios socioassistenciais"
"informações sobre direitos sociais ou trabalhistas".

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

Conforme pode ser observado, as orientações não têm uma potencialidade político-pedagógica tão ampliada quanto as demais ações de âmbito socioeducativo. No entanto, se forem planejadas e executadas de acordo com o projeto da Reforma Sanitária e de acordo como o Projeto Profissional Crítico, podem expandir a possibilidade estratégica de uma intervenção que ultrapasse o imediatismo junto às ações e atividades assistenciais/emergenciais.

Contudo, a tendência posta pela racionalidade instrumental hegemônica é a do pragmatismo das respostas às demandas e o conteúdo trabalhado nessas orientações, ao invés de ser socializador de informações emancipatórias, pode ser, tendencialmente, passivizador e conformador.

Com relação às demandas relacionadas à **investigação/sistematização/ formação**, elas estão diretamente relacionadas com a dimensão reflexiva sobre a prática social, seja porque congregam as atividades de pesquisa, investigação, sistematização da prática e estudo, seja porque, ao contribuir com a formação profissional (graduação, residência, pós-graduação), exigem do assistente social um certo nível de aprofundamento sobre as questões postas no cotidiano profissional e suas mediações com a universalidade.

Elas foram citadas de diversas formas pelos assistentes sociais entrevistados, como:

Quadro 5: Demandas relacionadas à investigação/sistematização/ formação

“acompanhamento dos residentes em campo”
“estudo e pesquisa”
“preceptoria com alunos de graduação de Serviço Social e outras profissões envolvidos em projetos de extensão da universidade”
“ensino”
“reunião/ supervisão”
“preceptoria”
“pesquisa”
“trabalhos com estudantes”
supervisão”.

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

As ações que se relacionam à formação, principalmente em nível de pós-graduação, encontram ressonância nas diretrizes da política no que se refere ao incentivo da educação continuada e à qualificação da formação em graduação. Além disso, têm relação com o processo que analisamos a seguir, referente à qualificação dos trabalhadores do sistema. Nesse sentido, é uma demanda da racionalidade hegemônica formar profissionais que adiram a seus fundamentos e mecanismos, no entanto, dialeticamente, a qualificação e educação continuada dos profissionais de saúde integram o projeto de reforma sanitária. E, sendo assim, podem contribuir com os interesses dos trabalhadores.

Porém, a baixa incidência dessa natureza de demandas (2,1%; 2,7%; 3,5%; 5,3%) revela que elas não são prioritárias para a racionalidade hegemônica na política, principalmente porque o lugar predominante do Serviço Social no SUS tem sido o das ações assistenciais e emergenciais.

As demandas relacionadas a **planejamento/assessoria/gestão** foram, em média, a terceira mais incidente, segundo os entrevistados, mesmo que com grande diferença para as de natureza assistencial/emergencial. Essas demandas têm relação direta com a racionalidade do sistema, posto que aglutinam as ações referentes à programação das ações, o estabelecimento de protocolos, a participação em comissões, a gestão do Serviço Social e da própria unidade de saúde ou de núcleos, diretorias, bem como assessoria à gestão, etc.

Os assistentes sociais se referiram a essa natureza de demandas de diferentes formas, dentre elas destacamos:

Quadro 6: Demandas de Planejamento/ Assessoria/ Gestão

“assessoria da gestão”
“planejamento”
“ouvidoria”
“planejamento das ações”
“demandas e atividades relacionadas a planejamento, assessoria e gestão”.

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

Como analisamos no capítulo anterior, uma das principais tendências engendradas pela racionalidade da contrarreforma na saúde tem sido a tecnificação da política. Ao longo da trajetória do Serviço Social na saúde, a profissão tem se apropriado do conhecimento técnico dessa área, que sofre, como vimos, contínuo e intenso movimento de requalificação e investimento tecnológico-organizacional. O conhecimento técnico sobre a estrutura organizativa do sistema, seus fundamentos e princípios, seus mecanismos de organização, programação, planejamento e gestão são necessários para que o assistente social possa responder não só às demandas institucionais, mas, sobretudo, às demandas dos usuários do SUS. A questão que se coloca é que a racionalidade que hoje tem hegemonia sobre a organização do sistema tem sua fundamentação em perspectivas teórico-metodológicas que negam a razão dialética e a historicidade, numa construção formal-abstrata e/ou estruturalista com influência tanto do pensamento moderno quanto pós-moderno<sup>96</sup> que não reproduz o movimento da realidade e tende a se distanciar dele. O profissional de Serviço Social que se qualifica sobre esses fundamentos precisa estar atento aos vínculos dessa racionalidade com as tendências do capitalismo contemporâneo de expansão dos campos de lucratividade nos serviços de saúde.

Todavia, alguns profissionais que não fazem essa reflexão crítica sobre esses vínculos terminam reproduzindo em sua prática social esses fundamentos e mecanismos sem compreender o real alcance deles.

---

<sup>96</sup> A perspectiva irracional não se faz presente nesse tipo de demandas e atividades, mas sim naquelas com o conteúdo pragmático exacerbado e nas de extremo imediatismo e emergencialização.

Por outro lado, essas demandas também contêm um potencial estratégico importante, pois envolvem ações e atividades de reflexão e planejamento sobre a realidade. É bem sabido que o nível de reflexão requerido pela racionalidade hegemônica no sistema é o mais pragmático possível, mas o assistente social pode fazer uso dessa estratégia para aprofundar o seu conhecimento sobre as problemáticas que se apresentam em seu cotidiano. Também é certo que, para uma profissão em que à grande parte dos seus sujeitos é legada uma prática social predominantemente assistencial/emergencial, não se requer, nem é necessário, segundo essa lógica, uma reflexão crítica e profunda sobre a realidade. Daí, porque, muitas vezes, o planejamento ou não se constitui prática comum aos assistentes sociais ou, mesmo quando realizado, o profissional encontra grande dificuldade para a sua execução.

Além disso, desenvolvendo as ações concernentes a essa natureza de demandas, o profissional comprometido com o projeto de reforma sanitária e com o projeto profissional crítico do Serviço Social pode desenvolver uma prática social que interfira na racionalidade interna da instituição de saúde; defendendo os interesses de seus usuários por dentro da lógica institucional e, neste sentido, tensionando os limites postos pela racionalidade hegemônica.

É fato comum, atualmente, encontrarem-se assistentes sociais atuando no nível da gestão do sistema, ou assessorando a gestão, ou atuando no planejamento e programação das ações em saúde, em nome do SUS e da saúde pública, sem compreender que, muitas vezes, estão reproduzindo, sem questionamentos e sem estratégias, a racionalidade hegemônica. Como vimos anteriormente, 11% do total de assistentes sociais atuam no âmbito da gestão<sup>97</sup> do sistema e 85,7% desses profissionais estão vinculados aos municípios, o que corrobora a nossa observação inicial de que no âmbito da gestão municipal há maior possibilidade estratégica do assistente social com a gestão.

Frequentemente, os profissionais de Serviço Social que atuam em gestão não se apresentam nem são reconhecidos como assistentes sociais dentro da organização do sistema, antes disso, são reconhecidos e se autorreconhecem como sanitaristas, diretores, coordenadores, gestores, técnicos em planejamento, em epidemiologia, etc.

---

<sup>97</sup> Além disso, mesmo os assistentes sociais que atuam nas unidades de saúde podem desenvolver atividades relacionadas à gestão nesses espaços.

Acreditamos que dois fatores estão por trás desse processo de desidentificação da profissão com tais funções, tanto por parte de alguns profissionais quanto por parte de algumas gestões:

- o primeiro deles é a preponderância que as demandas e atividades de natureza assistencial/emergencial vêm tendo no cotidiano da prática social do assistente social no SUS, constituindo-se esse o seu lugar prioritário no interior do sistema;
- o segundo e, possivelmente, o mais determinante, é o fato de que é importante e necessário que esse profissional, que tem maior possibilidade de interferir na gestão institucional, desidentifique-se com a profissão cujo projeto profissional hegemônico contrapõe-se à racionalidade da contrarreforma. Assim, ao se qualificar e se especializar no uso das técnicas, instrumentais de gestão, planejamento e programação, o profissional é inserido também num processo educativo e formador que reproduz os valores, princípios e fundamentos da racionalidade hegemônica no SUS. Sendo, portanto, necessária a sua adesão ativa a essa racionalidade e, com isso, a negação de sua identidade profissional<sup>98</sup>.

As requisições referentes à **mobilização, participação e controle social**, apesar de não estarem entre as primeiras mais incidentes, com percentuais relativamente baixos (2,1%; 3,8%; 8,2%; 9,0), persistem no cotidiano profissional. Os dados, no entanto, revelam a pouca importância que as ações e atividades relacionadas à mobilização, participação e controle social vêm tendo na prática social do assistente social, determinada, em grande parte, pelos contornos da contrarreforma.

Esse processo de desvalorização aparentemente mostra-se incoerente com as diretrizes da política de saúde, que se referem diversas vezes à participação social, inclusive quando apresenta a proposta das fundações estatais de direito privado, a repolitização da política de saúde, a articulação com os movimentos sociais, entre outros. Contudo, quando analisamos os reais fundamentos da racionalidade da política, identificamos que o princípio da participação social também foi refuncionalizado, caracterizando-se muito mais, como já afirmamos anteriormente, como participação colaboracionista, passiva, consultiva, ou

---

<sup>98</sup> Evidentemente, que esse processo, apesar de relativamente frequente, não constitui regra geral.

mesmo pela desconsideração concreta das decisões das instâncias deliberativas do controle social do SUS.

Os entrevistados referiram-se a essas demandas da seguinte forma:

Quadro 7: Demandas referentes à mobilização, participação e controle social

“participação em conselhos de saúde, fóruns, etc.”
“ações de controle social”
“controle social”
“mobilização dos usuários”
“atividades relacionadas à mobilização dos usuários”.

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

As ações que se referem às demandas relacionadas à mobilização, participação e controle social são muito importantes como estratégias de politização da política de saúde, sob uma perspectiva político-emancipatória “tendo no horizonte a emancipação humana”, como afirma Bravo. A assessoria e articulação com as instâncias de controle social e movimentos sociais são espaços “de trabalho para os assistentes sociais contribuírem para o fortalecimento dos sujeitos políticos na perspectiva da garantia e/ou ampliação dos direitos sociais, entre eles o da saúde” (2007: p. 146)

E, finalmente, as demandas referidas na pesquisa como **não-específicas** são aquelas citadas pelos profissionais entrevistados que não expressam o sentido ou natureza da demanda, ou mesmo são ações e atividades inespecíficas. A incidência desse tipo de resposta foi relativamente alto, se comparado com outras, como a de mobilização, participação e controle social (5,8%; 13%; 9,9%; 10,5%).

Entre as diversas formas como foram mencionadas, destacamos algumas:

Quadro 8: Demandas Não-Específicas

“demandas individuais dos usuários”
“ambulatório”
“PSF (programa)”
“atendimento individual”
“relação paciente e equipe de saúde”
“entrevistas”
“encaminhamentos”
“oficinas operativas”
“demandas espontâneas dos usuários”
“atendimento aos usuários e familiares”
“demandas de adolescentes, gravidez”.

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

É possível que os profissionais entrevistados que responderam dessa forma à questão confundam os procedimentos e atividades com o que propriamente se constituem demandas ou requisições.

A partir da análise das demandas, é interessante também conhecer que ações e atividades são realizadas para respondê-las e se essas ações são também compatíveis com a racionalidade do SUS hoje.

Como indicam a tabela 6, as ações e atividades que tiveram o maior índice de resposta afirmativa foram: orientações e encaminhamentos a outros serviços (83,9%); providências, orientações e encaminhamentos que viabilizem o acesso do usuário aos serviços da unidade (88,5%); contatos e atendimento à família dos usuários (82,3%); realização de palestras, treinamentos, reuniões, oficinas, grupos de natureza socioeducativa e/ou politizadora/mobilizadora (73,4%); elaboração de projetos, relatórios e planos (80,2%); orientações e ações de âmbito individual de natureza socioeducativa e politizadora (74,5%); intermediação do acesso a transporte, alimentação, medicamentos, acompanhantes, casa de apoio, abrigo, etc. (71,4%)

As que tiveram menor índice de resposta, mas nem por isso pequeno, foram: participação nos conselhos gestor, municipal, estadual ou nacional de saúde, ou de outra política/direito social (42,2%); participação em comissões e no planejamento da unidade de saúde (51%); investigação (pesquisa), sistematização da prática profissional (54,2%).

Nessa questão, as respostas não estão relacionadas à incidência maior ou menor das ações e atividades na prática social do assistente social, mas sim se, em algum momento do cotidiano dessa prática, a ação/atividade se faz presente. Em parte, isso justifica a desproporção das respostas entre algumas atividades aqui elencadas e a respectiva demanda a ela relacionada na questão anterior<sup>99</sup>. Além disso, nesta questão também agregamos as orientações com as atividades socioeducativas e politizadoras num mesmo bloco de ações e diferenciamos se elas eram realizadas em âmbito individual e/ou coletivo.

Nesse sentido, as atividades socioeducativas e politizadoras, sejam individuais sejam coletivas, tiveram um alto índice de resposta, indicando que em algum momento do cotidiano profissional elas são realizadas pelo assistente social, mesmo que não ocupem a maior parte de seu tempo e não sejam consideradas pela racionalidade institucional como prioritárias para o Serviço Social.

Tabela 06: Ações e atividades realizadas

Atividade	Sim		Não		Total	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Orientações / Encaminhamentos externos	161	83,9	31	16,1	192	100
Ações socioeducativas / Politizadoras individuais	143	74,5	49	25,5	192	100
Orientações / Providências / encaminhamentos internos	170	88,5	22	11,5	192	100
Intermediar acesso a transporte / Alimentação / Medicamentos, etc	137	71,4	55	28,6	192	100
Contatos / Atendimento à família	158	82,3	34	17,7	192	100
Controle social	81	42,2	111	57,8	192	100
Atividades socioeducativas / Politizadoras coletivas	141	73,4	51	26,6	192	100
Elaboração de projetos / Relatórios / Planos	154	80,2	38	19,8	192	100
Pesquisa / Sistematização	104	54,2	88	45,8	192	100

<sup>99</sup> Uma outra justificativa para isso pode ser o fato dessa questão ser fechada. Mesmo com espaço para que o entrevistado respondesse outras atividades e especificasse, isso pode ter, de alguma forma, influenciado na resposta de alguns.

