

# APONTAMENTOS SOBRE A GESTÃO DE CHEFIAS DE SERVIÇO SOCIAL EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Dolores Lima da Costa Vidal<sup>1</sup>  
Rita de Cássia Santos Freitas<sup>2</sup>

## Introdução

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se uma proposta de buscar “novas” formas de gerência das instituições, em especial dos hospitais. Desse modo, nos últimos anos, o tema da gestão em saúde ganhou relevância nas agendas governamentais, sendo influenciado diretamente pela “contrarreforma do Estado” brasileiro<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Assistente Social do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira- IFF/FIOCRUZ. Doutoranda em Política Social pela Universidade Federal Fluminense. E-mail: dolores@iff.fiocruz.br

<sup>2</sup> Pós-Doutora pelo Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Professora Associada e Subcoordenadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. E-mail: ritacsfreitas@uol.com.br

<sup>3</sup> A contrarreforma do Estado brasileiro teve início em 1995, sendo coordenada pelo então ministro Bresser Pereira, no governo de Fernando Henrique Cardoso (PEREIRA, 2008). O objetivo era manter o equilíbrio das contas públicas e, ao mesmo tempo, elevar a capacidade reguladora da ação estatal. Deste modo, pode-se observar que a intenção da reforma administrativa trouxe consequências danosas para as políticas sociais, com repercussões cada vez mais assustadoras para a classe trabalhadora.

As atuais configurações das políticas sociais, particularmente do campo da saúde, somadas ao grande tensionamento entre o “SUS real” ou “materializado” e o “SUS constitucional” (BRAVO, 2006; SOARES, 2012), vão interferir sobremaneira na qualidade dos serviços prestados aos usuários da saúde pública, além de provocar rebatimentos na gestão do trabalho em saúde, com destaque aqui para os hospitais.

Nesse contexto, identificam-se dois movimentos: no primeiro, vinculado ao projeto da Reforma Sanitária, a intenção é pensar as mudanças nos hospitais a partir das necessidades dos usuários e dos trabalhadores, com ênfase em práticas democráticas e participativas; já o segundo parte da necessidade de racionalização dos gastos, centrado na tradição, hierarquização e especialização das profissões.

Faz-se necessário considerar que a forma de gerenciar as instituições de saúde sofre o peso das determinações da economia e da política. No atual contexto, a tônica tem se dado, sobretudo, na “racionalidade empresarial”. Portanto, trata-se de um processo perpassado por conflitos e contradições, tensionado ainda pela prioridade que vem sendo dada pela tendência mundial de centralizar na “gestão” a solução para adesão à racionalidade hegemônica (SOARES, 2012), desconsiderando aspectos centrais como o financiamento, o acesso, a defesa da saúde eminentemente pública e de qualidade e a promoção de saúde, entre outros.

Nesse emaranhado é que a função de gerência se estabelece, e é influenciada pela conjuntura macrossocial e pelas relações entre os sujeitos que a compõem. Esse processo, que provoca intensos rebatimentos na gestão do trabalho de várias categorias no âmbito da saúde, também interfere no exercício profissional do assistente social, com destaque para aquele que se encontra trabalhando em instituições públicas hospitalares, tendo em vista a histórica inserção da categoria nesse espaço (BRAVO, 1991; VASCONCELOS, 2002).

Assim, a proposta deste ensaio é refletir sobre como as mudanças que têm ocorrido no cotidiano da gestão dos hospitais públicos, que estão em consonância com as tendências neoliberais que influenciam a política de saúde brasileira vigente, atravessam o

exercício profissional das chefias de equipes de Serviço Social no hospital.

Acredita-se que essa influência, que provoca contradições e tensões, acaba exigindo um movimento e envolvimento maior por parte dos(as) assistentes sociais que ocupam cargos de chefia em hospitais públicos, na luta pela defesa da saúde universal e de qualidade, que dialoga diretamente com o projeto ético-político do Serviço Social, consolidado na profissão a partir da década de 1990.

