

## Counter-Reform in Brazilian Health Policy and Impacts on Social Work

### Contrarreforma na política de saúde brasileira e impactos no Serviço Social

RAQUEL CAVALCANTE SOARES<sup>a</sup>  
ANA CRISTINA DE SOUZA VIEIRA<sup>b</sup>  
EDGAR GONÇALVES DOS SANTOS<sup>c</sup>

RUTHELICY DE ANDRADE<sup>d</sup>  
RENATO URBANO DA SILVA<sup>e</sup>  
IRLA CLÁUDIA BARBOSA DA SILVA<sup>f</sup>

#### Resumo

Desde meados da década de 1990, o Estado brasileiro vem passando por um processo de contrarreforma neoliberal, imprimindo a lógica do novo gerencialismo estatal nas instituições e políticas sociais. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde torna-se hegemônica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), impactando as práticas sociais em saúde, de entre elas a do Serviço Social. O presente artigo pretende discutir as principais tendências do Serviço Social brasileiro no contexto da contrarreforma da saúde e, particularmente, seus impactos junto a assistentes sociais que atuam em Organizações Sociais e Hospitais Universitários. Como metodologia, realizamos a revisão bibliográfica sobre a temática, levantamento de dados secundários e entrevistas estruturadas junto a 50 assistentes sociais que atuam na saúde pública no estado de Pernambuco, Brasil. As nossas conclusões evidenciam um intenso processo de precarização do trabalho e das práticas sociais tanto nos Hospitais Universitários quanto nas Organizações Sociais.

**Palavras-chave:** Contrarreforma do Estado, Política de Saúde, Serviço Social, Neoliberalismo.

#### Abstract

Since the mid-1990s, the Brazilian State has been undergoing a neoliberal counterreformation process, imprinting the logic of the new state managerialism in social institutions and policies. The rationality of the counter-reform in health policy becomes hegemonic within the Unified Health System (SUS), impacting social practices in health, among them Social Work. The present article intends to discuss the main tendencies of the Brazilian Social Work in the context of the health counter-reform and, particularly, its impacts with social workers who work in social organizations and university hospitals. As a methodology, we carried out a literature review on the subject, secondary data collection and interviews with 50 social workers who work in public health in the state of Pernambuco, Brazil. Our conclusions show an intense process of precariousness of work and social practices in university hospitals, as well as in social organizations.

**Keywords:** Counter-Reform of the State, Health Policy, Social Work, Neoliberalism.

---

<sup>a</sup> Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco e Professora Adjunta na Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: quelcsoares@gmail.com

<sup>b</sup> Doutorado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora Titular da Universidade Federal de Pernambuco. Pesquisadora 1B do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

<sup>c</sup> Graduando em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco e bolsista do Programa de Educação Tutorial Conexão Gestão Política-Pedagógica da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: santos.aprendiz@gmail.com

<sup>d</sup> Graduanda em Serviço Social na Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>e</sup> Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>f</sup> Assistente Social do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

## 1. Introdução

A contrarreforma do Estado brasileiro tem sido objeto de diversos estudos e produções na área do Serviço Social, tendo em vista constituir um grande desafio para a implementação do projeto ético-político-profissional.

Segundo Behring (2003), a contrarreforma consiste num processo regressivo de direitos e é caracterizado por uma sistemática ofensiva fundada no ideário neoliberal contra conquistas sociais da classe trabalhadora. No Brasil, desde o governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), passando pelos governos Lula da Silva e Dilma Rousseff, vários estudos discutem as particularidades desse processo, seja na perspectiva da Reforma Administrativa do Estado da era FHC, seja na perspectiva do debate sobre o neodesenvolvimentismo e o Estado Assistencial nos governos do Partido dos Trabalhadores, autores como Behring, Mota, e Netto têm-se dedicado ao desvelamento das suas tendências gerais.

Ao longo de nossa trajetória acadêmica temos dedicado esforços no sentido de analisar as particularidades da contrarreforma do Estado na política de saúde brasileira e suas mediações com o Serviço Social na saúde. Em pesquisa de tese premiada no Brasil como a melhor tese de Serviço Social do ano de 2010<sup>[1]</sup>, nos dedicamos a essa temática e seus impactos nas demandas objeto da intervenção do assistente social na saúde. Posteriormente, de 2013 a 2017, em pesquisa financiada pelo CNPq<sup>[2]</sup>, discutimos as particularidades da contrarreforma na política de saúde em Pernambuco e seus impactos sobre os assistentes sociais trabalhadores de organizações sociais da saúde e hospitais universitários públicos.

No presente artigo pretendemos realizar discussões sobre as particularidades da contrarreforma na saúde brasileira e suas principais tendências no que se refere aos impactos e demandas ao Serviço Social. A fundamentação teórico-metodológica é na teoria social crítica de Karl Marx e, como principais procedimentos metodológicos, realizamos levantamento bibliográfico e entrevistas estruturadas com 50 assistentes sociais na saúde. A pesquisa é de ênfase qualitativa, mas faz uso de dados quantitativos a fim de identificar tendências presentes no cotidiano da prática social do Serviço Social na saúde sem, contudo, realizar generalizações.

---

<sup>1</sup> Prêmio CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) de Tese de 2011 para as melhores teses defendidas no ano de 2010.

<sup>2</sup> Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

## 2. Contrarreforma na política de saúde brasileira: Principais tendências

Segundo Behring (2003), a contrarreforma do Estado brasileiro inicia-se de forma sistemática a partir do governo FHC, primando pela ofensiva às conquistas sociais da classe trabalhadora em favor dos interesses da expansão do capital na área dos serviços e políticas sociais. Intensifica-se a partir de então o processo de privatização das políticas sociais, com a denominada Reforma Administrativa do Estado, segundo a lógica do novo gerencialismo estatal. De acordo com esse projeto de reforma, prima-se pelas parcerias público-privadas e pela expansão do denominado espaço público não estatal com a aprovação, a partir de 1998, das organizações sociais como novo modelo de gestão privada de serviços públicos.