Participação em comissões / Planejamento	98	51	94	49	192	100
Outras ações	19	9,9	173	90,1	192	100

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social.

Análise semelhante podemos fazer em relação às que tiveram os menores índices de respostas; os dados referentes às ações relacionadas ao controle social, planejamento e participação em comissões e investigação, nos expressam que não são todos os profissionais que as executam, mesmo que ocupando um tempo mínimo no cotidiano profissional. Com relação às ações de participação nas instâncias de controle social, por exemplo, quase 60% dos assistentes sociais não as realizam, o que – dada a sua importância – é preocupante.

Outra informação importante para compreendermos os impactos da atual racionalidade hegemônica no sistema consiste na evolução das demandas e atendimentos realizados pelo assistente social: 84,8% dos profissionais entrevistados referiram que a quantidade de demandas ao Serviço Social vem aumentando e 84,7% afirmam que o número de atendimentos que realizam na instituição vem se ampliando também. Sabe-se, como já analisamos, que grande parte desses atendimentos e demandas são de âmbito assistencial/emergencial, e que, dentre estas, têm preponderância as que se referem à inserção ou acesso do usuário aos serviços do SUS que não foram contempladas pela lógica do sistema.

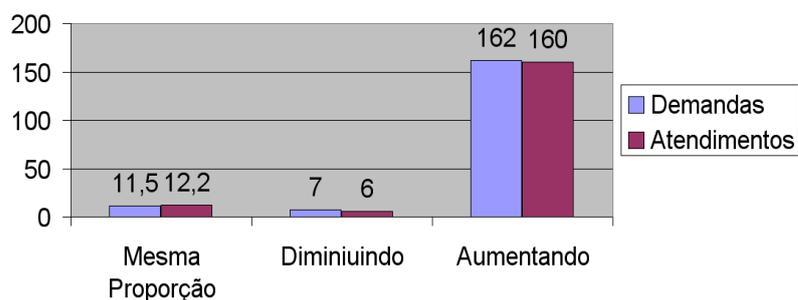


Gráfico 12: Evolução de Demandas e Atendimentos do Serviço Social.

Daí que, a prática social dos assistentes sociais, tende, pela racionalidade da política de saúde, a ser eivada pela lógica da emergencialização e contenção da demanda, das atividades referentes ao plantão, daquilo que o sistema não foi capaz de absorver no fluxo e

na rotina institucional. Assim, o profissional de Serviço Social é demandado, conforme afirma Costa (2006), a integrar os diversos fragmentos do sistema, a fim de viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, e, geralmente, o faz por fora das regras e normatizações criadas segundo a racionalidade, regras essas que muitas vezes contradizem os princípios originais do SUS Constitucional. No entanto, é importante considerar as necessidades atuais e os vínculos com a racionalidade da contrarreforma, tendo em vista a expansão, mesmo que restrita, da profissão segundo os interesses dessa racionalidade.

Quando questionamos os profissionais sobre a frequência com que eles intervêm sobre as demandas de usuários que não conseguem atendimento na unidade de saúde - ou mesmo que no interior do sistema não conseguem realizar procedimentos que confirmam resolutividade ao seu atendimento - comumente denominadas de demanda reprimida, 51% dos entrevistados responderam que todos os dias<sup>100</sup>, sendo que 22% afirmaram que o dia inteiro de trabalho é dedicado a esse tipo de demanda, e apenas 7% responderam que nunca o atende. (ver gráfico 13)

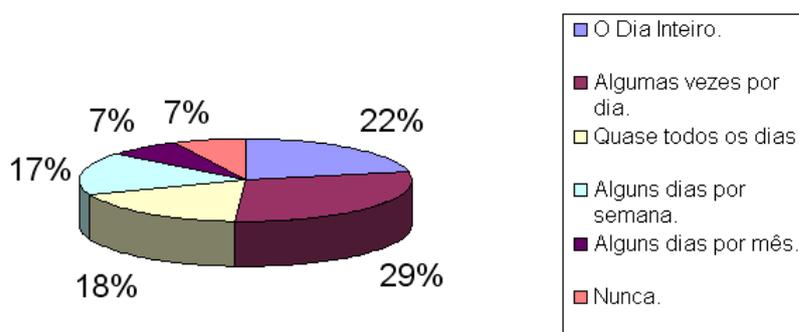


Gráfico 13: Frequência de Atendimento pelo Assistente Social de Demandas Não Contempladas pelo SUS.

Preferimos denominar tais demandas como *não contempladas* no interior do sistema, que não têm resolutividade e expressam suas contradições. O conceito de demanda reprimida, a nosso ver, mais esconde do que revela as causas e as características dessa condição, tendo em vista que, na verdade, estas demandas não contempladas expressam a fragilidade da racionalidade hegemônica no SUS: desvelam que os diversos protocolos, normas, fluxos e rotinas do sistema são, muitas vezes, incapazes de dar conta do movimento

<sup>100</sup> Aqui juntamos a frequência de todos os dias (algumas vezes ao dia e o dia inteiro).

e das contradições da realidade. E isto se deve fundamentalmente: à fundamentação teórica dessa racionalidade que concebe a política de modo tecnificado, burocrático (mesmo que no discurso, negue a burocracia), com conceitos e categorias formais-abstratas, estruturalistas e fenomênicas; aos vínculos históricos, políticos e econômicos dessa racionalidade que têm relação direta com a ampliação do campo da saúde pública como espaço de lucratividade e acesso direto do mercado ao fundo público estatal ao mesmo tempo em que é viabilizador do crescimento dos serviços privados; aos limites e contradições que se materializam no interior do sistema em decorrência de todo esse processo.

Os dados referentes à alta incidência de plantões em Serviço Social, à predominância de demandas e atividades de âmbito assistencial/emergencial no cotidiano profissional, ao aumento crescente de demandas e atendimentos e à grande incidência de demandas não contempladas pelo SUS que se tornam objeto de intervenção profissional evidenciam muito mais do que uma ênfase acentuada do sistema na assistência precarizada, fragmentada e focalizada ou um movimento de assistencialização da política.

As análises realizadas neste trabalho informam, na verdade, um processo que ultrapassa e ao mesmo tempo inclui o espaço da política de saúde e sua racionalidade hegemônica. Como observamos no primeiro capítulo, a racionalidade instrumental do Estado brasileiro, reatualizada no movimento de contrarreforma, particulariza-se nos diversos espaços sociais, dentre estes o da política de saúde.

Os eixos estruturadores dessa racionalidade, seu conteúdo e as tendências que engendram dentro do SUS integram um amplo e complexo conjunto de respostas do capital que elegem o Estado e os serviços sociais públicos como campo privilegiado para os ajustes necessários à estruturação de um novo processo de crescimento das suas margens de lucratividade.

A contrarreforma neoliberal impetrou no Estado brasileiro uma intensificação de processos históricos relacionados à grande dívida social do país. Principalmente nos últimos anos, esse movimento ganha a forma de um modelo de desenvolvimento, integrado pela política de saúde que se torna espaço de direito social e, ao mesmo tempo, de investimento

privado no PAC, com ganhos residuais<sup>101</sup> tanto em termos de qualidade de vida quanto em reversão das taxas de concentração de riqueza e desigualdade social.

Assim, todas as demandas não contempladas pelo SUS, toda chegada tardia do usuário ao SUS por falta de acesso à prevenção e promoção social que se relaciona à exposição de riscos, desgastes e agravos à saúde ocasionados pelas precárias condições de vida e trabalho da população, agravadas ao longo de praticamente duas décadas de contrarreforma e reestruturação do capital, desemboca nos serviços da média e alta complexidade, que também não têm estrutura de oferta suficiente, o que empurra esses usuários para o Serviço Social.

O lugar prioritário do Serviço Social no SUS, segundo a racionalidade hegemônica na política de saúde, é o da assistência direta aos usuários e, precisamente e preponderantemente, atendendo e respondendo às demandas assistenciais/emergenciais, posto que esse espaço constitui o “gargalo” do sistema e, poderíamos dizer, do modo de ser da sociedade e do Estado brasileiro .

Nesse sentido, não se trata simplesmente da velha coisa da assistência, tendo em vista que na atualidade incorpora novas características e determinações. Assim, hoje constitui numa outra tendência, mesmo que em seu bojo traduza velhas particularidades da formação sociohistórica brasileira, como a pobreza e os altos índices de desigualdade social.

Tal tendência interfere diretamente na prática social do assistente social e no seu lugar e função nessa racionalidade. Denuncia também que a universalização, a integralidade, a resolutividade e todos os princípios originais do SUS estão comprometidos e ganham um outro sentido no cotidiano, o sentido da possibilidade; isto é, o acesso “possível”, a integralidade “possível”, a resolutividade “possível”, diante dos limites postos pelas necessidades do capitalismo contemporâneo.

Recordemos, aqui, o espaço de atuação do Serviço Social, no âmbito da reprodução social das relações sociais capitalistas, conforme análise de Iamamoto (1988):

O Assistente Social é chamado a constituir-se no agente institucional de “linha de frente”, nas relações entre a instituição e a população, entre os serviços prestados e a solicitação dos interessados por esses mesmos serviços. Dispõe de um poder, atribuído institucionalmente, de selecionar aqueles que têm ou não direito de participar dos programas propostos,

---

<sup>101</sup> Sobre este assunto ver o pertinente artigo de Netto (2007 b).

discriminando, entre os elegíveis, os mais necessitados, devido à incapacidade da rede de equipamentos sociais existentes de atender todo o público que, teoricamente, tem acesso a eles.

Se, no SUS, o processo seletivo para acesso não é “de direito” (tendo em vista que o sistema é formalmente universal), vem se instituindo um “de fato”, ao se direcionar ao Serviço Social o atendimento caso a caso das situações urgentes, não contempladas pela lógica do sistema. E, nesse processo, ocorre uma dupla responsabilização: a responsabilização do usuário pelo seu acesso ao direito à saúde e a responsabilização do profissional em garantir o acesso do usuário, quando, em verdade, essa responsabilidade deveria ser da política pública.

Assim, apesar da aparência de velhas e tradicionais práticas, o que vem se colocando como novo é o seu conteúdo extremamente emergencial e seus vínculos com as necessidades atuais do capitalismo, que se configuram no interior da racionalidade da contrarreforma na saúde nos seus eixos estruturadores, mecanismos e nas tendências que engendram na materialidade do sistema.

Os interesses privados presentes nos eixos de saúde e desenvolvimento, na necessidade de redefinição do público estatal e nos novos instrumentos de gestão estruturam e organizam uma política social que, mesmo que se apresente como continuidade e aprofundamento da reforma sanitária, se materializa predominantemente de forma precarizada, fragmentada e focalizada nas situações mais emergenciais das camadas mais pauperizadas da população.

Nessa política, de acordo com essa racionalidade, o Serviço Social não deve ter grande participação nas ações de promoção e prevenção na atenção básica – como na ESF e NASF -, posto que isso seria não só ampliar a concepção de competências e atribuições desses profissionais, mas, sobretudo, ampliar a própria concepção de política, numa perspectiva coletiva, levando em conta a integralidade, a intersetorialidade com outras políticas sociais e o conjunto de determinantes sociais que incidem no processo saúde-doença. E isto, sem dúvida, está longe das atuais tendências da política social contemporânea.

Os impactos dessa racionalidade na prática social do assistente social tendem a torná-la um espaço de práticas pragmáticas e manipulatórias, sem reflexão, ou mesmo com

uma capacidade de reflexão extremamente limitada, com recursos limitados, com uma rotina de trabalho perpassada também pela burocratização dos procedimentos, na qual o profissional se divide entre as “urgências” e o preenchimento de códigos em formulários de atendimento e registros.

O registro dos atendimentos é imprescindível para uma prática profissional comprometida com o projeto profissional crítico e como projeto de reforma sanitária; no entanto, o que vem ocorrendo nesse cotidiano de emergencialização é que tais procedimentos ganharam um fim em si mesmos, pois, muitas vezes, não são utilizados pelos profissionais para fins de sistematização e reflexão, e apenas para contabilizar a produção no sistema.

Porém, dialeticamente, o espaço das demandas e ações assistenciais/emergenciais pode e deve ser utilizado de forma estratégica pelo profissional. E isso só pode ser feito a partir da reflexão crítica sobre a sua realidade de intervenção, sobre a realidade do usuário, fazendo uso e se instrumentalizando das categorias da racionalidade dialética, defendendo os princípios da racionalidade político-emancipatória do projeto de reforma sanitária e estimulando os valores e princípios da emancipação humana.

Compreendendo os limites da prática social do assistente social, de sua condição de trabalhador assalariado, da racionalidade hegemônica na política de saúde, o profissional tem melhores condições de intervir em meio às contradições, defendendo os interesses de seus usuários. É necessário, porém, que ele tensione esses limites no sentido de não restringir toda a sua prática social às demandas e ações de natureza assistencial/emergencial. Nesse sentido, é importante que invista parte do seu tempo na reflexão, investigação sobre a realidade, sistematização de sua prática, planejamento de suas ações – inclusive as assistenciais/emergenciais, de forma a conferir-lhes, minimamente, um caráter metodológico que leve em conta as contradições do real e as potencialidades, mesmo que reduzidas, da dimensão socioeducativa e politizadora presentes nelas - desenvolva e fomente atividades socioeducativas e politizadoras – individuais e coletivas – junto aos usuários e profissionais, participando e estimulando a participação do usuário nos

espaços de controle social<sup>102</sup>, procurando também assessorar a gestão, contribuindo com o seu planejamento institucional, de forma a defender os interesses dos usuários nesse processo, contribuindo também com formação profissional ou continuada, entre outros.

Por outro lado, os eixos e tendências da racionalidade hoje hegemônica requerem também outras áreas de demandas ao Serviço Social que não exclusivamente as assistenciais/emergenciais, mesmo que menos incidentes: podemos agrupá-las nas que se referem mais diretamente à apropriação dos instrumentais técnicos, à tecnologia organizacional, etc., seja assessorando a gestão, planejando, pactuando, etc.; e nas que se relacionam às ações socioeducativas e politizadoras, vinculadas à dimensão político-pedagógica e perpassadas segundo essa racionalidade pelos fundamentos da consensualização, pactuação, adesão solidária, participação colaboracionista, etc.

É importante ressaltar que ao priorizar as ações assistenciais/emergenciais no âmbito da prática social do assistente social, cujo conteúdo tende a ser mais pragmático, a racionalidade da contrarreforma denuncia também a dimensão político-pedagógica que vem requisitando: ações socioeducativas e politizadoras relacionadas ao utilitarismo das ações e sem reflexões mais profundas sobre a realidade.