Como se trata de um ensaio, a perspectiva apresentada relaciona-se diretamente com a influência metodológica da hermenêutica-dialética. Segundo Minayo (2006), a busca de compreensão de sentido apresenta os fatos e observações no contexto da vida cotidiana, que se dá por meio da comunicação entre pessoas e grupos – a linguagem, a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Assim, entende-se que a defesa de posições democráticas, a conjectura de ideias, a problematização de informes, o debate e o respeito às diferenças são fundamentais para embasar a presente escrita “ensaística”. Dessa forma, aproxima-se de aspectos reflexivos e qualitativos que se sustentam a partir de uma teorização por meio de diálogos entre os autores com um atualizado suporte bibliográfico.

Para iniciar a discussão, realizou-se uma análise sobre a política de saúde atual e as repercussões para as gerências dos hospitais públicos, a partir de autores que concebem a saúde enquanto um direito universal, com controle e participação social (BRAVO e MATOS, 2001; VASCONCELOS, 2002; BRAVO e MENEZES, 2011; TEIXEIRA, 2012; SOARES, 2012; PAIM, 2008). Em seguida, buscou-se situar a instituição hospitalar apresentando as formas de gerência nela predominantes atualmente. E por último, problematizou-se sobre os possíveis reatamentos dessas mudanças para as chefias de equipes de Serviço Social, no sentido de fortalecer o projeto ético-político profissional.

Importa dizer que se trata de uma discussão inicial, fruto de uma pesquisa do doutorado, ainda em curso, que também se alimenta de reflexões ocorridas no âmbito do Programa de Estudos Pós-

Graduados em Política Social e do Núcleo de Pesquisa Histórica sobre Proteção Social da Universidade Federal Fluminense.

## **1. A política de saúde atual e as repercussões para a gerência dos hospitais públicos.**

Falar de política de saúde atualmente significa falar de pessoas, de trabalhadores, de lutas, de angústias, de direitos, de poder, de financiamento<sup>4</sup>, de economia, de acesso, de transporte, de medicamentos, enfim, de tudo o que envolve a vida. Por isso, não se trata apenas de uma relação automática, esporádica e sistêmica. Deve pressupor, conforme estabelecido após muita luta na Constituição Federal de 1988 - vide o movimento histórico da Reforma Sanitária<sup>5</sup>- uma relação pactuada e participativa. A partir desse momento, a saúde passou a ser considerada um direito de todos e dever do Estado. Conforme o artigo 196 da Constituição Federal (1988) deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Deste modo, pode-se observar que o texto constitucional demonstra a concepção da saúde como política social pública implicando, portanto, em mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político, jurídico, institucional e técnico-operativo. Também prevê uma rede regionalizada e hierarquizada, baseada nas diretrizes de descentralização, na participação da comunidade e no atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

---

<sup>4</sup> O financiamento na saúde é questão central e permeada de complexidades. O foco deste estudo não tem por intenção aprofundar essa discussão, mas não se pode deixar de pontuar que o SUS continua subfinanciado, exibindo baixos níveis de investimento e de impacto na melhoria da saúde da população. Portanto, a recomposição do orçamento da saúde pública no Brasil se torna urgente (CISLAGHI, TEIXEIRA, SOUZA, 2011; LOBATO, 2000).

<sup>5</sup> O movimento de Reforma Sanitária “tinha como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde” (VASCONCELOS, 2002, p. 76).

A construção do SUS sofreu influência de momentos históricos, políticos e econômicos do país. Os avanços e recuos foram frutos de grandes lutas político-ideológicas em que se envolveram diferentes sujeitos sociais, como os intelectuais/profissionais de saúde, os movimentos sociais e estudantil, resultando em um amplo debate em busca de uma totalidade de mudanças, congregados pelo denominado Movimento de Reforma Sanitária (BRAVO e MATOS, 2001; VASCONCELOS, 2002; FEUERWEKER, 2007).

Nesse sentido, Lobato (2000, p. 7-24) considera que “a reforma sanitária tem-se caracterizado por diversas rupturas e descontinuidades”. A autora aponta que são consideráveis as mudanças que a Reforma introduziu no sistema de saúde e no próprio padrão nacional de política social, principalmente no acesso à saúde, que pela primeira vez se deu de forma universal, além de mudanças substantivas na estrutura organizacional e de poder. Entretanto, ela sinaliza que essa conjuntura gerou conflitos importantes na regulamentação dos princípios constitucionais pela Lei Orgânica da Saúde, com destaque para a lentidão do processo de participação e descentralização, além do repasse automático de recursos federais para os municípios.