De acordo com Mota (1995), as tendências da seguridade social<sup>[3]</sup> brasileira, nesse período da década de 1990, indicam uma assistencialização da seguridade social — com a prioridade da política de assistência social focalizada na pobreza — e a privatização da saúde e da previdência social. Podemos afirmar que as particularidades da contrarreforma da política de saúde, até então, se caracterizavam pelo crônico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), pela consequente precarização dos serviços de saúde, pelo incentivo à expansão do mercado privado de saúde e pelo estímulo à inserção de novos modelos de gestão privada não estatal, como as recém-criadas organizações sociais.

Nas gestões do Partido dos Trabalhadores no governo federal, de 2003 a 2016, precisamente as de Lula da Silva e Dilma Rousseff, configurou-se um padrão de Estado que deu continuidade aos governos neoliberais anteriores, mas introduziu modificações quanto à natureza da intervenção estatal, com expressivo investimento estatal para a garantia do crescimento econômico, associado a um modelo de desenvolvimento que privilegiava o grande capital.

Em contraposição, no que se refere às políticas sociais, houve uma expansão da política de assistência social e, nas demais políticas de seguridade social, abriu-se mais espaço para múltiplas formas de privatização (algumas consideradas não clássicas<sup>[4]</sup>) e expansão do conteúdo assistencial e focali-

<sup>3</sup> O Serviço Social brasileiro faz uso do termo “seguridade social” em lugar de “segurança social”, mais comum à realidade portuguesa. Importa ressaltar que o sistema de proteção social brasileiro foi denominado pela Constituição Federal de 1988 como sistema de Seguridade Social, englobando as políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

<sup>4</sup> Como a terceirização da gestão de serviços de saúde por organizações sociais, fundações, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), entre outros.

zado. A esse modelo de desenvolvimento alguns autores vão nomear de neo-desenvolvimentismo, inspirado em conteúdo do social liberalismo<sup>[5]</sup>.

Assim, a política de saúde tornou-se espaço privilegiado da expansão capitalista. A contrarreforma na saúde, em suas mais diversas fases, vem materializando um SUS que tem se distanciado do projeto do Movimento de Reforma Sanitária e de seus princípios fundamentais, como a universalidade e a participação social, com intenso transformismo das lideranças políticas e acadêmicas (Soares, 2010).

Entre as particularidades da contrarreforma na política de saúde, podemos destacar: a não explicitação de um projeto ampliado e generalizado contra o SUS, o que levou Rizzoto (2000) a afirmar que a contrarreforma na política de saúde era «não anunciada»; a refuncionalização dos princípios do SUS e da Reforma Sanitária, retirando sua radicalidade político-emancipatória; e o intenso transformismo das lideranças do movimento sanitário brasileiro (Soares, 2010).

Todavia, a partir de 2015, ainda na vigência do governo Dilma Roussef, observamos indícios que apontavam para uma possível maior explicitação da proposta de ofensiva contra o SUS. De fato, na gestão da então presidente houve a aprovação da alteração constitucional que autorizou a entrada do capital estrangeiro na saúde. Além disso, foi noticiado pela mídia que Dilma Roussef vinha se reunindo com representantes de grandes planos privados de saúde, discutindo a possibilidade de viabilização de planos populares de saúde. Entretanto, a resposta rápida e o repúdio de diversas entidades do Movimento Sanitário (CEBES, ABRASCO e Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde), inclusive algumas que se colocavam no campo político de apoio ao governo, possibilitou um certo recuo, naquele momento, no que se refere à proposição dos planos populares.

No entanto, após todo o processo de *impeachment* de Dilma Roussef<sup>[6]</sup>, que se configurou como um golpe institucional — parlamentar — midiático e empresarial<sup>[7]</sup>, as evidências em relação a um processo explícito de contrarreforma na saúde retornam de maneira irrefutável. No programa do PMDB para as políticas sociais, intitulado Travessia Social, expressa-se a necessidade da focalização das políticas públicas nos cinco por cento mais pobres da po-

<sup>5</sup> Sobre essa temática ver Mota, A. E. (org.). (2012). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. Cortez Editora. São Paulo.

<sup>6</sup> Processo de *impeachment* iniciado em 2 de dezembro de 2015 e concluído em 31 de agosto de 2016.

<sup>7</sup> Sobre o golpe institucional, ver Jinkings, et al. (2016).

pulação. O presidente Michel Temer, ao assumir o governo, intensifica a ofensiva contra os direitos e conquistas sociais do conjunto da classe trabalhadora, configurados sinteticamente em:

- Proposição e aprovação da Emenda Constitucional 95, em 2016, que instituiu um teto para os gastos primários durante 20 anos. Esse teto tem repercussões drásticas sobre as políticas sociais brasileiras, particularmente sobre a política de saúde, com projeções do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2016) que apontam para perdas de mais 600 bilhões no orçamento da saúde.
- Proposição da reforma da previdência social que altera substancialmente as regras atuais, com 25 anos de tempo mínimo de contribuição, somados à idade mínima de 62 anos para a mulher e 65 anos para o homem, além de outras questões que incidem sobre a vida de idosos, pessoas com deficiência, categorias profissionais diversas, etc.
- O Ministro da Saúde, Ricardo Barros, que assume na gestão Temer, não tem vínculo algum com a área de saúde, a não ser o fato de um dos financiadores de sua campanha ser proprietário de planos de saúde. Desde o início de sua gestão no Ministério, afirmou a necessidade de «rever o tamanho do SUS» e que ele não era o «ministro do SUS». Criou um grupo de trabalho para instituição dos planos populares de saúde e encaminhou para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se pronunciar. Ademais, sem encaminhar para as instâncias de controle social, promoveu uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica que, em termos concretos, retira a centralidade da Estratégia Saúde da Família, entre outras medidas que desconstroem a política.
- Além disso, em todas as áreas de atuação do Estado brasileiro o atual governo vem promovendo uma profunda privatização e entrega do patrimônio nacional aos interesses do grande capital internacional e nacional.