Todas essas demandas integram um conjunto de requisições que compõem uma unidade dialética. A aparente dualidade entre as demandas assistenciais/emergenciais e as relacionadas à apropriação dos novos instrumentos de gestão esconde que, na verdade, ambas são produto histórico da mesma racionalidade no sistema, em suas contradições e conflitos, que expressam as tendências universais no Estado e na sociedade civil brasileiros.

### **3.1.2 – As “inovações” no SUS e suas demandas ao Serviço Social**

A profissão de Serviço Social, ao longo dos vinte anos de implantação do SUS, foi se apropriando dos fundamentos e do conhecimento sobre a estrutura organizacional do

---

<sup>102</sup> A participação do assistente social nas instâncias de controle social não está restrita à sua atuação como conselheiro de saúde; ela pode ser caracterizada também como o engajamento do profissional nos momentos de discussão e debate sobre temáticas pertinentes à política de saúde ou a outras políticas/direitos, participação em conferências, articulação com outros profissionais, conselhos, conselheiros, encaminhamentos, denúncias aos conselhos, etc.

sistema, dos seus princípios originais, que têm relação com os eixos do projeto profissional crítico. Em 1999, o assistente social foi reconhecido como profissional de saúde, através da Resolução 383, do Conselho Federal de Serviço Social. Esse reconhecimento, na verdade, ratifica toda uma trajetória da profissão nessa área que historicamente constitui-se um importante espaço socioocupacional. Nos últimos anos, nos mais diversos cursos de Especialização, Residência Multiprofissional em Saúde, Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, há a participação de assistentes sociais e as vagas para o Serviço Social são cada vez mais disputadas; o que indica, sem dúvida, que os profissionais vêm se qualificando e se apropriando do conhecimento e da racionalidade do sistema. Os dados da nossa pesquisa referentes à formação profissional representam bem essa tendência: 61,2% dos entrevistados têm especialização; 17% têm mestrado; 21,3% têm apenas a graduação e 0,5% doutorado.

Essa tendência também tem mediações com a política de saúde, que destaca entre suas diretrizes a educação continuada e tem como um dos fundamentos de sua racionalidade hegemônica a *reestruturação da gestão do trabalho*, que possui, entre suas ações estratégicas, a qualificação dos trabalhadores do SUS. O investimento em qualificação profissional é uma necessidade do projeto de reforma sanitária, tendo em vista que a organização do SUS se propunha, originalmente, a romper com a estrutura histórica do modelo de atenção à saúde brasileira e estabelecer uma nova racionalidade de gestão, pautada na participação social, no reconhecimento do direito universal público, numa concepção ampliada do processo saúde-doença, na politização da saúde, na descentralização, entre outros. Para isto, seria necessário formar o trabalhador do SUS de acordo com essa racionalidade político-emancipatória.

Todavia, como vimos, o projeto da reforma sanitária perdeu espaços na disputa hegemônica no interior do sistema, mas seus princípios e preceitos vêm sendo utilizados como forma de legitimar a racionalidade que instrumentaliza os interesses do capital nessa área. Neste sentido, o Estado educador precisa formar o trabalhador coerente com sua racionalidade, que, conforme tratamos no capítulo anterior, aproprie-se do conhecimento técnico de modo tecnicista, relacionado ao planejamento, criação e elaboração de protocolos, normas e metas que, em vez de se constituírem instrumentos de acesso ao

direito à saúde, podem ser utilizados como meios de negação ou desqualificação do acesso - inclusive aderindo às propostas pactuadas de acordo com a racionalidade hegemônica e/ou trabalhando diretamente na sua negociação e pactuação.

Todo o conjunto de “inovações” do sistema, modelos e instrumentos de gestão acarreta a necessidade de formar novas competências que não são exclusivamente técnicas, mas, também, políticas. A saúde, como é uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo, inclusive em termos de tecnologia administrativa e organizacional, é também, sem dúvida, campo de intensa qualificação e requalificação profissional, exigindo, muitas vezes, do trabalhador da saúde, constante e contínua capacitação para atuar em meio a essas mudanças tecnológicas e organizacionais.

Segundo Amaral, num processo de intensa precarização e exploração do trabalho, a “incorporação intensiva de novas tecnologias” torna-se uma ameaça para o trabalhador. O movimento contínuo do capital de realizar alterações, tanto na organização do processo de trabalho, como na “técnica”, configurado nos processos de qualificação/requalificação, constitui-se verdadeiro adiestramento que, ao mesmo tempo que desvaloriza a força de trabalho, forma o trabalhador de modo coerente com a racionalidade do capital, naturalizando-se as contradições e conflitos dessa estrutura social e, neste caso específico, da política de saúde e do Estado brasileiro. (2001: p.32;35)

A autora ainda destaca que, muitas vezes, o que se define como “inovações” são na realidade reedição ou reatualização de velhas e antigas práticas; conforme podemos observar na saúde, com a extrema tecnificação e burocratização, por um lado, e a focalização na assistência por outro, exigindo dos trabalhadores da saúde, dentre estes o assistente social, competências que, apesar de assemelham-se com velhas requisições do passado recente da profissão, respondem às necessidades atuais.

Assim, é necessário desmistificar o que Frigotto denomina de “fetiche do determinismo tecnológico (que) consiste no fato de tomar-se a ‘tecnologia’ como força autônoma das relações sociais”. Segundo o autor, a tecnologia, por ser predominantemente utilizada pelo capital, “acaba atuando numa lógica crescente de ‘produção destrutiva’.” Contudo, não se pode cair no viés frequente que concebe a tecnologia sempre numa

perspectiva de negatividade devido à sua relação com a exploração e alienação do trabalhador. (2006: p. 245-246)

Dessa forma,

[...] a atividade humana que produz a ‘tecnologia’ e seus vínculos imediatos ou mediatos com os processos produtivos, define-se e assume o sentido de alienação e exploração ou de emancipação no âmbito das relações sociais determinadas historicamente. (...) Esta compreensão nos conduz, então, ao fato de que a ciência, a técnica e a ‘tecnologia’ são alvo de uma disputa de projetos sociais antagônicos. (Idem: p. 246-247)

Neste sentido, podemos também afirmar que as “inovações” organizacionais fundadas na racionalidade da contrarreforma na saúde, apesar de limitadas pelos seus fundamentos e tendências, podem ser contraditoriamente instrumentalizadas em favor dos interesses do projeto de reforma sanitária. Sendo assim, é imprescindível conhecer mais profundamente os impactos, na forma de requisições profissionais, que as denominadas “inovações”, configuradas nas mudanças dos modelos e instrumentos de gestão, têm sobre a prática do assistente social.

Quando perguntados se nos últimos anos perceberam alguma mudança ou “inovação” na gestão/ administração da unidade de saúde em que trabalham, 50% dos assistentes sociais afirmaram que “sim”, e 28% eram de respostas que não se aplicavam à questão<sup>103</sup>. Com isso, excetuando-se estes, os que responderam que percebiam as mudanças são 70% dos que poderiam responder a questão. (ver Gráfico 14)

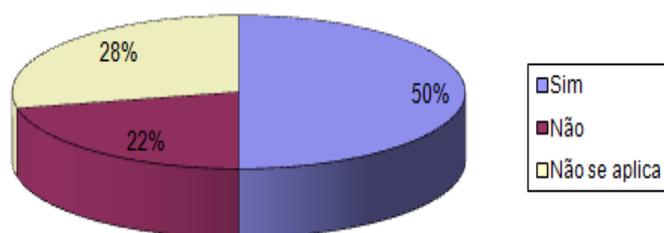


Gráfico 14: Percepção das mudanças de gestão pelo Assistente Social.

<sup>103</sup> Eram de profissionais que estavam trabalhando na unidade de saúde há pouco tempo.

Apesar de grande parte dos profissionais ter percebido as mudanças, é importante que, para além da percepção, realizem a problematização delas e das suas possíveis requisições à profissão. Sabe-se que a política social é resultado tanto da luta das classes trabalhadoras por melhores condições de vida e trabalho quanto da instrumentalização dessas reivindicações em favor dos interesses do capital e, neste sentido, como já analisamos, expressa os projetos em disputa na sociedade.

Sendo assim, mesmo que as consideradas “inovações” sejam apresentadas como expressão dos princípios da reforma sanitária e dos interesses dos trabalhadores usuários do sistema, contraditoriamente, também são apropriadas pelas necessidades de mercantilização e supercapitalização dos serviços de saúde.

Apresentamos algumas das “inovações” ou mudanças relacionadas à racionalidade da contrarreforma na política de saúde e perguntamos quais delas haviam sido implantadas na unidade de saúde e, a partir delas, quais as demandas ao Serviço Social. Muitos assistentes sociais que anteriormente tinham respondido que não haviam percebido as mudanças, ou mesmo os que trabalhavam há pouco tempo na instituição de saúde, responderam essa questão indicando quais as que estão presentes no seu cotidiano de intervenção profissional. O que demonstra que elas vêm ocorrendo independentemente da percepção e compreensão dos sujeitos envolvidos. (ver Tabela 7)

Tabela 07: Mudanças na gestão

Mudanças	Sim		Não		Total	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
<b>Organização social</b>	41	21,4	151	78,6	192	100
<b>Fundação</b>	21	10,9	171	89,1	192	100
<b>Ouvidoria</b>	110	57,3	82	42,7	192	100
<b>ONG / Associação de Apoio</b>	54	28,1	138	71,9	192	100
<b>Contratualização</b>	56	29	136	70,5	192	99,5
<b>Expansão</b>	101	52,3	91	47,2	192	99,5
<b>Pronto atendimento / Emergência</b>	74	38,3	118	61,1	192	99,5

Fonte: A Contrarreforma na Política de Saúde e o SUS Hoje: Impactos e Demandas ao Serviço Social

Os dados referentes às organizações sociais e fundações expressam que, no total, 32,3% dos assistentes sociais trabalham em unidades de saúde que têm um desses modelos de gestão e, parte considerável destes, afirma que há requisições diretas dessa gestão ao Serviço Social:

- 21,4% dos assistentes sociais responderam que a sua unidade de saúde era gerida por uma organização social e, dentre estes: 53,6% afirmaram que o Serviço Social assessora essa gestão – o que representa 11,5% do total dos profissionais; 51,2% informaram que o Serviço Social participa ativamente do planejamento estratégico dessa gestão – o que consiste em 10,9% do total; 65,8% responderam afirmativamente que o Serviço Social atua na divulgação de normas, rotinas, benefícios e vantagens desse modelo de gestão junto a profissionais e usuários – o que representa 14,1%; e 39% responderam que o Serviço Social intervém na capacitação e formação de profissionais – o que significa 8,3% do total de assistentes sociais.
- Com relação às fundações<sup>104</sup>, 10,9% dos assistentes sociais afirmaram que as instituições de saúde em que trabalham são geridas por uma. Porém, nesta questão, a incidência de profissionais que responderam afirmativamente sobre demandas dessa modalidade de gestão para o Serviço Social foi muito baixa. A maior, por exemplo, foi de 28,5% que afirmaram que o Serviço Social responde à demanda de divulgação de normas e rotinas, benefícios e vantagens dessa modalidade de gestão, o que representa 3,1% do total de assistentes sociais entrevistados; e 47,6% responderam que, no que se refere à gestão da fundação, não há demandas ao Serviço Social, o que significa 5,2% do total de entrevistados.

Juntando às informações tanto das organizações sociais – instituídas como modelo de gestão no governo FHC – quanto das fundações – experimentada há vários anos de forma

---

<sup>104</sup> Nessa questão, não deixamos claro qual a modalidade de fundação, pois o nosso objetivo era identificar se havia nas instituições alguma modalidade de gestão que não fosse público estatal. Apesar das diferenciações em relação aos diversos tipos de fundação na gestão da saúde, todas elas, na verdade, interiorizam na gestão a lógica privada, com autonomia de gastos, flexibilidade na gestão, etc.

isolada e, em 2007, sistematizada enquanto projeto de lei pelo governo Lula – ratificamos as nossas considerações anteriores de que não é sempre que o assistente social será demandado a atuar diretamente na assessoria da gestão. Isto irá depender da configuração de forças no interior da unidade de saúde e das características da relação do Serviço Social com a gestão, como também da postura do Serviço Social no interior da unidade - se propositiva e crítica, se propositiva e tecnicista, se exclusivamente assistencial.

O fato é que, para um grupo de assistentes sociais, é demandado participar ativamente da gestão, seja assessorando, seja contribuindo com o planejamento institucional, seja socializando os princípios e valores da sua racionalidade, objetivando o consentimento e adesão em torno deles. É importante observar que essas requisições chegam ao assistente social como contribuições para a modernização do SUS e aprofundamento da reforma sanitária. Daí, a fundamental importância da capacidade de reflexão crítica, ultrapassando os meandros da aparência e identificando as mediações dessas demandas com as tendências de privatização da saúde pública através das Parcerias Público Privadas.

Uma outra relevante mudança implementada são as ouvidorias<sup>105</sup>, que constam, inclusive, nas diretrizes da política de saúde e compõem as estratégias da concepção de participação social da sua racionalidade hegemônica. Todavia, dialeticamente, as ouvidorias também são espaços de tensionamento e, por isso, podem responder a interesses do projeto de reforma sanitária e dos trabalhadores.

Segundo o Ministério da Saúde, a missão da ouvidoria no SUS é “o diálogo com a população, ouvindo, disseminando informações, registrando e sendo um canal de articulação entre o gestor e o controle social, na busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão no SUS.” (2006: p. 6)<sup>106</sup> Sendo assim, segundo a racionalidade hegemônica do sistema, a ouvidoria pode ser espaço de conformação da população usuária que, ao ser escutada, oficializa a sua reclamação individualizada e, efetivamente, não se mobiliza em torno do direito à saúde e, dessa forma, está coerente com a participação solidária, tão estimulada pela política atual.

---

<sup>105</sup> O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS foi criado por meio do Decreto nº 4.726, em 9 de junho de 2003, e compõe a estrutura do Ministério da Saúde, como parte integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

<sup>106</sup> Orientações para implantação de ouvidorias do SUS (2006).