O Sistema Único de Saúde foi definido pela Constituição de 1988, porém foi regulamentado somente em 19 de setembro de 1990, através da Lei 8.080/90. A concepção do SUS está fundamentada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, enquanto um direito.

A proposta do modelo de saúde contido na Constituição Federal (1988) e defendido pelo movimento de Reforma Sanitária está em consonância com o conceito de cidadania defendido por Coutinho (1999), que diz respeito “à capacidade conquistada [...] por todos os indivíduos de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado”.

Contudo, o mesmo autor afirma que essa universalização acaba sendo incompatível com a sociedade de classes que temos

atualmente, cujos determinantes econômicos se sobrepõem aos determinantes sociais.

Deve-se lembrar que no Brasil, desde a década de 1990, vêm sendo desenvolvidas estratégias políticas, econômicas e sociais no sentido da realização de empréstimos de emergência e na ênfase na modernização do Estado como forma de elevar a capacidade governamental de gerir políticas públicas. Portanto, o cenário político e econômico dos anos 1990 gerou mudanças substantivas que impactaram as políticas sociais de maneira negativa, com destaque aqui para a política de saúde (TEIXEIRA, 2002; DUTRA, 2010).

Nesse período, o enxugamento do Estado, via abandono do modelo keynesiano e substituição pelo padrão neoliberal, efetiva-se no Brasil reforçado pelas propostas do Consenso de Washington. Esse novo padrão tem no projeto social neoliberal o seu meio de realização do ataque frontal à organização sindical dos trabalhadores, às instituições democráticas e às formas de regulação decorrentes do pacto social keynesiano, disseminando as ideias neoliberais para justificar a minimização da intervenção estatal em políticas sociais (BEHRING e BOSCHETTI, 2006).

A proposta do Estado neoliberal é de redução de despesas e da restrição de meios financeiros, materiais e humanos para implantação dos projetos sociais. Para Teixeira (2012, p. 58-89) o fenômeno de redução do Estado, a partir dos anos 1990, combinou o abandono com o sucateamento da rede pública de saúde, o que contribuiu “de forma direta e indireta para a instalação e expansão da rede privada e de serviços terceirizados”, colaborando com o desmonte de conquistas importantes consubstanciadas com o SUS. Dessa forma, o modelo empresarial passa a ser considerado o “tipo ideal” para a “boa administração”.

Assim, na cena contemporânea, as diferentes lógicas de acumulação de capital, de racionalização de custos aplicados à saúde, compõem as vertentes que operam em favor de uma reorganização, que preveem novos lugares e papéis para as instituições de saúde. E dentre essas vertentes, encontra-se a proposta da terceirização, que se apresenta sob diferentes

modalidades (Organizações Sociais – OS; Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIP; Fundações Estatais de Direito Privado – FEDP e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. – EBSEH), trazendo impactos importantes no campo democrático do setor da saúde, suscitando conflitos e tensões nos processos de trabalho, acarretando efeitos negativos para a população (BRAVO e MENEZES, 2011; TEIXEIRA, 2012).

Tais modelos vão interferir e desencadear influências importantes nas políticas sociais e na sua execução, com retração significativa do setor público. Essas propostas de mudanças relacionadas ao papel do Estado e à administração pública vão repercutir decisivamente nessa política e nos processos de trabalho em saúde.

Apesar das diferenças internas existentes entre “os denominados novos modelos de gestão”, suas finalidades são semelhantes e estão relacionadas à flexibilização da gestão e dos direitos sociais e trabalhistas, à privatização do que é público, ao fim de licitações e da prestação de contas e ao repasse do fundo público para o setor privado. Deste modo, constitui um elemento fundamental para a reprodução do capital e também para a reprodução da força de trabalho. Ou seja, o fundo público é parte do trabalho excedente que se metamorfoseou em lucro, juro ou renda e que é apropriado pelo Estado para o desempenho de múltiplas funções, sobretudo da implementação das políticas sociais (OLIVEIRA, 1998; BEHRING e BOSCHETTI, 2006; BEHRING, 2010; CORREIA, 2011).