Assim, podemos afirmar que, enquanto nos governos do Partido dos Trabalhadores a principal estratégia de legitimação do processo de contrarreforma na saúde era a defesa do SUS possível, no campo das escolhas pos-

síveis e do mal menor, no atual projeto de contrarreforma do governo Temer se explicita a impossibilidade de execução do projeto de Reforma Sanitária e do SUS e processa-se uma contrarreforma explícita da política pública de saúde. Isso só é possível dado o aviltamento da cultura da crise em proporções exponenciais àquelas que a professora Ana Elizabete Mota (1995) discutiu no livro *Cultura da Crise e Seguridade Social no Brasil* durante o governo FHC. A gestão atual tem imprimido inovações que intensificam as tendências da contrarreforma em curso no Estado brasileiro e na política de saúde.

As práticas em saúde vêm sofrendo os impactos desse processo de contrarreforma, caracterizado sinteticamente pela intensificação das formas de privatização da saúde pública e pela precarização dos serviços. De entre essas, as práticas em que se insere o profissional de Serviço Social, que atua fundamentalmente em defesa do acesso à saúde pelos usuários do SUS, segundo os parâmetros de atuação profissional nessa área. Esses assistentes sociais, particularmente os que atuam em organizações sociais e em hospitais universitários públicos, têm sido requisitados cotidianamente a intervir, mediados pelas tendências da contrarreforma na saúde.

### **3. A contrarreforma na saúde em Pernambuco: Privatização via organizações sociais e precarização dos hospitais universitários públicos**

A partir da análise das referências bibliográficas e dos dados secundários acerca da contrarreforma na saúde em Pernambuco, podemos afirmar que esse processo vem se caracterizando, sobretudo, pela apropriação do fundo público da saúde pelas organizações sociais da saúde — configurando um processo de privatização não clássica — e pela intensa precarização dos serviços públicos, particularmente, dos hospitais universitários públicos.

O estado de Pernambuco foi um dos estados brasileiros que mais se destacaram no período neodesenvolvimentista, figurando com os maiores índices de crescimento econômico do país. Em 2013, por exemplo:

O Produto Interno Bruto (PIB) de Pernambuco cresceu 2,3%, totalizando R\$ 115,6 bilhões, e superou o PIB do Brasil registrado em 2012. Segundo estimativas realizadas pela Agência Condepe/Fidem (...), o acumulado para o ano no estado é pelo menos duas vezes maior que a média nacional, que foi de 0,9% no mesmo período.<sup>[8]</sup>

<sup>8</sup> Fonte: <<http://www.pe.gov.br/blog/2013/03/11/pib-de-pernambuco-apresenta-crescimento-superior-ao-do-brasil/>>.

Entretanto, tal crescimento econômico não foi acompanhado de uma maior qualificação nos indicadores de saúde do estado. Pelo contrário, nos últimos anos Pernambuco ganhou destaque na saúde como um dos estados com maiores índices de infecção pela tríplice epidemia relacionada com o mosquito *Aedes Aegypti* (dengue, chikungunya e zika) e de casos de microcefalia<sup>9</sup>.

Por outro lado, a rede SUS vem se expandindo parcialmente associada a um processo de terceirização da gestão das unidades públicas para organizações sociais, o que denominamos, segundo estudos de Ximenes (2015), de privatização não clássica da política de saúde. Desde 2009, o estado de Pernambuco tem se destacado como modelo de implementação de organizações sociais na gestão da saúde, junto com São Paulo e outros estados. Contraditoriamente, há evidências de um processo sistemático de precarização dos hospitais públicos, principalmente os universitários — Hospital Universitário Oswaldo Cruz (UPE), Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (UPE) e Hospital das Clínicas (UFPE) —, atualmente geridos pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Assim, o governo do estado iniciou a construção de diversas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAE) e hospitais metropolitanos, todos com perfil de atendimento em urgência/emergência, e repassou paulatinamente a gestão dessas novas unidades para Organizações Sociais. Ao todo, foram construídas 15 UPAs, 10 UPAs e três hospitais metropolitanos, todos sob gestão de organizações sociais (Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2017).

Neste sentido, podemos afirmar que a estratégia de privatização da gestão da saúde pública pelo governo do estado de Pernambuco vem se dando em consonância com a expansão da rede, principalmente via unidades de saúde de urgência e emergência, que detêm os procedimentos em saúde considerados mais rentáveis. Por outro lado, são justamente tais procedimentos, de natureza assistencial e emergencial, que não deveriam se constituir prioridade na atenção à saúde. A prioridade, segundo os princípios e regulamentação do SUS, deveria ser a atenção primária, sem prejuízo das demais modalidades de atenção.

---

<sup>9</sup> Segundo dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, até 2017, Pernambuco figura como o quarto estado brasileiro em número de notificações de microcefalia, com 9,6% dos casos registrados. Acessado em 11-06-2018 em: <[http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/2017\\_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas\\_SE12.pdf](http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/2017_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas_SE12.pdf)>.



Nessa perspectiva, houve também uma expansão do número de organizações sociais em Pernambuco. O processo que se iniciou com uma organização social — a Fundação Martiniano Fernandes/IMIP hospitalar, em 2009 — chegou a 2013 com seis. Atualmente, existem 10 organizações sociais da saúde atuando em Pernambuco, sendo que duas pertencem ao mesmo grupo (IMIP e IMIP Hospitalar). Em três anos, houve uma expansão de 66,7% no número de organizações. O número de unidades de saúde entregues à sua gestão também cresceu muito. Hoje em dia, segundo levantamento de dados secundários realizados nos endereços eletrônicos da Secretaria Estadual de Saúde e das organizações sociais, são 35 unidades configuradas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades de Pronto Atendimento Especializado (UPAE) e hospitais, de gestão estadual e municipal. Em 2013, eram 16 unidades. Isso significa que houve um aumento de mais de cem por cento.