Por outro lado, constitui-se importante canal de participação que vem sendo ocupado, inclusive, pelo assistente social. Os dados da pesquisa demonstram que as ouvidorias estão generalizadas no sistema, tendo em vista que 57,3% dos assistentes sociais afirmaram que sua unidade de saúde tem ouvidoria. Sendo que destes: 19% disseram que o Serviço Social participa do planejamento da ouvidoria – o que representa 10,9% do total de profissionais; 19% também afirmaram que o Serviço Social é responsável por gerir a ouvidoria, o que significa 10,9% do total de assistentes sociais; e 57,2% responderam que o Serviço Social tem articulação com a ouvidoria e realiza encaminhamentos para qualificação do atendimento, o que representa 32,8% do total.

Assim, um percentual razoável de assistentes sociais vem sendo demandado a, pelo menos, se articular ou encaminhar usuários às ouvidorias e alguns têm, inclusive, assumido a sua gestão, tendo em vista o conjunto de competências da profissão que se referem à capacidade de articulação, mobilização, de defesa dos direitos, gestão e planejamento, mas também à histórica função de escuta, de orientações e encaminhamentos e, por que não dizer, conformação e controle da população usuária.

É por isso que o documento dos parâmetros do CFESS ressalta a relevância desse espaço – não exclusivo – de atuação do Serviço Social, alertando que

[...] as críticas e sugestões (dos usuários) são apresentadas individualmente, sem levar em consideração que as dificuldades e impasses vividos pelos usuários são coletivos, resultante da não efetivação do SUS e, portanto, exige respostas coletivas. Considera-se que o assistente social ao assumir a ouvidoria, deve consolidar os dados obtidos nos atendimentos por meio de relatórios e coletivizá-los no conselho diretor da unidade e/ou direção da unidade, bem como estabelecer articulação com os conselhos de saúde (da unidade e local) para que as demandas sejam analisadas coletivamente e as respostas tenham impacto no funcionamento da unidade e na política de saúde, por meio das mudanças necessárias. (2009: p. 35)

Mesmo não constando explicitamente entre as diretrizes e fundamentos da política de saúde atual, as Organizações Não-Governamentais (ONGs) são uma realidade em muitas unidades de saúde e estão coerentes com a prática das PPPs e com a *responsabilização dos indivíduos pelo processo saúde-doença*. Muitas dessas ONGs são constituídas a partir da organização dos próprios usuários da unidade de saúde ou seus familiares (associação de

portadores de patologia) e/ou dos profissionais de saúde que atuam na unidade, com o objetivo de captar recursos para melhorar ou qualificar o atendimento, entre outros.

As informações dos entrevistados confirmam essa realidade: 28,1% dos profissionais entrevistados afirmaram que existem organizações não-governamentais (ONGs) ou associações de apoio a portadores de patologia atuando dentro da unidade de saúde. No entanto, entre esses não houve incidência alta de demandas ao Serviço Social: 35,1% afirmaram que não havia demandas das ONGs e associações ao Serviço Social – representando 9,9% do total de entrevistados; 25,9% afirmaram que foi objeto de intervenção do Serviço Social participar da elaboração de regimentos que disciplinam ou regulamentam a atuação das ONGs/ associações na unidade de saúde – significando 7,3% do total de assistentes sociais; e 27,7% afirmaram que realizam avaliação socioeconômica do usuário para fins de seletividade do acesso às ONGs e associações, representando 7,8% dos assistentes sociais entrevistados.

O crescimento das ONGs é uma tendência mundial coerente com as necessidades do capital em tempos de crise. Elas são consideradas interlocutoras ideais pelo Estado neoliberal, representando uma sociedade civil amorfa, sem conflitos, sem luta de classes e, sendo assim, espaço do consenso. Nesse sentido, é perfeitamente coerente com a concepção de participação e repolitização defendida subliminarmente pela racionalidade da contrarreforma na saúde.

É fato que algumas ONGs exercem um certo protagonismo, “como canais de denúncia, de organização e politização sobre a problemática social e de construção de possíveis alternativas na sociedade”. Mas, também, é certo que a maior parte das que atuam no interior<sup>107</sup> das unidades de saúde caracterizam-se fundamentalmente pelo voluntarismo, filantropização, e até mesmo pelo privatismo, se colocando como “co-participantes na prestação de serviços”. (Abreu, 2002: p.210)

A ação dessas ONGs, por dentro da instituição de saúde, tende a gerar inúmeros conflitos entre a lógica pública e privada, algumas vezes interferindo na organização do

---

<sup>107</sup> Quando citamos o fato dessas ONGs atuarem no interior das unidades de saúde, estamos nos referindo àquelas organizações que surgiram dentro da unidade de saúde, a partir de necessidades particulares dessas unidades e dos sujeitos envolvidos (usuários, familiares e /ou profissionais), e têm como campo prioritário de ação a própria unidade de saúde.

trabalho, na contratação de profissionais de saúde (mesmo não sendo permitido), na construção/ ampliação dos serviços, entre tantos outros.

Esses conflitos podem demandar a intervenção do assistente social, e esta, por sua vez, deve estar pautada nos princípios originais da reforma sanitária, na publicização da saúde, na democratização, na defesa das políticas públicas, entre outros. Porém, tais requisições institucionais reiteram a racionalidade hegemônica do sistema, em que os interesses privados se sobrepõem aos interesses públicos – como as citadas acima. Assim, do ponto de vista institucional, o profissional pode ser demandado a estimular e reproduzir o voluntarismo e a co-participação dos sujeitos envolvidos na unidade de saúde, na prestação de serviços.

Uma outra expressão das “inovações” na política de saúde é o investimento na ampliação e reestruturação das emergências e urgências no SUS – conforme consta nas diretrizes da política, principalmente no que se refere à ampliação de recursos (PAC). Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Atenção às Urgências pelo Ministério da Saúde, congregando uma série de ações que pretendiam estruturar a atenção às urgências em todos os níveis do sistema. De fato, as emergências e urgências há muito tempo necessitavam de um processo de reorganização e ampliação. No entanto, é preocupante quando ele ocorre de maneira focalizada, fragmentada e sem oferecer condições de atendimento universal efetivo à população.

Como parte dessa lógica, em 2009, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009, que “estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo”, sendo o mais importante deles a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). As UPAs tornaram-se síntese do processo de *emergencialização da vida* na política de saúde, com um incremento de investimentos em unidades de saúde com alto potencial rotativo. Em discurso recente na inauguração de uma UPA, em Pernambuco, o presidente Lula afirmou que o governo pretende implantar 500 UPAs em todo o país. O governo de Pernambuco anunciou que irá implantar um total de 20 e, ao que tudo indica – no caso desse estado – todas serão geridas por OS (Organização Social) ou Fundação Estatal de Direito Privado.

Quando questionamos os assistentes sociais, 38,3% deles informaram que houve ampliação ou criação de pronto-atendimento / emergência na sua unidade de saúde. Destes: 70,2% afirmaram que o Serviço Social compõe a equipe multiprofissional que atua nesse serviço, representando 27,1% dos assistentes sociais entrevistados; e 61,1% afirmaram que o Serviço social integra a equipe de acolhimento, o que significa 22,9% do total.

Muitos assistentes sociais têm sido demandados a atuar em emergências e com o incremento e ampliação desses serviços, certamente, haverá um aumento na requisição de trabalho nesse setor. Em geral, o Serviço Social integra as equipes multiprofissionais de atendimento e/ou acolhimento nas emergências e urgências. A natureza das atividades relacionadas a essas demandas é predominantemente, como já vimos, assistencial/emergencial, organizadas na forma de plantão, caracterizadas pela intensa superexploração do trabalho, dado o agravamento das condições de vida da população, a incapacidade de atendimento de toda a demanda, a falta de recursos institucionais, entre outros.

A política de institucionalização das UPAs e de investimento nas emergências e urgências tem gerado um debate acirrado no interior do sistema. Algumas das análises críticas que se faz é de que o pronto-atendimento deveria estar vinculado às unidades de atenção básica na saúde e não na média e alta complexidade. Da forma como estão sendo estruturadas na política, as UPAs estão ganhando centralidade no sistema e, nesse caso, o pronto-atendimento, em lugar dos primeiros cuidados, está se constituindo unidade estruturante do SUS, o que altera a lógica do sistema no seu marco legal original. (Machado, 2009)

Assim, a *emergencialização da vida* requer o assistente social para amenizar conflitos, atender a população na linha de frente do acolhimento, seguir e reproduzir junto ao usuários as normas e protocolos da reestruturação das emergências e urgências / pronto-atendimentos – inclusive aqueles que são excludentes e aparecem para a população e para o próprio profissional como critérios técnicos, quando muitas vezes são fundados na mercantilização da vida, numa lógica privatista. Para responder a essas requisições, o profissional não precisa refletir muito, as atividades e ações devem ser o mais pragmáticas,

manipulatórias e burocráticas possíveis, perpassadas também pela lógica humanista do acolhimento.

O assistente social comprometido com o projeto de reforma sanitária e com seu projeto profissional crítico, atuando nesse espaços, necessita de uma fundamentação teórico-metodológica rigorosa, de planejar suas ações a partir do conhecimento da realidade e de forma a garantir que, mesmo nas práticas assistenciais/emergenciais, se trabalhe a dimensão político-pedagógica da profissão. Essas são estratégias imprescindíveis para lidar com o extremo pragmatismo dessas ações.

A *ampliação restrita*, como parte do conjunto de alterações implementadas pela contrarreforma na saúde, é expressão maior das contradições desse processo, posto que, ao mesmo tempo em que expande o acesso aos serviços de saúde, as características de sua ampliação beneficiam o mercado privado. Portanto, o modo de ampliação do SUS tem relação direta com as tendências de *privatização* e *assistencialização* da saúde pública, como vimos anteriormente.

Essa ampliação é explícita e tem requisitado a participação do Serviço Social em algumas unidades de saúde, como podemos constatar: 52,3% dos assistentes sociais informaram que houve expansão da instituição de saúde ou ampliação com novos serviços. Dentre estes: 49,5% afirmam que o Serviço Social realiza avaliação da estrutura, da necessidade de pessoal, diagnóstico da instituição e de suas necessidades, discussão de projetos, representando 25,9% dos assistentes sociais; 47,5% afirmam que o Serviço Social participou ativamente do planejamento da expansão dos serviços, representando 24,9% do total de entrevistados; 45,5% responderam que o Serviço Social atuou na capacitação ou formação de profissionais relacionados à expansão, o que significa 23,8% do total; e 37,6% informaram que o Serviço Social assessorou a gestão na expansão dos serviços, representando 19,7% dos entrevistados.

A análise que fazemos aqui é semelhante a que realizamos quando nos referimos à participação do Serviço Social na assessoria da gestão por organização social ou fundação. Neste caso da expansão, a requisição ao Serviço Social de uma participação mais ativa no processo de ampliação do SUS também dependerá do arranjo de forças políticas em disputa

na instituição – inclusive no que se refere aos projetos privatistas, SUS possível e de reforma sanitária – e também das condições técnico-políticas dos assistentes sociais.

Quando a gestão demanda ao assistente social essa participação é porque reconhece nesse profissional aquele que tem melhores condições, por exemplo, de sistematizar as informações referentes às demandas do serviço – pois atende, cotidianamente, às demandas dos usuários não contempladas pelo sistema; ou mesmo, que pode contribuir no planejamento, na discussão sobre a estrutura física de modo a ser mais coerente com as necessidades de atendimento, como também socializando as informações relacionadas à expansão tanto para os usuários quanto para os demais profissionais de saúde, etc. Isto ocorre porque o sistema de saúde requer informações sobre os usuários e também precisa atender às necessidades e demandas deles, mesmo que parcialmente ou de forma a garantir os interesses mercantis.

O profissional de Serviço Social pode e deve ocupar esse espaço, objetivando subsidiar o processo de ampliação com informações que expressem as reais necessidades da população usuária do sistema e estejam fundadas nos princípios e diretrizes do marco legal original do SUS. Neste sentido, a atuação do assistente social nesse processo é muito estratégica na perspectiva da defesa da reforma sanitária e o profissional deve se aproveitar das contradições que essa demanda expressa.

Por fim, entre as denominadas “inovações” e suas requisições ao Serviço Social, analisaremos duas que têm uma relação de reciprocidade maior entre si: o contrato de gestão/contratualização e as metas de atendimento/produtividade:

- 29% dos assistentes sociais afirmaram que na sua unidade de saúde há contrato de gestão/contratualização. Destes: 41% afirmam que o Serviço Social integra comissões multiprofissionais, representando 11,9% do total de assistentes sociais.
- 33% dos assistentes sociais informaram que é exigido do Serviço Social o cumprimento de metas de atendimento ou produtividade. Destes, 73% responderam que têm dificuldade para cumprir as metas, o que representa 24% do total de assistentes sociais entrevistados.

Conforme vimos no capítulo anterior, a contratualização ou contrato de gestão é um instrumento de gestão que vem sendo largamente utilizado no SUS e que se constitui elemento que compõe a tendência mundial de contrarreforma dos Estados. A contratualização está fundamentalmente pautada em metas de atendimento e serviços que devem ser prestados pela unidade de saúde ou gestão. Independentemente da gestão ser de natureza pública ou privada, diversas unidades de saúde vêm assinando contratos de gestão com as secretarias municipais e/ou estaduais e/ou com o próprio Ministério da Saúde. A incorporação desse instrumento de gestão por metas tem impactos para as práticas de saúde desenvolvidas nas unidades, incluindo a prática social do assistente social. Os dados da pesquisa ratificam isso, mesmo que ainda não atinjam a maioria das unidades de saúde.

A gestão por metas repõe o conteúdo produtivista nas práticas de saúde e, neste sentido, a grande meta é o aumento da produtividade: pagando-se pouco ao trabalhador da saúde para ele produzir mais em menor tempo. Esse tem sido um dos sentidos mais predominantes na prática do assistente social nos últimos anos e a contratualização e o estabelecimento de metas só vêm agravar essas condições objetivas da intervenção profissional.

É importante também lembrar que a contratualização e pactuação de metas ocorre também enquanto processo interno na unidade de saúde, pois recaem sobre os trabalhadores da saúde a verdadeira responsabilidade pelo seu cumprimento, mesmo que não tenham participado diretamente do processo de discussão. A lógica produtivista e a racionalidade da empresa capitalista presente no cotidiano do SUS é expressão concreta do processo denominado por Mandel (1985) de *industrialização generalizada universal*, inclusive nos espaços de reprodução social. A racionalidade instrumental transposta da indústria para o Estado reatualiza-se sob as bases da contrarreforma neoliberal, transformando “a interação cotidiana em relações racionais e regulamentadas”. (Antonacci, 1993: p. 29)

Certamente que essa racionalidade tem contribuído para um incremento da precarização das condições de trabalho do assistente social e sua superexploração, como

poderemos também analisar a seguir, tendo em vista o crescimento de demandas e atendimentos, a emergencialização que tem perpassado a sua prática social e o déficit de profissionais, mesmo com a ampliação de contratações.