Neste contexto, segundo Cislighi (2011) o grande beneficiário de todas essas modificações não será a saúde pública e muito menos os trabalhadores e usuários do SUS, mas, sim, a iniciativa privada. Por sua vez, Bravo e Correia (2012) afirmam que se trata da privatização do que é público, na medida em que o Estado abdica de ser o executor dos serviços públicos, por meio da abertura à iniciativa privada como fornecedora desses serviços, mediante repasse de recursos, equipamento, instalações e pessoal.

Ao invés de investir no público, o Estado acaba colaborando com o desmantelamento da saúde pública, à medida que investe

pouco no SUS. As despesas relativas aos gastos totais em saúde no Brasil – privados e públicos –, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicados no documento *Estatísticas Sanitárias Mundiais (2012)*, em 2009 corresponderam a 8,8% do PIB, sendo que 56,4% foram gastos com a saúde privada e 43,6% com a saúde pública. O gasto brasileiro é inferior ao da Argentina, que no mesmo ano teve um gasto de 9,5% do PIB, dos quais 33,6% são relativos à saúde privada, e 66,4%, à pública. Também é inferior ao gasto da Costa Rica, cujos investimentos em 2009 foram de 10,5% do PIB, sendo 32,6% privados e 67,4% públicos. Vale destacar que ambos os países não possuem um sistema de saúde universal, como o Brasil. Isso colabora para demonstrar como o SUS no Brasil continua subfinanciado, com índice alto de investimentos em gastos privados.

É fato que os governos não excluem a preocupação com a política de saúde. Presencia-se a implantação de estratégias que, no plano do discurso, buscam exatamente a mudança dos elementos considerados difíceis para a implantação do SUS. Todavia, a realidade empírica demonstra que o SUS real encontra-se ainda distante do SUS Constitucional (SOARES, 2010; BRAVO e MENEZES, 2011).

Soares (2010) enumera duas principais características da política de saúde no Brasil, colaborando com a afirmação de que seria inevitável os governos não se debruçarem sobre esse tema. A primeira seria a condição de direito público universal da saúde que constitui fruto da luta e organização do movimento histórico da Reforma Sanitária. E a segunda característica diz respeito à condição da política de saúde enquanto um direito humano fundamental, configurada como política pública estatal. Sendo assim, de acordo com as análises da autora, dificilmente algum agente sociopolítico irá se contrapor a esse direito de maneira expressiva sem levantar grande resistência.

Nessa direção, analistas da política de saúde, como Bravo (2010); Bravo e Menezes (2011); Granemann (2011); Paim (2008); Soares (2012), dentre outros, sinalizam que os princípios do SUS não são negados explicitamente, mas, sim, “refuncionalizados”, ganhando conteúdos distintos dos propostos pelo projeto de



reforma sanitária. E, de modo implícito, a contrarreforma concretiza-se por dentro do próprio sistema.

Bravo (2010, p. 7) destaca que as contrarreformas na saúde nos anos 1990 se caracterizam por “contenção dos gastos com racionalização da oferta por meio de políticas focais através do pacote básico para a saúde; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local; desfinanciamento da saúde”.

Portanto, a lógica privada de lucro, metas, produtividade estaria adentrando a saúde pública de maneira institucionalizada, o que está em consonância com os denominados novos modelos de gestão na saúde. Assim, a redução do papel do Estado leva à ampliação do horizonte de atuação do capital (GRANEMANN, 2011).

Mediante o sucateamento do sistema de saúde, proporcionado pela diminuição progressiva de investimentos do próprio poder público, a proposta dos “novos modelos de gestão” surge como argumento único para caracterizar maior eficiência e eficácia para o SUS. Nesse sentido, esses “novos modelos de gestão”, baseados na política macrosocial econômica, acabam por influenciar os modos de gerência adotados pelas instituições de saúde, com destaque aqui para os hospitais. Acarretam o fortalecimento do modelo hegemônico, no qual se inclui o médico assistencial privatista e o de atenção gerenciada, centrado na clínica e em procedimentos e serviços especializados. Em determinados momentos, esse modelo apresenta limites para uma atenção que vise às necessidades prioritárias em saúde, mesmo que possa proporcionar uma assistência de qualidade. Já o modelo sanitarista, voltado para as campanhas sanitárias, os programas especiais, a vigilância epidemiológica, sanitária e outros, cuja proposta é o atendimento das necessidades de saúde da população, está em disputa com o hegemônico, e também tem enfrentado dificuldades para se efetivar de maneira integral e democrática, mediante os aspectos políticos e econômicos discutidos anteriormente (PAIM, 2008; FEUERWERKER, 2007).