#### **4. A superprecarização e a privatização da saúde:**

##### **Expressões nas práticas de assistentes sociais de organizações sociais e hospitais universitários**

Os elementos da cultura da crise 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.

Isto é, no cotidiano das práticas em saúde, o que já era relativamente comum se tornou regra: o profissional de saúde, particularmente o assistente social, tem sido requisitado frequentemente para colaborar no estímulo à adesão do usuário ao conjunto de mudanças impetrado nesse atual estágio da contrarreforma. Afinal, toda a violação ou restrição do direito à saúde é justificada em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade de ajuste. Exemplos como: selecionar e restringir o acesso a direitos e serviços de saúde; solicitar do usuário ou seus familiares que contribuam comprando medicamentos, pagando procedimentos antes incluídos nos serviços do SUS; assistentes sociais sendo convocados para selecionar qual o acompanhante do usuário internado que irá receber alimentação. Esses são alguns dos exemplos de situações que já vêm se tornando mais comuns no âmbito das práticas em saúde pelo Serviço Social, precisamente a partir de 2015, com o primeiro grande corte orçamentário da política<sup>10</sup>, ainda no governo Dilma.

---

<sup>10</sup> Segundo Fattorelli (2015), o primeiro corte orçamentário na política de saúde em 2015 foi da ordem de 42%. Posteriormente, ainda houve outro corte de 2,179 bilhões na saúde e educação.



É preciso, sobretudo, que desvelemos essas requisições institucionais equivocadas da cultura da crise e da necessidade da colaboração de todos, que ultrapassemos a superficialidade da aparência para identificar que necessidades sociais determinam essas demandas, conforme as palavras de Mota e Amaral (1998).

Um outro importante impacto desse processo é a presença cada vez maior de uma cultura neoconservadora. Contraditoriamente, a política de saúde foi o campo onde mais avançamos em termos de conquistas legais e políticas, como o movimento sanitário e o próprio projeto de reforma sanitária. No entanto, sem dúvida também que os serviços de saúde, dada a sua trajetória de hegemonia do controle médico e do pensamento conservador, se prestam facilmente a práticas pragmáticas, que reificam a responsabilização dos sujeitos. Assim, a ascensão cada vez maior do conservadorismo na saúde tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais. Desta feita, nada mais caro ao conservadorismo ainda persistente no Serviço Social. Não é por acaso que grande parte das proposições que representam o conservadorismo na profissão são oriundas de práticas no campo da saúde, como o Serviço Social clínico ou o Serviço Social terapêutico.

Nos governos do Partido dos Trabalhadores identificamos uma ampliação restrita do SUS, ampliação essa que, no âmbito do Serviço Social, se traduzia por um contínuo processo de contratação de assistentes sociais, mesmo que não correspondesse às necessidades reais do sistema, persistindo também um contínuo déficit de profissionais em categorias específicas se comparados à demanda necessária.

Na pesquisa realizada em 2009: 54,5% dos assistentes sociais afirmavam que tinham até três anos de tempo de serviço na unidade de saúde; 60% afirmavam que o número de profissionais na sua unidade de saúde havia aumentado; no entanto, 77% informaram que havia déficit de assistentes sociais (Soares, 2010).

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em agosto de 2005, havia 18.142 vínculos de assistentes sociais em serviços de saúde. Em julho de 2016, esse número saltou para 34.465 — um crescimento da ordem de 90% num período de 11 anos. Por outro lado, houve categorias profissionais que ampliaram mais ainda o número de vínculos, como foi o caso da Psicologia: em agosto de 2005, eram 22.587 vínculos de psicólogos — número bastante próximo ao nosso no mesmo período. No en-

tanto, em julho de 2016, o CNES indica 54.228 vínculos de psicólogos, o que representa um crescimento de 140%.

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 em 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 (Soares, 2010).

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 com as contradições e conflitos da estruturação do SUS, mas que também extrapola a política de saúde, como analisaremos mais adiante (Soares, 2010).

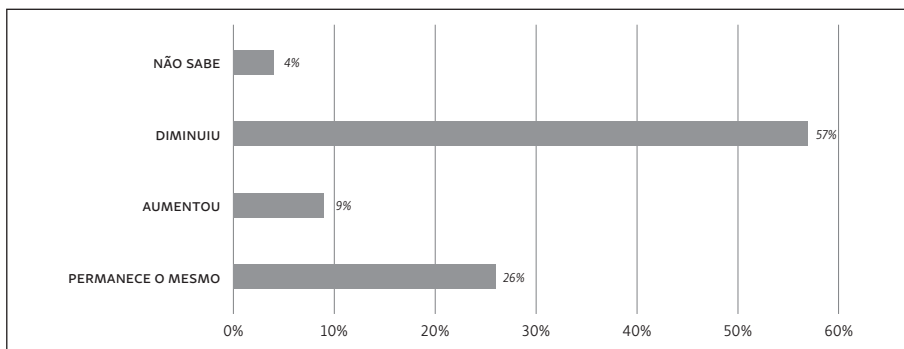
Concordamos com José Paulo Netto quando afirmou, ainda no período da contrarreforma do governo FHC, que a demanda objetiva do Serviço Social

[...] 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 microsociais em larga escala – tudo isso concorre para constituir um quadro societário que objetivamente garante espaços aos assistentes sociais (...). (1996: p.115)

No entanto, com as proposições do ajuste fiscal em curso e da atual fase da contrarreforma no governo Temer, há indícios de que a ampliação de contratação pode ocorrer de forma mais restrita, com um crescimento ainda mais limitado e, o mais grave, persistindo tais tendências, esse crescimento limitado de contratações de assistentes sociais na saúde possivelmente se dará mais entre estabelecimentos privados.