As requisições provindas de todo esse conjunto de “inovações” gerenciais chegam ao assistente social perpassadas pelo conteúdo da integração, convencimento e adesão, tanto do profissional quanto deste em relação aos usuários e demais profissionais.

Para finalizar nossa análise, importa refletir sobre a avaliação dos assistentes sociais entrevistados acerca das interferências dessas mudanças em sua prática social e sobre os resultados efetivos de sua intervenção profissional.

Ao questionarmos<sup>108</sup> os assistentes sociais sobre como esse modelo e procedimentos de gestão têm interferido na sua prática social, as respostas foram diversas e reveladoras das contradições e tensionamentos presentes no cotidiano da profissão no SUS. Destacamos aqui os grupos de respostas mais referidos<sup>109</sup> com citações dos depoimentos dos próprios entrevistados:

- **Limitações na qualidade dos serviços prestados ao usuário** - 19,8% dos profissionais ressaltaram que as interferências têm sido no sentido de limitar a qualidade dos serviços prestados tanto pelo Serviço Social quanto pela instituição de saúde como um todo, seja por falta de recursos e de estrutura adequada, seja pela fragmentação, porque ferem os princípios do SUS, pelos diversos problemas da rede e de sua organização:

*“O pouco recurso limita a possibilidade de atendimento às demandas trazidas pelo usuário.”*

*“Tem interferido no sentido de dificultar o acesso dos usuários aos serviços e de possibilitar condições de trabalho com falta de materiais.”*

---

<sup>108</sup> Questão aberta, onde o profissional poderia responder livremente.

<sup>109</sup> Quando uma resposta trazia mais de uma questão ou apontamento, a desmembramos e agrupamos com os apontamentos/questões semelhantes.

*“Tem dificultado bastante na medida em que você atende o paciente e não tem alternativas concretas.”*

- **Limitações referentes à intensa precarização e superexploração do trabalho** – 12.5% afirmaram que esse modelo em curso intensifica a superexploração do trabalho, seja pelo déficit de profissionais, seja pela fragilidade dos contratos de trabalho, pela sobrecarga de trabalho, que vêm tornando o trabalho profissional do assistente social extremamente desgastante.

*“Em tempos de apogeu do neoliberalismo e conseqüente impactos nas políticas públicas, o profissional vem vivenciando situações de precarização das condições de trabalho, de falta de viabilização de projetos, dentre outros.”*

*“A portaria do NASF é desumana; são poucos profissionais. A proposta vem desvinculada da unidade de saúde”.*

*“Venho percebendo uma precarização do atendimento, percebo na prática das colegas uma subserviência às exigências profissionais devido ao frágil contrato empregatício (as mesmas são contratadas via ONG).”<sup>110</sup>*

- **Limitações políticas** – 7,3% informaram que as mudanças em curso limitam politicamente a prática social seja pela “falta de diálogo da gestão”, seja pelo “mascaramento de conflitos”, pela “subserviência”, pela “subordinação” e “desmoralização”, pela “cooptação”, pelo conteúdo controlador/manipulador, porque limita a autonomia profissional.

*“Nós ouvimos do secretário de saúde que nós, assistentes sociais (psicólogos também), não somos profissionais essenciais. Há uma desconstrução da proposta da reforma e isso foi uma desmoralização, um desrespeito.”*

---

<sup>110</sup> Alguns depoimentos expressam mais de um elemento significativo. Neste, por exemplo, a entrevistada expõe limitações na qualidade do atendimento, limitações de âmbito político e concernentes à precarização do trabalho, posta no frágil contrato mencionado.

*“A forma controladora e manipuladora, “não dá ouvidos”, provocando o descrédito e o desestímulo, causando futura evasão.”*

*“Redução de gastos com os projetos do Serviço Social; embate político na relação da diretoria com a Divisão de Serviço Social e unidade de saúde sem funcionamento adequado, prejudicando a alta complexidade.”*

- **Aumento exponencial das demandas** – 18,2% dos assistentes sociais afirmaram que esse modelo vem interferindo de forma a aumentar a quantidade de demandas, de atribuições, de atendimentos, sobrecarregando o trabalho e, muitas vezes, impossibilitando o planejamento.

*“Aumentando a demanda. Quanto mais existem dificuldades do serviço, mais aumenta as demandas ao Serviço Social buscando resolutividade. (...) o que implica uma maior intervenção do Serviço Social.”*

*“Tenho sofrido sobrecarga de trabalho devido ao aumento das demandas e à falta de mais assistentes sociais na instituição”.*

*“Com o aumento da demanda tem que priorizar o atendimento e este não consegue ser feito de maneira integral a todos os usuários.”*

- **Criando ou ampliando possibilidades estratégicas de atuação** – 14% dos entrevistados informaram que a interferência se dá de forma a criar ou ampliar as possibilidades de atuação do profissional, seja trabalhando de forma articulada com outros profissionais, com grupos, seja em capacitações, seja pela maior visibilidade profissional, ou pela possibilidade de realizar ações socioeducativas, de mobilização e controle social, etc.

*“Ampliação do setor e desenvolvimento de novos projetos”.*

*“As mudanças vêm para melhorar o atendimento; o Serviço Social está sendo reconhecido na unidade e procurado no momento de pensar as mudanças.”*

*“Possibilita trabalhar as ações socioeducativas, de mobilização, politização e controle social.”*

O crescimento exponencial do quantitativo das demandas e atendimentos do Serviço Social, principalmente relacionadas às demandas não contempladas pelo sistema, como já analisamos anteriormente, tem relação com a tendência de *ampliação restrita*, da *não universalização* e a *ênfase na assistência fragmentada, precarizada e focalizada* da política e com os mecanismos de *contenção da demanda e emergencialização da vida*.

Essa condição tem possibilitado um intenso movimento de precarização e superexploração do trabalho desse profissional que, por sua vez, tem interferido em sua prática social e limitado o escopo de sua ação estratégica, inclusive do ponto de vista político. Tais limites dizem respeito à racionalidade da política – no âmbito das mudanças impetradas na *gestão do trabalho* e dos *novos modelos e instrumentos de gestão* - além do histórico déficit de recursos humanos, sociais e financeiros – denunciando também as condições atuais do Estado e da política social no Brasil.

Neste sentido, Yamamoto afirma ser necessário analisar o trabalho do assistente social

[...] de forma indissociável dos dilemas vividos pelo conjunto dos trabalhadores - e suas lutas – que sofrem perdas decisivas em suas conquistas históricas nesse tempo de prevalência do capital que rende juros, articulado ao grande capital produtivo internacionalizado. (2009: p.371)

Mas, dialeticamente, a racionalidade da contrarreforma tem requerido de alguns profissionais uma participação mais ativa na gestão da unidade, seja assessorando, participando do planejamento, compondo comissões, realizando estudos e diagnósticos institucionais, entre outros. É verdade que essa não é uma realidade para a grande maioria dos assistentes sociais, contudo, não se pode negar que ela exista e que, geralmente, ocorre entre os profissionais que ocupam algum lugar de gerência, coordenação, diretoria, ou os que se especializaram em alguma função de importância para a gestão do sistema.

Além disso, também há sempre a possibilidade dos profissionais, estrategicamente, criarem formas de ultrapassar ou - no caso em que não for possível – atenuarem a preponderância das atividades assistenciais /emergenciais, fazendo uso das contradições da realidade em favor dos interesses do projeto profissional crítico e do projeto de reforma sanitária, conquistando espaços e fomentando ações que tenham maiores potencialidades de interferência na vida dos usuários e na política institucional.

É importante ressaltar que o profissional deve estar atento às contradições da política de saúde que se expressam, inclusive, nas demandas e requisições, compreendendo que as mudanças engendradas pela contrarreforma podem melhorar o atendimento em alguns aspectos – como a ampliação de serviços, a organização do fluxo de atendimento, a possibilidade de escuta dos usuários via ouvidoria – mas também, dialeticamente, instrumentalizam os interesses privados no SUS, seja promovendo a adesão e conformação dos usuários, seja contratando entidades privadas para gerir as unidades de saúde, seja precarizando e assistencializando a política e, com isso, beneficiando o mercado privado, etc.

Ao compreender as contradições e tensionamentos desse cotidiano, sem análises unilaterais, mas procurando reproduzir o movimento de negação e afirmação da realidade, inclusive referente aos diversos projetos em disputa, o profissional de Serviço Social terá maior possibilidade de tensionar os limites de sua prática social e tornar-se agente de defesa da universalização do SUS.

A partir das considerações sobre as interferências da racionalidade na prática social, pedimos que os profissionais avaliassem os resultados efetivos de sua ação profissional. Destacamos os agrupamentos de respostas mais incidentes e alguns depoimentos representativos:

- 28,1% dos assistentes sociais destacaram que os **resultados são limitados** pela condição da política ou se referiram às limitações da ação profissional, como pouca autonomia, fragilidade do trabalho, condições inadequadas de trabalho, etc.:

*“Um serviço que faz diferença, é respeitado, mas a ausência de uma equipe fragiliza os atendimentos e as lutas dentro da unidade.”*

*“Ainda é um atendimento vago por conta da questão da referência e contrarreferência e, principalmente, por conta da falta de respaldo e de condições de trabalho para a resolutividade dos problemas.”*

*“Apesar dos entraves burocráticos e de outros que não cabem ao Serviço Social, a minha prática é eficaz. Se eu não estivesse sobrecarregada com as ações que não cabem ao Serviço Social, poderia ser melhor.”*

- 21,3% informaram que vêm tendo **resultados importantes para os usuários**, seja na garantia e acesso de direito, seja no atendimento de suas demandas, seja na sua mobilização, entre outros:

*“Hoje tem uma comunidade politizada em relação a direitos e deveres e que participa da organização e ações do Centro.”*

*“A permanente discussão com as colegas que fazem parte da equipe, buscando nos manter mobilizadas e atentas para garantir as condições de trabalho. Com relação ao usuário, temos uma população usuária crítica, que busca um serviço de qualidade/ resolutivo e pela nossa atuação busca as instâncias de controle social para manifestar as suas críticas.”*

*“Contribui positivamente no acesso às políticas públicas, numa perspectiva de direito e ampliação da cidadania, através do investimento no potencial político dos usuários.”*

- 12% ressaltaram que a ação profissional tem se caracterizado como uma **prática estratégica e comprometida**, em que há reflexão sobre a prática, melhor qualidade do serviço, planejamento, entre outros:

*“Prestação de um serviço de qualidade, com oportunidade de discutir a prática profissional, passando a ter vez na instituição”.*

*“Resultados positivos, na medida em que traz para a equipe e usuários um novo olhar sobre a profissão e um sentido diferenciado no trabalho interdisciplinar.”*

*“Das questões que eu posso perceber, do modo como entendo a profissão, nós já temos um espaço do Serviço Social, foram redefinidas demandas, abrindo espaço para atuar no nível estratégico.”*

- 7,9% referiram que sua ação profissional tem resultado em **maior espaço e visibilidade do Serviço Social:**

*“Em um melhor reconhecimento da instituição ao trabalho do assistente social e em um melhor entendimento dos usuários sobre o trabalho profissional.”*

*“Positivo: ampliação do quadro de Serviço Social, representação social de que o Serviço Social deve estar nas unidades de saúde e reconhecimento do trabalho.”*

*“Positivo: contribui para melhorar o acesso das pessoas aos serviços, amplia o conhecimento dos outros profissionais em relação ao Serviço Social.”*

As respostas dos profissionais evidenciam as contradições da sua realidade de trabalho. Mesmo que alguns informem os limites postos pela racionalidade da política sobre sua prática, em geral, os profissionais ressaltam que a sua ação profissional tem produzido resultados importantes para os usuários e para o próprio Serviço Social. O depoimento a seguir é bem representativo de um grande número dessas informações:

*“Mesmo com todas as limitações que a instituição e a rede socioassistencial impõem à viabilização da prática, procuro me esforçar para atender da melhor forma possível as demandas postas no dia a dia de meu trabalho”.*

De fato, acreditamos que muitos dos usuários do SUS têm conseguido acesso ao sistema e aos direitos sociais através da atuação do assistente social. No entanto, fazemos aqui uma reflexão sobre a amplitude e as limitações dessas ações, se circunscritas preponderantemente às respostas a demandas de natureza assistencial/emergencial, principalmente relacionadas ao plantão, com pouco espaço para as atividades e demandas de outra natureza.

Nesses tipos de atendimento caso a caso, bem característicos das demandas assistenciais/emergenciais, os resultados das ações profissionais podem, conforme afirma

Vasconcelos (2008), ao invés de humanizar as relações sociais, humanizar o instante como um fim em si mesmo e, sendo assim, contribuir para a conformação do usuário.

Assim, não estamos negando a importância da garantia do acesso do usuário aos serviços de saúde, conforme os preceitos do marco legal original do SUS. Muito pelo contrário, estamos propondo a reflexão e elaboração de proposições que alterem a lógica de dupla responsabilização individual - do usuário e do profissional.

Daí a importância de analisar, planejar, fazer uso da dimensão político-pedagógica – mesmo mais restrita – dessas ações, como também de repensar as formas de organização da prática social na saúde, tensionando os limites postos pela realidade. Afinal, apesar de compreendermos que o lugar da profissão, suas demandas e as ações desenvolvidas têm relação direta com a racionalidade da contrarreforma na política de saúde, colando-se como limites de sua prática social, também entendemos que o assistente social, seja individualmente, seja coletivamente, pode tensionar esses limites e modificá-los no âmbito institucional.

É importante também considerar as demais naturezas de demandas e requisições vinculadas à racionalidade hegemônica, conforme analisamos neste capítulo, desvelando as suas necessidades e fazendo uso estratégico de suas contradições, sem sucumbir ao tecnicismo e à emergencialização.

Ao final deste capítulo, elucidamos um conjunto de requisições e demandas objeto de intervenção do assistente social no SUS que se relacionam umbilicalmente com o arsenal de estratégias, mecanismos, eixos e fundamentos da racionalidade da contrarreforma na saúde. Demandas essas que podem ser agrupadas fundamentalmente nas áreas assistencial, político-pedagógica e técnica.