Segundo dados das entrevistas<sup>[11]</sup> realizadas com assistentes sociais de organizações sociais da saúde e hospitais universitários, a maior parte dos profissionais (57%) afirmam que a quantidade de assistentes sociais tem diminuído na equipe das unidades de saúde em que trabalham, nos últimos cinco anos.

**FIGURA 1.** Número de assistentes sociais nos últimos cinco anos



A expansão da contratação de assistentes sociais nos estabelecimentos privados já é uma realidade e tende a se agravar: segundo o CNES, em agosto de 2005 havia 4.370 vínculos de assistente social em instituições de natureza privada ou empresas mistas; em julho de 2016, esse número chegou a 6.625, representando um crescimento da ordem de 50%.

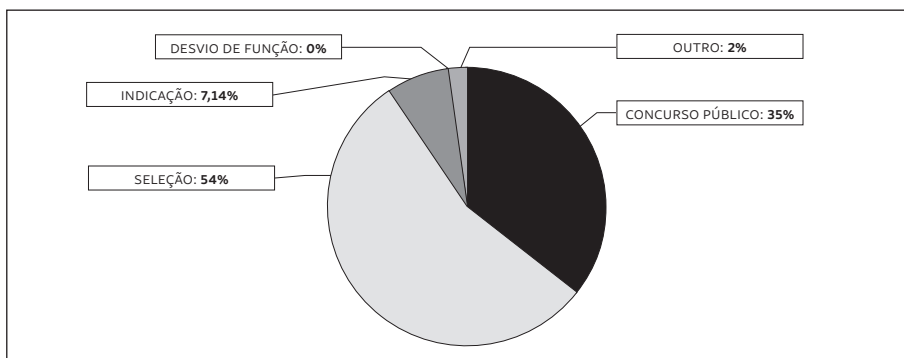
Essa realidade também se expressa nos dados das entrevistas, dando conta da precarização dos vínculos e das formas de contratação: 54% dos profissionais entrevistados informaram que foram contratados por seleção simplificada<sup>[12]</sup> e apenas 35% por concurso público, conforme pode ser evidenciado no Gráfico 2. É importante ressaltar que todos esses assistentes sociais atuam na rede SUS. Assim, pode-se afirmar, mesmo que tendencialmente, que as

<sup>11</sup> Ao todo foram realizadas 50 entrevistas, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas foram semi-estruturadas e tiveram o objetivo de identificar tendências presentes no cotidiano do trabalho dos assistentes sociais no contexto da contrarreforma. Dado o escopo da pesquisa, vamos elencar e discutir os dados que classificamos como mais relevantes entre os resultados.

<sup>12</sup> Seleção simplificada pode ser caracterizada, no Brasil, como uma seleção sem os fundamentos de um concurso público. Esta seleção — a partir de currículos e/ou entrevista e/ou provas —, seleciona trabalhadores para preenchimento de vagas sem estabilidade alguma e sem o rigor, transparência e controle dos procedimentos de um concurso público.

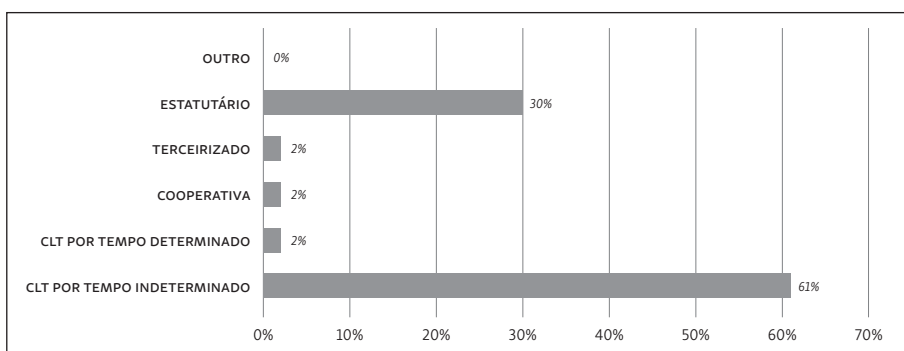
práticas em saúde vêm sendo executadas cada vez mais por profissionais sem estabilidade e com obstáculos maiores à sua relativa autonomia profissional.

**FIGURA 2.** Formas de admissão



Entre os assistentes sociais entrevistados, apenas 30% trabalham segundo o Regime Jurídico Único (estatutário). A maioria trabalha contratado segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sem estabilidade profissional. É importante ressaltar que essa tendência se faz presente não só nas organizações sociais, mas também nos hospitais universitários públicos, tendo em vista a adesão à EBSERH, pelo Hospital das Clínicas da UFPE, e pelo nível de precarização dos vínculos trabalhistas nos demais hospitais universitários.

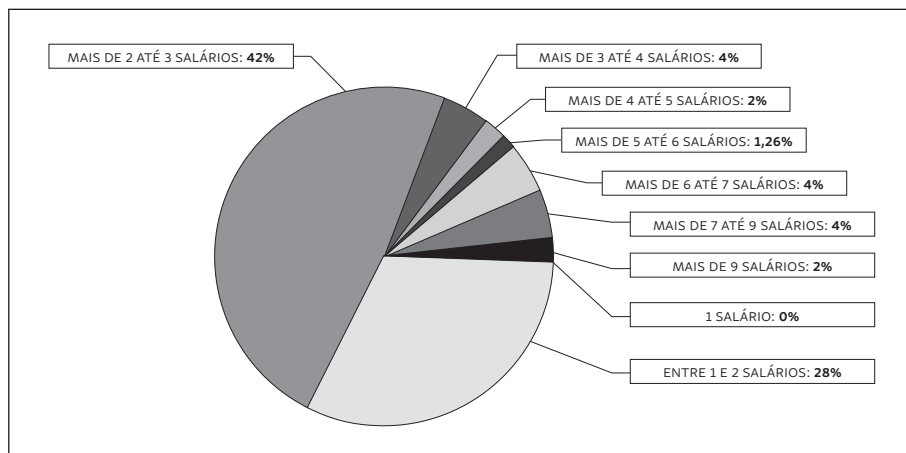
**FIGURA 3.** Tipo de contrato



Outro dado que expressa o nível de precarização do trabalho desses assistentes sociais refere-se aos seus rendimentos salariais. É expressivo o fato de

70% dos entrevistados afirmarem que recebem entre um e três salários mínimos<sup>[13]</sup>. Tais rendimentos terminam configurando uma lógica de acumulação de vínculos profissionais na saúde, intensificando ainda mais a superexploração profissional e tendencialmente possibilitando mais limites às práticas em saúde conforme as proposições da reforma sanitária<sup>[14]</sup>.