Todas elas, desde as mais assistenciais/emergenciais até as de âmbito mais técnico compõem uma mesma racionalidade e são produtos históricos dela. Todavia, essa racionalidade, como analisamos no capítulo inicial desta tese, não é exclusiva e sofre as inflexões da resistência e da luta contra-hegemônica das classes antagônicas a seu projeto. O projeto profissional crítico e, estrategicamente, o projeto de reforma sanitária, nos seus respectivos espaços de ação, vinculam-se a essa luta contra-hegemônica.

Faz-se necessário realizar, segundo Lamamoto, uma apropriação das “demandas potenciais que se abrem historicamente à profissão no curso da realidade”. (2009: p. 344) Assim, identificar nas requisições e práticas que têm um maior potencial político-pedagógico possibilidades mais ampliadas de defesa dos projetos de reforma sanitária e profissional crítico. Esse processo de apropriação deve, sobretudo, levar em consideração as contradições do cotidiano do SUS e de sua racionalidade, fazendo uso também do conhecimento técnico nela fundado, mas de forma a instrumentalizar os interesses das classes trabalhadoras, fomentando e propondo a criação de mecanismos e fluxos institucionais que venham ao encontro desses interesses.

Tais estratégias, por se colocarem no enfrentamento de tendências universais, devem também se pautar em uma estruturação coletiva, seja na articulação com entidades/associações de usuários, seja com sindicatos de trabalhadores da saúde ou mesmo com outros profissionais no espaço de trabalho, seja junto com às entidades organizativas da categoria profissional, como ocorreu recentemente, no processo de elaboração dos parâmetros de atuação na saúde, organizados pelo conjunto CFESS/CRESS.

Apesar de todos os obstáculos que se colocam hoje no âmbito da política social, neste estágio do capitalismo, e compreendendo que a tarefa é cada vez mais difícil, a realidade permanece como campo de movimento e contradição imanentes e todos aqueles que se colocam em favor da emancipação humana detêm a árdua e corajosa função de, conforme um dia afirmou Netto (1996), “remar contra a maré”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso que realizamos na presente tese, desde a discussão da racionalidade instrumentalizada no Estado burguês às particularidades da racionalidade hegemônica na política de saúde e seus impactos e demandas ao Serviço Social, possibilitou-nos apreender múltiplas tendências, mediações e sínteses sobre a prática social do assistente social na saúde na atualidade.

A política social e, dentre esta, a política de saúde consiste em campo de disputa de racionalidades vinculadas a projetos societários de classe em luta pela hegemonia. Historicamente, o acesso dos trabalhadores à política de saúde ocorreu de forma fragmentada e focalizada em determinados segmentos da classe trabalhadora, desde os anos 1923, com a constituição das CAPS até a promulgação da Constituição de 1988 que instituiu o SUS e com ele o acesso universal ao direito à saúde.

A política de saúde, até então, estruturava-se com base na racionalidade instrumental burguesa, fundamentada em preceitos formais abstratos que fracionavam e fragmentavam as expressões da questão social e suas modalidades de intervenção via políticas sociais, incorporando os conteúdos da burocracia weberiana e da racionalidade da indústria capitalista.

A racionalidade contra-hegemônica do movimento de reforma sanitária com um viés político-emancipatório propunha-se romper com a lógica assistencial, curativa, hospitalocêntrica, centrada no indivíduo e tecnicista da racionalidade instrumental que se particularizava na política de saúde. No entanto, mal o SUS dava os primeiros passos para sua implementação, tem-se início o processo de contrarreforma do Estado pautado no ideário neoliberal, que reatualiza a racionalidade instrumental na luta pela hegemonia.

As necessidades sociais da contrarreforma encontram a sua origem no conjunto de respostas do capital à crise instaurada a partir dos anos 1970, que tem, na mundialização financeira e na supercapitalização dos serviços sociais, importantíssimos elementos para o investimento e maximização da lucratividade do capital. Os serviços e produtos relacionados à área de saúde tornam-se importante área de investimento.

Para ampliar a inserção do grande capital nessa área, a racionalidade instrumental, reatualizada pelos preceitos neoliberais, mobiliza um verdadeiro arsenal de ideias, fundamentos e justificativas que são apresentados como de natureza técnica e/ou como continuidade da reforma sanitária. No entanto, pelo contrário, engendram uma série de mecanismos e tendências que se contrapõem à racionalidade político-emancipatória do projeto de reforma sanitária.

As particularidades da contrarreforma na saúde expressam a importância e politização dessa política social, sendo necessário todo um conjunto racional de fundamentos e mecanismos que incorporam parcialmente os princípios originais do SUS, retirando-lhes a radicalidade e instrumentalizando-os de acordo com os interesses do grande capital, configurando-se, assim, um processo de refuncionalização desses princípios.

Outra importante estratégia utilizada nesse processo tem sido o transformismo de diversas lideranças do movimento de reforma sanitária, inclusive de acadêmicos. Tal fato denuncia o importante papel dos intelectuais na formulação dos fundamentos racionais que estruturam e ao mesmo tempo legitimam as mudanças implementadas pelo movimento de ajuste.

Os eixos centrais dessa racionalidade têm se estruturado em **saúde e desenvolvimento** – integrando a política de saúde no modelo de desenvolvimento e crescimento do governo Lula, com abertura da saúde para instituição de parcerias público – privadas; **redefinição do público estatal**, através da formulação e apresentação do projeto das fundações estatais de direito privado que entroniza no âmbito da gestão da saúde a privatização institucionalizada; e os **novos modelos e instrumentos de gestão**, com proposições que defendem a tecnificação da gestão como solução para os problemas e contradições do SUS, pautados também e principalmente em mudanças na gestão do trabalho. Tais eixos e seus mecanismos engendram uma série de tendências no interior do sistema configuradas em: tecnificação da política de saúde; ampliação restrita do sistema; ênfase numa assistência precária, fragmentada e focalizada; privatização e mercantilização da saúde pública; precarização e superexploração do trabalho; promoção da saúde restrita; tensionamento dos espaços de participação social.

Todo esse conjunto racional que expressa e fundamenta os interesses dos projetos burgueses – organizados na saúde em torno dos projetos privatista e SUS possível – tem impactado a prática social do assistente social na saúde pública de forma a ampliar a complexidade das problemáticas cotidianas que se lhe apresentam.

A primeira ordem de impactos diz respeito à sua condição de trabalhador assalariado:

- figura a ampliação de contratação dessa categoria profissional no SUS, com fortes traços de superexploração e precarização do trabalho. Esse processo de expansão da profissão revela as contradições intrínsecas à política de saúde nesse momento histórico de ajuste estrutural do Estado capitalista: aumenta-se sua contratação devido ao crescimento exponencial de demandas aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, mas, principalmente, na média e alta complexidade. No entanto, essa ampliação dos quadros do Serviço Social é limitada pelo próprio conteúdo da política e de sua racionalidade hegemônica, de forma que mesmo aumentando o número desses profissionais no SUS, o déficit de assistentes sociais persiste.
- a superexploração e precarização das condições de trabalho situam-se como importantes elementos em interface com o mecanismo de *contenção da demanda e emergencialização*. Na verdade, contribui decisivamente para imprimir, ainda mais, um conteúdo emergencial, pragmático e imediato à prática do assistente social; o que constitui um ciclo perverso em que as tendências e mecanismos da racionalidade hegemônica possibilitam a superexploração e precarização do trabalho e essas condições de trabalho acentuam ainda mais o perfil emergencial das ações e atividades profissionais. Além disso, um dos importantes fundamentos da racionalidade da contrarreforma tem sido a *reestruturação da gestão do trabalho* e, sendo assim, é com base no aumento da produtividade do trabalho e de sua superexploração no âmbito da saúde pública que se estrutura grande parte das proposições sobre melhoria na qualidade dos serviços prestados à população usuária sob os novos modelos de gestão.

Uma segunda ordem de impactos refere-se ao lugar que a profissão tem ocupado preponderantemente no SUS: a assistência direta aos usuários, principalmente na média e alta complexidade, com um conteúdo predominantemente assistencial/ emergencial. Mesmo tendo incorporado ao longo de sua trajetória histórica outras competências que extrapolam a assistência propriamente dita, o assistente social tem sido comumente requisitado a priorizar o espaço da assistência numa política cujo conteúdo assistencial, fragmentado, precarizado e focalizado tem sido uma de suas tendências mais presentes.

Porém, a nossa análise não deve nem pode recair na simples afirmação de que o assistente social, hoje, faz no SUS mais do mesmo que fazia antes. A partir dos dados das entrevistas realizadas e das análises sobre a racionalidade da contrarreforma na saúde, desvelamos que o conteúdo emergencial que perpassa a prática social do assistente social é uma tendência historicamente construída que tem um sentido concreto que também relaciona-se com as respostas da profissão no espaço da saúde pública, mas, principalmente, advém da racionalidade hegemônica no Estado brasileiro, particularizada na política de saúde em seus diversos mecanismos, eixos, fundamentos e tendências materializados no SUS.

A sensação permanente de emergência das demandas, da necessidade de respostas imediatas, tendo em vista que delas dependem inclusive a vida de usuários, não tem sido um fenômeno específico ou exclusivo do cotidiano profissional do assistente social que atua no SUS, posto que perpassa grande parte do processo coletivo de trabalho em saúde.

Contudo, essa tendência no âmbito do Serviço Social acentua características históricas e antigas práticas, mas desta vez no interior de um sistema que tem como princípios centrais a universalidade do acesso, a igualdade, a integralidade, a intersetorialidade, a resolutividade, a participação social, entre outros. Essa nova situação ocorre 20 anos após a institucionalização do SUS, isto é, num sistema de saúde consolidado, cuja concretização é permanente afirmação e negação de seus próprios postulados legais originais.

A preponderância das demandas assistenciais/emergenciais – configuradas para grande parte dos assistentes sociais entrevistados na forma de plantão, com alta incidência

de atendimento de demandas não contempladas pelo sistema - vincula-se a duas importantes tendências que incluem e ultrapassam a política de saúde:

- a pobreza e a desigualdade social históricas na sociedade brasileira, acentuadas ao longo de duas décadas de contrarreforma, cujas políticas sociais, mesmo que minorando, não conseguem reverter efetivamente a dívida social de nosso país. Além disso, o modo de vida capitalista e sua lógica destrutiva vem possibilitando o aumento da violência urbana e a não redistribuição efetiva da riqueza social produzida na forma de bens e serviços;
- os limites e contradições da política de saúde e de sua racionalidade em que predomina a assistência precarizada, fragmentada e focalizada na pobreza, cujas estratégias de prevenção e promoção social na atenção básica são restritas diante do escopo da dívida social brasileira.

O escoadouro de todo esse processo, no qual materializam-se os desgastes, riscos e agravos à saúde relacionados aos determinantes sociais, tem sido o SUS, particularmente os seus serviços de média e alta complexidade. É justamente aqui onde está inserido o Serviço Social, demandado a atender fundamentalmente as demandas não contempladas nem pelo SUS nem pelo aparato das políticas sociais brasileiras. Tais demandas, que deveriam ser absolvidas institucionalmente pela política, tornaram-se uma atividade do Serviço Social – responsabilizando o profissional e o usuário.

É no espaço das ações emergenciais – principalmente quando ocorre nas emergências/urgências e pronto-atendimentos - onde o irracionalismo se faz mais presente. Mas até mesmo o irracionalismo tem uma razão de ser: qualquer profissional que reflita mais profundamente e criticamente sobre esse cotidiano de trabalho é capaz de desvelar o potencial destrutivo das tendências do capitalismo contemporâneo, em que, à custa do adoecimento e da morte de milhares, se acumula cada vez mais. Assim, essa política, em seu reverso, revela a profunda desigualdade de nossa sociedade e sua racionalidade vem requisitando do assistente social práticas sociais que contenham, passivizem, conformem e estimulem a adesão às mudanças implementadas.

A lógica da racionalidade hegemônica – dada a emergencialização da vida e o pragmatismo das ações – tende a exercer sobre esses indivíduos uma conformação e contenção de movimentos contestatórios em relação à política e ao Estado.

Contudo, as demandas da racionalidade da contrarreforma na saúde ao assistente social não se restringem exclusivamente às assistenciais e emergenciais. As demais naturezas de demandas e requisições persistem, em geral, de forma minimizada no cotidiano profissional. Mas, para um número reduzido de profissionais elas vão ganhar centralidade e, esses casos, geralmente, referem-se aos que atuam mais diretamente na gestão ou assessoria à gestão, ou mesmo em alguma função especializada.

A partir da análise realizada, podemos identificar as grandes áreas em que se situam as demandas ao Serviço Social na saúde reatualizadas de acordo com os fundamentos e mecanismos da contrarreforma:

1. demandas que se referem mais diretamente à tendência de predomínio da assistência fragmentada, precarizada e focalizada da política e à *emergencialização da vida e contenção da demanda*, fundamentalmente de natureza assistencial/emergencial. Ocorrem seja na atuação direta em emergências e urgências, seja em plantões de Serviço Social, ou mesmo qualquer ação/atividade que se caracterize como assistencial ou de âmbito imediato/emergencial, incluindo a atenção básica. Elas são as predominantes no Serviço Social e, dado ao seu crescimento exponencial, vêm limitando de forma preocupante a amplitude das ações profissionais;
2. demandas relacionadas à *tecnificação/assessoria à gestão*: quando o profissional é requisitado de diversas formas para assessorar, contribuir com o planejamento, com a definição de metas e/ou de normatizações; realizar estudos de demandas e serviços no interior da unidade de saúde, a capacitar de acordo com as novas regras/normatizações, contratualizações; trabalhar na pactuação interna e/ou externa, enfim, toda a ação que envolva a atuação direta ou indireta do profissional para contribuir com a implementação das “*inovações*” técnicas/tecnológicas no âmbito da gestão;
3. demandas socioeducativas e politizadoras que reproduzam a racionalidade hegemônica do sistema, num processo que reproduz a repolitização conforme concebida na racionalidade da contrarreforma, com o objetivo de apaziguar conflitos, difundir um modo de vida relacionado ao “*possibilismo*”, sem lutas sociais e sem direitos garantidos, flexibilizando-se os direitos da saúde e os direitos sociais como um todo, estimulando,

direta ou indiretamente, a adesão, o consenso e o consentimento em torno das mudanças implementadas.