FIGURA 4. Salário



A precarização e privatização da gestão pública estão cada vez mais associadas ao aumento da participação das entidades privadas na gestão e execução de serviços da rede SUS e fora dela. Nesse sentido, as limitações impostas pela precariedade dos vínculos nas instituições privadas incidem diretamente sobre a relativa autonomia dos profissionais de saúde, que terão mais obstáculos para ultrapassar a racionalidade hegemônica em suas práticas.

Relacionada com essa questão, a precarização e superexploração do trabalho estão vinculadas diretamente ao desenvolvimento de práticas na saúde dissociadas do projeto de reforma sanitária, restritas a uma concepção assistencial e emergencial dessas ações.

Expressão disso tem sido a refilantropização dos serviços de saúde, sob a imagem do novo gerencialismo e modernização da gestão pública via contra-

<sup>13</sup> O salário mínimo brasileiro em 2017 é de R\$937,00, o equivalente a 249 euros.

<sup>14</sup> Conforme as proposições do Relatório da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, quando se referiu aos recursos humanos no Sistema Único de Saúde e à necessidade de ser um profissional com carreira única e dedicação exclusiva, além de bem remunerados.

tação de organizações sociais. Grande parte dessas organizações eram serviços de saúde filantrópicos, impactando nas práticas sociais. As antigas instituições filantrópicas hoje revestidas de modernização da gestão pública sob a forma de organizações sociais, por exemplo, são expressões da articulação dialética entre a tecnificação e assistencialização da política. Mais que isso, constituem-se espaços que tendem a estimular as práticas colaboracionistas e voluntárias. Ademais, a lógica do direito público pode ser substituída seja pela prática de benemerência seja pelo gerencialismo que prima pela relação custo-benefício.

A assistencialização das práticas em saúde do assistente social persiste como uma tendência importante. Assim, em relação à natureza das demandas profissionais:

- 61% dos assistentes sociais entrevistados responderam que a natureza predominante de suas demandas e requisições é emergencial e assistencial;
- 21% afirmaram a predominância de demandas de educação, formação, informação e comunicação em saúde;
- 11% afirmaram ser as demandas de planejamento, gestão e assessoria;
- Apenas dois por cento informaram a predominância de demandas de mobilização, participação e controle social.

A precarização do trabalho associada à privatização da gestão de serviços em saúde tem rebatimentos importantes na organização sindical desses trabalhadores fragmentados em diversas entidades, com sindicatos pouco representativos.

A maioria dos profissionais entrevistados (88%) afirma a tendência de atendimento de demandas reprimidas no âmbito da política de saúde. As demandas reprimidas são aquelas que o sistema não é capaz de atender, fundamentalmente por restrição do acesso. Ademais, 88% relataram aumento das demandas nos serviços de saúde em que atuam e 78% afirmaram que o número de atendimentos do Serviço Social vem aumentando também.

Com a estrutura dos serviços de saúde comprometida pela tamanha precarização e subfinanciamento dos ajustes sucessivos, e dado o agravamento da questão social, os serviços de saúde vêm recebendo um aumento substancial de demanda. Segundo Dalva Costa (2006), são das contradições do SUS que emergem demandas que determinam a atuação do assistente social. Neste

sentido, as demandas e suas complexidades tendem a aumentar para o assistente social da saúde com recursos cada vez mais precários. Em especial, deve-se ter atenção para as proposições institucionais que estimulam o colaboracionismo, a adesão, as práticas de passivização, etc.

Dados secundários cedidos pelo Conselho Regional de Serviço Social de Pernambuco sobre visitas da equipe de orientação e fiscalização sobre a atuação dos assistentes sociais nas organizações sociais da saúde:

Revelam que 34% dos assistentes sociais entrevistados concordam que os locais de trabalho não são compatíveis com o sigilo profissional. Entre os motivos que colaboram com esta afirmação estão:

- Utilização da sala para achados e perdidos;
- Guarda de objetos de valores de usuários sem acompanhantes;
- Guarda de uma quantia de dinheiro para eventualidades;
- Subutilização da sala para classificação e reunião de Conselho;
- Espaço sem condições dignas de atendimento;
- Identificação errada do setor de Serviço Social;
- Uso indevido do Livro de Registro do Serviço Social pela Gerência, inclusive tirando cópias sem autorização prévia.

(CRESS/PE, 2012)

A análise dos dados do CRESS-PE nos revela que 99% da demanda posta ao Serviço Social está relacionada com o atendimento direto dos usuários. Além disso, a gestão dessas organizações sociais requisita um Serviço Social que, muitas vezes, se restringe a demandas burocráticas e que não se constituem atribuições dos assistentes sociais<sup>15</sup>, a saber:

- Pesquisa de satisfação;
- Recebimento de reclamações e queixas de atendimento;
- Mediação de conflitos na recepção;
- Controle e saída de usuários em atendimento;
- Controle de transferência;
- Liberação de cópias de prontuários;
- Emissão de ficha de esclarecimentos em substituição das cópias de prontuários;

---

<sup>15</sup> Ver atribuições dos assistentes sociais da saúde em: CFESS – Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010).



- Liberação de corpo para o Centro de Verificação de Óbito, IML e Funerárias;
- Guarda de Declaração de Óbitos, prontuários de óbitos, guia de remoção;
- Declaração de Nascidos Vivos;
- Etiquetagem de defunto;
- Liberação de dieta de usuários;
- Solicitação de refeição para acompanhantes;
- Guarda de chaves e controle do ar condicionado da sala de medicação;
- Guarda do livro de entrada e saída das ambulâncias e controle de ambulância;
- Responsabilidade por macas retidas;
- Transporte de usuários de alta.

(CRESS/PE, 2012)

Podemos verificar que algumas dessas requisições possuem um caráter administrativo e não fazem parte nem da formação em Serviço Social nem das suas atribuições, e outras constituem-se atribuições de outras profissões da saúde.

Nada mais atual para o perfil de profissional de Serviço Social requisitado pela racionalidade hegemônica na política de saúde e suas configurações atuais do que as observações de Inês Bravo sobre as práticas dos assistentes sociais da saúde no período ditatorial, pós-1964:

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. (1996: p.105)

Nessa perspectiva da burocratização das atividades, importa ressaltar que 47% dos assistentes sociais entrevistados informaram que é exigido do Serviço Social o cumprimento de metas de produtividade e atendimento.

É esse o lugar que a racionalidade da contrarreforma na política de saúde reservou para o Serviço Social, em especial neste momento de ajuste e ofensiva contra a reforma sanitária. Assim, identificamos um profundo antagonismo entre a direção sociopolítica das requisições e demandas profissionais da contrarreforma na saúde em seu estágio atual e os parâmetros de atuação do assistente social na saúde e nosso projeto ético-político profissional. O momento presente é de agravamento geral das nossas condições de trabalho e dos desafios que se colocam para a profissão. No entanto, parafraseando Netto, «o Brasil não é para amadores» e a história não está encerrada.

Ratificamos aqui a afirmação de Mota (2016) de que o Serviço Social brasileiro só chegou ao atual patamar de produção intelectual crítica e mobilização e articulação política porque, antes de tudo, se insurgiu contra o lugar que a burguesia lhe conferiu.

Se nas décadas de 1970 e 1980, conforme Inês Bravo (1996), os assistentes sociais não participaram coletivamente do movimento de reforma sanitária devido, entre outros fatores, ao processo de reconceitualização da profissão; hoje, nossa categoria profissional está presente nos mais diversos espaços de mobilização e luta em defesa do direito à saúde, inclusive com lideranças nacionais e locais que cumprem um papel fundamental na articulação do movimento sanitário da saúde, como é o exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Ademais, a despeito de toda a ofensiva do capital sobre as conquistas em torno do direito à saúde e do projeto de reforma sanitária, a saúde é espaço de contradição e também, segundo a racionalidade do projeto sanitário, espaço de mobilização, articulação e práticas pedagógicas.

Em nossa pesquisa realizada em 2009,

As demandas de natureza socioeducativas foram as segundas mais citadas entre as mais incidentes, mesmo que com uma diferença acentuada em termos absolutos e percentuais em relação ao primeiro lugar; o que nos demonstra que, 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. (Soares, 2010: pp. 143-144)

Urge a necessidade de potencializarmos a função pedagógica da prática social do assistente social, conforme Abreu (2002) já o afirmou, conferindo a essa função a direção emancipatória, articulada com as práticas de mobilização social. É preciso mais do que participar dos movimentos de resistência à ofensiva em curso, é necessário estimular também a participação de nossos usuários nessa resistência e nessa luta.

Assim, de que estratégias fazer uso para ultrapassar a centralidade das práticas assistenciais e emergenciais numa política extremamente assistencial/emergencial e cada vez mais focalizada? Só os fundamentos da razão crítico-dialética desvelam as contradições e mediações dessa realidade, possibilitando a construção de intencionalidades e objetivos profissionais alicerçados em parâmetros ético-políticos e instrumentalizados em nossas práticas cotidianas, segundo Guerra (1995).

É preciso também, segundo Mota (2016), exercitar a relativa autonomia profissional, mesmo em espaços tendencialmente mais limitados, como as organizações sociais da saúde, EBSERH e fundações. Só a articulação e organização dos assistentes sociais dentro e fora do espaço sócio-ocupacional do serviço de saúde podem tensionar esses limites à relativa autonomia.

Não estamos falando nenhuma novidade nas práticas sociais na saúde regidas pela lógica da emergencialização/assistencialização e tecnificação, pelo pragmatismo e imediatismo, muitas vezes obscurecido. O espaço da saúde pública, da política social, é espaço de contradição, e é a organização, mobilização, planejamento e articulação que tensionam os limites dessa realidade.

De forma que podemos encontrar nos espaços das organizações sociais a precarização, a refilantropização, o estímulo às práticas colaboracionistas e voluntaristas, como também, contraditoriamente, encontramos equipes de assistentes sociais com modelos de gestão compartilhada, com reuniões de estudo e planejamento sistemáticos, com um regimento do Serviço Social coerente com os parâmetros de atuação do assistente social.

Os parâmetros de atuação do assistente social na saúde são instrumentos de resistência contra essa ofensiva, posto que conferem as diretrizes e a direcionalidade do projeto ético-político-profissional às particularidades da prática social em saúde. Num momento político de completo abandono do projeto de reforma sanitária, nunca ele foi tão importante e estratégico na defesa dos interesses e dos direitos dos usuários do SUS como nos dias atuais.

## Considerações finais

A contrarreforma da política de saúde brasileira e, particularmente, em Pernambuco vem aprofundando traços e tendências na perspectiva de uma superprecarização dos serviços de saúde e numa intensa apropriação do fundo público pelas organizações sociais. A lógica da privatização se engendra de forma não clássica, evidenciando a importância que as entidades privadas vêm ganhando em detrimento da gestão pública estatal direta.