Todas essas requisições chegam ao Serviço Social com um conteúdo travestido de defesa da saúde pública, da *modernização do SUS* e aprofundamento da reforma sanitária, conforme o ideário dos projetos *SUS possível* e *privatista*. Ambos os projetos terminam integrando um mesmo grande bloco de interesses e racionalidades, ainda que não homogêneo; enquanto o primeiro se aproxima das influências da Terceira Via que procura tornar mais digerível a proposta da contrarreforma, sendo os seus defensores antigas lideranças dos trabalhadores; o segundo, caracteriza-se pela defesa das propostas neoliberais conforme a sua primeira fase de implementação. Esse grande tensionamento no SUS e as suas diversas e sutis formas de expressão exigem cada vez mais do assistente social um grande arsenal teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

O Serviço Social vem encontrando sérias dificuldades de ultrapassar com essa lógica, tendo em vista tratar-se de uma tendência universal que atende a interesses e necessidades da mercantilização dos serviços de saúde e maximização das formas e meios de lucratividade nessa área. Desse modo, as estratégias de tensionamento devem ser, sobretudo, coletivas, associadas à instrumentalização do projeto profissional crítico e seus fundamentos e princípios.

No entanto, é importante considerar que a política de saúde é campo de tensões de projetos e contradições e, ao contrário do que prega o ideário pós-moderno, a história não acabou. Para os usuários atendidos individualmente nas ações assistenciais/emergenciais, a atuação do Serviço Social pode ser importante na garantia dos seus direitos sociais, mas é necessário ampliar as potencialidades e possibilidades dessa ação estratégica, conferindo-lhe conscientemente um conteúdo político-pedagógico.

Neste sentido, faz-se necessário estimular e fomentar canais e meios institucionais de acesso dos usuários aos serviços de saúde e direitos, sem que para isso seja necessária a solução de exceção ou solução possível. Assim, importa tensionar e questionar a norma, o fluxo, a rotina que não dá conta das contradições da realidade, mas também incentivar o questionamento por parte dos próprios usuários, inclusive quando os obstáculos ao acesso ultrapassam o âmbito da norma institucional, configurando-se como estruturais ao sistema.

Diante de uma racionalidade que fica entre o extremo racionalismo do burocratismo e tecnicismo e o extremo irracionalismo do caos social e da emergencialização, o melhor arsenal é o da rigorosa apropriação da razão dialética; razão esta que é capaz de revelar que:

- na atualidade, a hegemonia dessa racionalidade na saúde é campo fértil para o ressurgimento mais contumaz das práticas tecnicistas e psicologizantes, travestidas de novas e vinculadas às atuais necessidades sociais. Nada mais útil ao capitalismo e, precisamente, ao Brasil, do que velhas práticas que se mostram como inteiramente modernas.
- o lugar do Serviço Social e sua prática social, de acordo com as requisições da racionalidade da contrarreforma, expressam o sentido da política de saúde hoje: espaço de profunda mercantilização e direito cujo acesso se dá ou por uma política pública emergencial e precária ou pelo mercado privado, desvelando também o modelo de desenvolvimento do Estado brasileiro em sua dupla face – para os ricos e para os pobres.
- a realidade é movimento permanente e, mesmo os limites da prática social do Serviço Social podem ser tensionados, o que requer também um comprometimento ético-político e técnico-operativo para priorizar outras naturezas de demandas que tenham mais amplitude estratégica de ação, conforme o projeto profissional crítico.
- o SUS, segundo os seus princípios originais, deve ser apropriado pelos profissionais de Serviço Social como bandeira de luta cotidiana em articulação com outros profissionais e trabalhadores da saúde, bem como com as entidades representativas dos usuários e as instâncias do controle social.

Sendo assim, conforme o velho Marx um dia afirmou, “o homem faz a sua história em condições determinadas”. O assistente social, ao compreender as condições determinadas para o Serviço Social na saúde pública, hoje, pode desenvolver sua prática social com mais consciência e capacidade de escolha – potencializando a sua capacidade teleológica. Ao fazer isso, ainda segundo Marx, não estará rompendo com essas determinações e seus limites - pois isto só o pode fazer coletivamente, na luta de classes – mas estará tensionando esses limites e ampliando estrategicamente e dialeticamente as suas possibilidades de mudança.

Por fim, na presente tese, não pretendíamos nem poderíamos dar conta de todas as mediações e relações entre o processo de contrarreforma na saúde, sua racionalidade e seus impactos no Serviço Social. Mas objetivávamos reproduzir, no âmbito do pensamento científico, uma aproximação da essência dessas relações e mediações de forma a contribuir não só com a análise da profissão, hoje, mas também com a reflexão sobre a sua prática social cotidiana no interior do Sistema Único de Saúde. Com isso, este trabalho busca constituir-se também em instrumento dessa prática, contribuindo com a luta cotidiana no campo de tensões da política de saúde brasileira.

A partir daqui, muitas outras indagações e elementos surgiram e podem ser trabalhados posteriormente, como: as particularidades regionais desse processo; o aprofundamento da discussão sobre a dimensão político-pedagógica da prática social na saúde; a relação entre teleologia e causalidade na prática do Serviço Social a partir da análise do planejamento como ação instrumentalizadora do projeto profissional crítico, aprofundar o estudo das demandas ao Serviço Social em unidades de saúde geridas por Organizações Sociais, ou Fundações, etc., entre outros.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. ***Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional***. São Paulo: Cortez, 2002.

AMARAL, Ângela Santana do. ***Qualificação, sociedade civil e desidentidade de classe: os desafios para o sindicalismo***. In: Outubro. Revista do Instituto de Estudos Socialistas, nº 5. São Paulo: Xamã, 2001.

\_\_\_\_\_. ***Qualificação dos trabalhadores e estratégia de hegemonia: o embate de projetos classistas***. 325 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFPE, Recife, PE, 2005. (mimeo)

ANTONACCI, Maria Antonieta Martinez. ***A vitória da razão (?) O IDORT e a sociedade paulista***. São Paulo: Marco Zero, 1993.

BAHIA, Lígia. ***A démarche do privado e do público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008***. In: MATTA, G. e LIMA, J. (orgs). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BANCO MUNDIAL. ***Estratégia de Assistência ao País (2003-2008)***. Banco Mundial, 2003.

\_\_\_\_\_. Relatório: ***Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro - Fortalecendo a Qualidade dos Investimentos Públicos e da Gestão de Recursos***. Banco Mundial, 2007.

BEHRING, Elaine R. ***Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos***. São Paulo, Cortez, 2003.

BENSAID, Daniel. *Teoremas da resistência para o tempo presente*. São Paulo: Boitempo, 2008.

BRAGA, Ruy. *A restauração do capital: um estudo sobre a crise contemporânea*. São Paulo, Xamã, 1996.

BRASIL. *Constituição Federal*. Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_ *Projeto de Lei Complementar 92 / 2007*: regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, parte final, para definir as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de junho de 2007.

\_\_\_\_\_ *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_ *Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_ *Emenda Constitucional 29 de 13 de setembro de 2000*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Poder Executivo, Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_ Ministério do Planejamento. Ministério da Saúde. **Fundação Estatal**: metas, gestão profissional e direitos preservados – informações sobre o projeto de lei complementar enviado ao Congresso Nacional pelo governo federal. Brasília, Ministério do Planejamento; Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Plano Mais Saúde**: direito de todos, 2008-2011. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Portaria 545/1993. Norma Operacional Básica – SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 20 de maio de 1993.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Portaria 2203/1996. Norma Operacional Básica – SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 6 de novembro de 1996.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Banco de Dados Gerencial do Departamento de Ciência e Tecnologia. Notas Técnicas. Datasus. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/bdg/pfdescr.htm>. Acesso em 03 de fevereiro de 2010.

BRAZ, Marcelo. **O PAC e o Serviço Social: crescimento para quê e para quem? Os setenta anos da profissão e os seus desafios conjunturais**. In: Serviço Social e Sociedade, nº 91. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, et al (orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. In: Revista Temporalis, nº 13. ABEPSS. São Luís: UFMA, 2007

BEHRING, Elaine e BOSCHETT, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública**. In: Serviço Social e Sociedade. Nº 87. Cortez, 2006.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA. **La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad**. Montevideo, Uruguai. Nações Unidas, 2006.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL/RJ. **O Serviço Social em Hospitais: orientações básicas**. 2ª Ed. Janeiro/2008.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. Brasília, nov. 2009 .

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN)**. Recife: UFPE (Dissertação de Mestrado) 1998, (mimeo).

\_\_\_\_\_. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, et al (orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, Nilson Rosário. **Reforma do Estado e o setor saúde: a experiência brasileira da última década.** In: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Caderno, nº 11. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. **O estruturalismo e a miséria da razão.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972.

DERENGOWSKI, Maria da Graça. **Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes In Regulação e Saúde vol 3: documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003.** Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2004.

DIAS, Edmundo Fernandes. **A liberdade (im)possível na ordem do capital: reestruturação produtiva e passivização.** Campinas: IFCH/UNICAMP, 1997.

\_\_\_\_\_. **Política Brasileira: embate de projetos hegemônicos.** São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2006.

ELIAS, Paulo. **Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil;** Pós-fácio II In: COHN, Amélia & ELIAS, Paulo. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, CEDEC, 1999.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil. Ensaio de interpretação sociológica.** 3ª Ed., Rio de Janeiro: Ed Guanabara, 1987

FONTES, Virgínia. **Equidade, ética e direito à saúde: desafios à saúde coletiva na mundialização.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) Estudos de politécnica e saúde: v. 2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

FONTANA, Benedetto. **Hegemonia e nova ordem mundial.** In: COUTINHO, Carlos Nelson e TEIXEIRA, Andréa de Paula. Ler Gramsci, entender a realidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Tecnologia.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

GONÇALVES, Reinaldo. **PAC: desaceleração do crescimento e vulnerabilidade externa.** Disponível em: <[www.conlutas.org.br](http://www.conlutas.org.br)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

GRAMSCI, Antônio. **Maquiavel, a política e o Estado moderno.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

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

\_\_\_\_\_. **Fundações estatais: projeto de estado do capital** In: BRAVO, Maria et al (org) *Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.* Rio de Janeiro, 2008, Adufrj.

\_\_\_\_\_. **Para uma interpretação marxista da previdência privada.** Rio de Janeiro, Tese de doutorado – Serviço Social UFRJ, 2006.

GIDDENS, Anthony. **Conversas com Anthony Giddens: o sentido da modernidade.** Rio de Janeiro: FGV, 2000.

GUERRA, Yolanda. ***A instrumentalidade do Serviço Social***. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. ***O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamentos das condições contemporâneas da prática profissional***. In: Serviço Social e Sociedade, nº 91. São Paulo: Cortez, 2007.

HOLLOWAY, John. ***Fundamentos teóricos para una crítica marxista de la Administración Pública***. Ciudad de México: Ediciones del Instituto Nacional de Administración Pública, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. ***Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social***. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. ***Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social***. In: CFESS/ABEPSS (org). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília-DF: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda e CARVALHO, Raul de. ***Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica***. São Paulo: Cortez, 1986.

LOWY, Michael. ***A teoria do desenvolvimento desigual e combinado***. In: Revista Outubro. Nº 1. São Paulo: Xamã, 2000.

LAURELL, Asa C. ***Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo***. In: LAURELL, Asa C (org.). Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1995.

LUCKACS, Georg. ***El asalto a la razón***. Barcelona: Ediciones Grijalbo, 1976.

MACHADO, Kátia. ***Novidade no SUS: Unidades de Pronto Atendimento***. In: Revista RADIS, nº 83. Rio de Janeiro: Fiocruz, julho/1999

MACHADO, Gilson. 2009. ***O financiamento federal da saúde: A emenda constitucional 29 e sua contextualização.*** Disponível em: <[HTTP://www.idisa.org.br](http://www.idisa.org.br)> Acesso em 02 fev. 2010.

MARANHÃO, César H. ***O “novo” ciclo ideológico do desenvolvimento: a reconstrução do projeto político burguês e as estratégias de desenvolvimento econômico e social no Brasil.*** Tese (Doutorado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFPE, Recife, PE, 2009. (mimeo)

MARX, Karl. ***Manuscritos econômicos-filosóficos.*** São Paulo: Martin Claret, 2001.

\_\_\_\_\_. ***A Ideologia alemã.*** São Paulo: Boitempo, 2007.

MANDEL, Ernest. ***O capitalismo tardio.*** 2ª Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ***Banco de dados DATASUS.*** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. ***Painel de indicadores do SUS.*** Ano I, no 1, 2006. Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. ***Painel de Indicadores do SUS, nº 4, Temático “Saúde da Família”.*** Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. ***Plano Mais Saúde: direito de todos 2008-2011.*** Ministério da Saúde, Agosto de 2008.

\_\_\_\_\_. ***Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990).*** Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. ***Gastos da União com Ações e Serviços Públicos de Saúde (2007-2008).*** Ministério da Saúde, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. ***Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90.*** 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. ***O fetiche da Assistência Social: um debate necessário.*** In: MOTA, Ana Elizabete (org.). O mito da assistência social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social In MOTA, Ana Elizabete (org) ***A nova fábrica de consensos.*** São Paulo, Cortez, 1998.

MORAIS, Heloísa & LIMA, Luci. ***O SUS e a privatização do sistema de saúde*** In: Anais da Faculdade de Medicina da UFPE. Recife, UFPE, 1999.

MOTA, Ana Elizabete e AMARAL, Angela 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. São Paulo: Cortez, 1998.

MONTAÑO, Carlos. ***El debate metodológico de los '80/90. El enfoque ontológico versus el abordaje epistemológicos.*** In: BORGIANN e MONTANO (orgs). Metodologia y Servicio Social: hoy em debate. São Paulo: Cortez, 2000

MARTINS, André Silva & LIMA, Kátia Regina de Souza. ***Pressupostos, princípios e estratégias.*** IN: NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A nova pedagogia da hegemonia. São Paulo: Xamã, 2005.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). ***A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso.*** São Paulo: Xamã, 2005.

NETTO, José Paulo. **Notas para uma discussão da sistematização da prática e teoria em Serviço Social**. In: Cadernos ABESS, nº 3. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. In: Serviço Social e Sociedade, nº 50. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **Notas sobre a reestruturação do Estado e a emergência de novas formas de participação da sociedade civil**. In BOSCHETTI, Ivanete (org). Política social: alternativas ao neoliberalismo. Programa de pós-graduação em Política Social, Dept. Serviço Social, 2004.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. **Das ameaças à crise**. In: Revista Inscrita. CFESS. Ano VII, nº X. Brasília: CFESS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Desigualdade, pobreza e Serviço Social**. In: Revista Em Pauta. Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Nº 19. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2007.