A privatização da saúde pública em Pernambuco, através do crescimento das organizações sociais, vem se dando de forma a expandir um modelo que, apesar de ser apresentado como moderno, fundado no gerencialismo empresarial privado, com flexibilidade na gestão e alta produtividade, vem se configurando como retrocesso nos princípios da saúde pública. Todas as organizações sociais do estado têm história de serviços filantrópicos prestados ao SUS.

Parece-nos que esse modo de privatização se caracteriza como uma refilantropização da saúde atualizada segundo os interesses do capital privado, que adentra esses espaços de gestão com mais facilidades e menor controle externo, via contratação de serviços de terceiros, compra de medicamentos, equipamentos, entre outros. Além disso, constituem-se igualmente em espaços que não se configuram pela impessoalidade da administração pública, com maior possibilidade de clientelismo e patrimonialismo e, neste sentido, podendo estar vinculados a projetos políticos-eleitorais.

Os novos modelos de gestão, particularmente as organizações sociais da saúde, e até mesmo os hospitais universitários como o reverso desse processo — em especial a EBSETH — representam a precarização da política pública de saúde, processo este extensivo às condições de trabalho e requisições dos profissionais dos trabalhadores da saúde.

Evidencia-se, assim, um processo intenso de superprecarização do trabalho para o profissional das organizações sociais da saúde e para aqueles que atuam nos hospitais universitários, no primeiro caso pela via da privatização não clássica, e no segundo caso, pela via da precarização e escassez de recursos drenados para apropriação privada do fundo público da saúde.

Tais tendências, ao que tudo indica, intensificam as demandas assistenciais, as demandas burocratizadas, as requisições que não integram as atribuições dos assistentes sociais, exigindo das equipes profissionais do Serviço Social estratégias que se relacionem com uma maior capacidade de articulação fora e dentro dos serviços de saúde, planejamento, práticas socioeducativas e de mobilização dos usuários dos serviços.

## Referências

- Abreu, M. M. (2002). *Serviço social e a organização da cultura: Perfis pedagógicos da prática profissional*. Cortez Editora. São Paulo.
- Behring, E. R. (2003). *Brasil em contrarreforma: Desestruturação do Estado e perda de direitos*. 2.<sup>a</sup> edição, Cortez Editora. São Paulo.
- Bravo, M. I. S. (1996). *Serviço social e reforma sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais*. Cortez Editora. São Paulo.
- Conselho Regional de Serviço Social [Pernambuco] (2012). *Relatório de visitas às organizações sociais da saúde*. Equipe de Orientação e Fiscalização. Recife.
- Costa, M. D.H. (2006). O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In Mota, A. E. (org.) et al. *Serviço social e saúde: Trabalho e formação profissional*, pp. 304-351. Cortez Editora. São Paulo.
- Fattorelli, M. L. (2015). O ajuste fiscal alimenta o corrupto sistema da dívida. In *Marxismo21* (org.): Dossiê Ajuste Fiscal. Recuperado de: <<https://marxismo21.org/ajuste-fiscal/>>.
- Guerra, Y. A. D. (1999 [1995]). *A instrumentalidade do serviço social*. 2.<sup>a</sup> edição revista, Cortez Editora. São Paulo.
- Jinkings, I., Doria, K. e Cleto, M. (2016). *Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*. Boitempo. São Paulo.
- Ministério da Saúde (2017). Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde de 2017. Recuperado de: <[http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/2017\\_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas\\_SE12.pdf2](http://combateaes.saude.gov.br/images/pdf/2017_Monitoramento-alteracoes-Zika-e-outras-etilogias-infecciosas_SE12.pdf2)>.
- Ministério da Saúde (2017). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Recuperado de: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.
- Ministério da Saúde (2017). Relatório da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, 1986. Recuperado de: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>.
- Mota, A. E. (2016). Serviço social brasileiro: Insurgência intelectual e legado político. In Silva, M. L. (org.). *Serviço Social no Brasil: História de resistências e de ruptura com o conservadorismo*, pp. 165-182. Cortez Editora. São Paulo.
- Mota, A. E. e Amaral, A. S. (1998). Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. Recuperado de: <<http://ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-040.pdf>>.
- Mota, A. E. (1995). *Cultura da crise e seguridade social: Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. Cortez Editora. São Paulo.

- Mota, A. E. (2012). *Desenvolvimentismo e construção de hegemonia: Crescimento econômico e reprodução da desigualdade*. Cortez Editora. São Paulo.
- Netto, J. P. (1996). Transformações societárias e serviço social: Notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. *Serviço Social e Sociedade*, ano XVII, 50: 87-132. Cortez Editora. São Paulo.
- Rizzotto, M. L. F. (2000). O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90. Tese de Doutorado. UNICAMP, Campinas. 266 pp. Recuperado de: <<https://saudecomunista.files.wordpress.com/2014/06/o-banco-mundial-e-as-politicas-de-saude-nos-anos-90-rizzotto.pdf>>.
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2013). PIB de Pernambuco apresenta crescimento superior ao do Brasil. Recuperado de: <<http://www.pe.gov.br/blog/2013/03/11/pib-de-pernambuco-apresenta-crescimento-superior-ao-do-brasil/>>.
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2017). Unidades de saúde e serviços. Recuperado de: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upaes>>.
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2017). Unidades de Pronto Atendimento. Recuperado de: <<http://portal.saude.pe.gov.br/upas>>.
- Soares, R. C. (2010). A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: Impactos e demandas ao Serviço Social. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFPE, Recife. 209 pp. Recuperado de: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF>>.
- Vieira, F. S. e Benevides, R. P. S. (2016). Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. *Nota técnica n.º 28*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA]. Recuperado de: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160920\\_nt\\_28\\_disoc.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf)>.
- Ximenes, A. F. (2015). A apropriação do fundo público da saúde pelas organizações sociais em Pernambuco. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFPE, Recife. 195 pp. Recuperado de: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/16557>>.