OLIVEIRA, Francisco de. **Globalização e antivalor: uma antiintrodução ao antivalor**. In: FREITAS, Marcos Cezar (org.). A reinvenção do futuro. São Paulo: Cortez, 1996.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **Modelos de atenção e vigilância da saúde**. In: ROUQUAYROL, Maria & ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

PEREIRA, Bresser. **Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional.** São Paulo, Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

PORTO, Silvia; SANTOS, Isabela; UGÁ, Marta. **A utilização de serviços de saúde por sistemas de financiamento.** In: Revista Ciência e Saúde Coletiva, nº 11 (04). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PONTES, Nobre Reinaldo. **Mediação e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2000.

REZENDE, Conceição. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal.** In: BRAVO, Maria et al (org). Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro, 2008, Adufrj.

RIZZOTTO, Ma. Lúcia F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90.** (Tese de Doutorado). Campinas, UNICAMP, 2000. (mimeo)

RODRIGUES, Mavi. **Assistencialização da seguridade e do Serviço Social no Rio de Janeiro: notas críticas de um retrocesso.** In: Serviço Social e Sociedade, nº 91. São Paulo: Cortez, 2007.

ROSA, Eugénio. **Uma nova política econômica: ao serviço das pessoas e de Portugal.** Lisboa: Caminho Nosso Mundo, 2006.

SCOREL, Sarah e BLOCH, Renata Arruda. **As Conferências Nacionais de saúde na construção do SUS.** In: SUÁRES et all (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005

SOARES, Raquel. **A contra-reforma do Estado e o endividamento externo.** In: UCHOA, Roberta e VIEIRA, Ana Cristina. Em discussão: desenvolvimento social na economia globalizada. Recife: Ed Universitária da UFPE, 2007.

TEIXEIRA, S. **As ciências sociais em saúde no Brasil**. In: NUNES, E.D. (org). As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas. Brasília: OPAS, 1985

TONET, Ivo. **Modernidade, pós-modernidade e razão**. In: TEMPORALIS. ABEPSS. Nº 10. Recife: Ed Universitária UFPE, 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Cláudia. **Novo hospital veta paciente**. Disponível em: <<http://www.cremepe.org.br>>. Acesso em: 21 mar. 2010.

VÁSQUEZ, Adolfo Sánchez. **Filosofia da práxis**. 1ª Ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, Brasil, 2007.

VIANA, Ana Luiza & FAUSTO, Márcia Cristina. **Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência**. In VIANA, Ana Luiza et al(org) Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo, Ed. Hucitec, 2005.

WOOD, Ellen Meiksins. **Democracia contra capitalismo: a renovação do materialismo histórico**. São Paulo: Boitempo, 2003.

\_\_\_\_\_. **Direitos sociais num mundo desigual e globalizado**. Informe oral na 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, Salvador, Bahia, 16 a 19 de agosto de 2008. Realização: CFESS, CRESS 5ª Região.

# **ANEXO**

**PESQUISA: A CONTRA-REFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE E O SUS HOJE:  
impactos e demandas ao Serviço Social**

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Doutoranda Raquel Soares**

**OBJETIVO:** Analisar os impactos e mecanismos estratégicos da racionalidade hegemônica do SUS sobre as práticas sociais do assistente social que se expressam sob a forma de demandas/requisições objetos da intervenção profissional na saúde pública.

**FORMULÁRIO DE ENTREVISTA**

Entrevista No \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_  
Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Identificação**

- 1) Idade: ( ) 1. 20-30 anos ( ) 2. 31-41 anos ( ) 3. 42-52 anos  
( ) 4. 53-63 anos ( ) 5. 64 ou mais
- 2) Tempo de conclusão da graduação: \_\_\_\_\_ anos
- 3) Formação profissional: ( ) 1.graduação ( ) 2.especialização na área e afins  
( ) 3.mestrado na área e afins ( ) 4.doutorado na área e afins
- 4) Tempo de serviço na unidade de saúde: \_\_\_\_\_anos
- 5) Admissão : ( ) 1.concurso público ( ) 2.seleção ( ) 3.indicação  
( ) 4.desvio de função ( ) 5.outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- 6) Tipo de contrato: ( ) 1.CLT por tempo indeterminado ( ) 4.terceirizado/ prestador de serviços  
( ) 2.CLT por tempo determinado ( ) 5.Estatutário  
( ) 3.cooperativa ( ) 6.outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**Perfil da unidade de saúde**

- 7) Gestão: ( ) 1.estadual ( ) 2.municipal ( ) 3.filantrópico conveniado ( ) 4. federal
- 8) Nível de atenção: ( ) 1.básica (primária) ( ) 2.média complexidade (secundária)  
( ) 3.alta complexidade (terciária)

**Serviço Social**

- 1) Quantidade de assistentes sociais na unidade de saúde: \_\_\_\_\_
- 2) Na sua avaliação, existe déficit de assistentes sociais na unidade? ( ) 1.Sim ( ) 2.Não
- 3) Nos últimos 8 anos, o número de assistentes sociais na sua unidade de saúde:  
( ) 1.Permanece o mesmo ( ) 2. Aumentou ( ) 3. Diminuiu ( ) 4.Não sabe
- 4) Enumere por ordem de prioridade, as demandas e respectivas atividades que mais ocupam seu tempo de trabalho ao longo da semana:  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

- 5) No seu cotidiano de trabalho, qual a natureza predominante das demandas/requisições que você atende **(apenas uma opção)**:
- 1.demandas relacionadas à mobilização e participação social/controle social
  - 2.demandas referentes à educação, formação, informação e comunicação em saúde
  - 3. demandas de natureza emergencial, assistencial
  - 4. demandas na área de planejamento, gestão e assessoria
  - 5.outra. Especifique: \_\_\_\_\_
- 6) Considerando as demandas ou atividades indicadas por você nas questões anteriores, selecione as ações que você desenvolve para a sua realização:
- 1.Orientações e encaminhamentos a outros serviços públicos e privados.
  - 2. Orientações e ações de âmbito individual de natureza socioeducativa e politizadora.
  - 3. Providências, orientações e encaminhamentos que viabilizem o acesso do usuário aos serviços da unidade.
  - 4. Intermediação do acesso a transporte, alimentação, medicamentos, acompanhantes, casa de apoio, abrigo, etc..
  - 5. Contatos e atendimento à família dos usuários.
  - 6. Participação nos conselhos gestor, municipal, estadual ou nacional de saúde ou de outra política/ direito social.
  - 7. Realização de palestras, treinamentos, reuniões, oficinas, grupos, de natureza socioeducativa e/ou politizadora/ mobilizadora.
  - 8. Elaboração de projetos, relatórios, planos.
  - 9. Investigação (pesquisa), sistematização da prática profissional.
  - 10. Participação em comissões, no planejamento da unidade de saúde, etc.
  - 11. Supervisão de estágio em Serviço Social.
- 7) Você atua no plantão ou em atendimento semelhante ao plantão em Serviço Social?
- 1.Sim  2. Não
- 8) Com que frequência você atende demanda reprimida na unidade de saúde?
- 1.Todos os dias de trabalho, durante o dia inteiro.
  - 2.Todos os dias de trabalho, algumas vezes durante o dia.
  - 3.Quase todos os dias de trabalho.
  - 4.Alguns dias na semana de trabalho.
  - 5.Alguns dias no mês de trabalho.
  - 6.Nunca.
- 8.1) Se você atende demanda reprimida, indique as 3 (três) principais demandas reprimidas dos usuários e familiares que você atende:
1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
- 8.2) Quais encaminhamentos são dados a estas demandas?
- 1.Orientação para que procure outra unidade de saúde ou serviço.
  - 2.Encaminhamento a outra unidade de saúde ou instituição
  - 3.Encaminhamento para inclusão em lista de espera para posterior atendimento.
  - 4.Encaminhamento ao Ministério Público ou sistema judiciário para denúncia.
  - 5.Estimula a articulação/ organização dos usuário .
  - 6.Leva o assunto à direção da Unidade.
  - 7.Outros (especificar).....
- 9) Você avalia que as demandas ao Serviço Social no seu local de trabalho vêm:
- 1.Na mesma proporção que antes                       2.Diminuindo                       3.Aumentando

- 10) O número de atendimentos que você realiza na instituição está:  
 1.Na mesma proporção que antes       2.Diminuindo       3.Aumentando
- 11) Você percebe alguma mudança ou inovação na gestão / administração da unidade de saúde nos últimos 10 anos?  1.Sim     2.Não     3. Não se aplica
- 12) Quais dessas mudanças foram implantadas na sua unidade de saúde nos últimos anos? A partir delas, quais as demandas que são objeto de intervenção do Serviço Social?

<input type="checkbox"/> 12.1 Gestão por Organização social Quais? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	1. Assessorar a gestão. 2. Participar ativamente de seu planejamento estratégico.
<input type="checkbox"/> 12.2 Gestão por fundação ou sociedade de amigos Quais? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	3. Divulgar normas, rotinas, benefícios e vantagens do seu modelo de gestão junto a profissionais e usuários.
<input type="checkbox"/> 12.3 Ouvidoria Quais? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	4. Captação de recursos. 5. Capacitação / formação de profissionais. 6. Gestão da ouvidoria.
<input type="checkbox"/> 12.4 Comissão de humanização Quais? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	7. Articulação com a ouvidoria e realização de encaminhamentos para qualificação do atendimento.
<input type="checkbox"/> 12.5 ONG's ou associações de apoio a portadores de patologia que atuam no interior da unidade de saúde. Quais? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	8. Coordenação de comissões. 9. Participação em comissões multiprofissionais 10. Participar da gestão/ diretoria da associação de apoio ou ONG.
<input type="checkbox"/> 12.6 Mudança na organização do trabalho dos profissionais ou nos fluxos de atendimento. Quais? <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	11. Participar da elaboração de regimentos internos. 12. Participar da elaboração de regimento que disciplina /regulamenta a atuação da ONG / Associação no interior da unidade de saúde.
<input type="checkbox"/> 12.7 Otimização do orçamento Quais? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	13. Compor a equipe multiprofissional. 14. Avaliação socioeconômica do usuário para fins de seletividade do acesso / Triagem.
<input type="checkbox"/> 12.8 Autonomia na gestão de RH Quais? <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	15. Socializar, treinar, capacitar sobre a nova organização dos serviços / do trabalho.
<input type="checkbox"/> 12.9 Programas de qualidade Quais? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	16. Realizar avaliação da estrutura física, da necessidade de pessoal, diagnóstico da instituição e de suas necessidades, discussão de projetos, etc.
<input type="checkbox"/> 12.10 Reestruturação física dos serviços Quais? <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	17. Acompanhar, gerir, fiscalizar o cumprimento das metas institucionais.
<input type="checkbox"/> 12.11 Reestruturação organizacional dos serviços Quais? <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	18. Cumprir as metas de qualidade / acreditação hospitalar/ contratualização/ produção.
<input type="checkbox"/> 12.12 Comissão de acreditação hospitalar Quais? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	19. Registro de todos os procedimentos realizados pelo Serviço Social para fins de incremento da produtividade.
<input type="checkbox"/> 12.13 Contrato de gestão / contratualização Quais? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	20. Contribuir ativamente com a redução de custos, cortando gastos e despesas no serviço.
<input type="checkbox"/> 12.14 Expansão da instituição / novos serviços Quais? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25	21. Atuar na gestão de recursos humanos. 22. Atender funcionários da unidade de saúde. 23. Neste item, não há demandas ao Serviço Social.
	24. Outras demandas. Especifique:

<input type="checkbox"/> 12.15 Ampliação / criação de pronto-atendimento ou emergência Quais? ( ) 13 ( ) 26 ( ) 23 ( ) 24 ( ) 25	25. Não sabe. 26. Integrar equipe de acolhimento
<input type="checkbox"/> 12.16 Outras _____ Quais?	

13) É exigido do Serviço Social o cumprimento de metas de atendimento ou produtividade?

( ) 1.Sim ( ) 2.Não

13.1) Em caso afirmativo, quais as dificuldades para atingir estas metas?

( ) 1. não há dificuldades

( ) 2.as metas não são cumpridas

( ) 3.falta de recursos humanos.

( ) 4.falta de recursos sociais (políticas, programas, serviços).

( ) 5.Falta de recursos financeiros

( ) 6.Outra. Especificar: \_\_\_\_\_

14) Existe excesso de demandas para o Serviço Social? ( ) 1.Sim ( ) 2.Não

14.1) Se sim, quais as estratégias utilizadas para lidar com este excesso?

( ) 1. Atende as demandas sem critérios previamente definidos.

( ) 2. Seleciona as que são prioritárias.

( ) 3. Não seleciona, todas são urgentes e prioritárias.

( ) 4.Registra as demandas de forma sistemática e informa à direção da unidade sobre seu não atendimento;

( ) 5. Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

15) Na sua unidade de saúde, há casos de contratação de assistentes sociais ou recebimento de gratificação extra-salarial via ONG's ou associações de apoio?

( ) 1.Sim ( ) 2.Não ( ) 3.Não sabe

16) Você participa de reuniões regulares com a equipe de Serviço Social para discutir a prática profissional?

( ) 1.Sim ( ) 2.Não

17) Você planeja a sua intervenção profissional? ( ) 1.Sim ( ) 2.Não

17.1) Se não, por que?

\_\_\_\_\_

17.2) Se sim, quais as principais ações que você inclui no seu plano de intervenção?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

17.3) No seu plano de intervenção você inclui estratégias e ações de âmbito educativo e/ou politizador? ( ) 1. Sim ( ) 2.Não

17.4) Se não, por que?

\_\_\_\_\_

17.5) Se sim, onde as estratégias socioeducativas e/ou politizadoras se encontram em seu plano?

( ) 1. Nas ações e atividades relacionadas às demandas socioeducativas, de educação em saúde.

( ) 2. Nas ações e atividades relacionadas às demandas de mobilização, politização, controle social.

( ) 3. Nas ações relacionadas às demandas emergenciais/ assistenciais.

( ) 4. Em todas as ações e atividades da prática profissional.

( ) 5. Outra. Especifique: \_\_\_\_\_

18) Como as mudanças que vêm ocorrendo na unidade de saúde têm interferido na sua prática social?

---

---

---

19) A partir disso, como você avalia os resultados efetivos da sua ação profissional?

---

---

---

Observações: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---