Importa dizer que os modelos de atenção à saúde podem ser definidos enquanto “combinações tecnológicas estruturadas para a

resolução de problemas e para o atendimento de necessidades de saúde, individuais ou coletivas” (PAIM, 2008, p. 554). Dessa forma, os modelos de atenção à saúde constituem racionalidades diversas que, na atual conjuntura, interagem com as dimensões gerenciais e organizativas do SUS, em virtude dos problemas de saúde expressados através das necessidades sociais da população que são historicamente datadas. Assim, os modelos de saúde existentes estão relacionados aos aspectos macrossociais do Estado, da política e da sociedade, bem como às relações entre os sujeitos (trabalhadores e usuários), organização dos serviços e aos modos de administrar as instituições e os processos de gestão.

Vale destacar que as múltiplas questões apontadas sobre as novas conformações que predominam na gestão atual dizem respeito principalmente aos hospitais, tendo em vista que são em si instituições complexas, atravessadas por múltiplos interesses, ocupando um lugar crítico na prestação de serviços de saúde, conforme concluem Feuerwerker e Cecílio (2007). Este é um reconhecido espaço onde se encontram em jogo as relações de poder, tensões e conflitos.

## **2. A gerência nos hospitais públicos**

A forma de gerenciar os hospitais públicos vem sendo modificada com base nas alterações da política de saúde atual, nas propostas de mudanças relacionadas ao papel do Estado e na administração pública, com repercussões decisivas para essa política e para os processos de trabalho em saúde. Todo o conjunto de particularidades, estratégias e ações da política de saúde tem impacto direto sobre as práticas de saúde, incluindo seus processos, demandas e requisições para os(as) trabalhadores(as) de saúde. É nesse bojo que a gerência das instituições de saúde, sobretudo dos hospitais públicos, encontra-se inserida.

A fim de contextualizar as mudanças gerenciais dos hospitais, é válido lembrar que a gestão hospitalar foi influenciada por modelos que foram se sucedendo no campo da administração listados por

Chiavenato (2008): Teoria Clássica, Teoria Burocrática, Teoria das Relações Humanas, Teoria Neoclássica, Teoria dos Sistemas e da Informação.

Assim, no modelo hegemônico de saúde, centrado na clínica e no hospital, conhecido também como modelo hospitalocêntrico<sup>6</sup>, “predominou o estilo gerencial influenciado pela Teoria Geral da Administração (TGA)” (BERNARDINO, 2007, p. 33). Esse modelo de gerência conservadora e tradicional começou com a administração científica de Taylor, baseada na “ênfase colocada nas tarefas” com destaque para o método científico de administrar através da Organização Racional do Trabalho (ORT). Os principais aspectos desse método são: seleção científica do trabalhador, tempo padrão, plano de incentivo salarial, trabalho em conjunto, gerentes planejam e operários executam, desenhos de cargos e tarefas, divisão do trabalho com especialização do operário, supervisão, ênfase na eficiência, *homo economicus*, condições de trabalho, padronização, princípio da exceção (CHIAVENATO, 2008).

A influência, nos hospitais, do modelo de administração predominante da TGA contribuiu, em certa medida, para a hierarquização, especialização, burocratização e controle do trabalho, conforme aponta Bernardino (2007). Dessa maneira, é importante considerar que a instituição hospital tradicionalmente apresentou paradigmas hierarquizados, que se concentram na medicina, enfermagem e na administração (CECÍLIO, 1997).

À medida que o SUS foi implantado, buscou-se pensar a gestão nos diversos espaços da saúde a partir de um modelo democrático e participativo cuja prioridade volta-se para as necessidades dos usuários e trabalhadores. Todavia, paralelo a esse movimento, com o avanço do neoliberalismo, o enfoque parte da necessidade de racionalização dos gastos, centrado na tradição e na hierarquização e especialização das profissões.

Observa-se que apesar de estar sendo “vendido” um discurso “inovador” sobre a gestão nos dias de hoje, a realidade aponta que as instituições de saúde ainda apresentam relações hierarquizadas e

---

<sup>6</sup> O modelo hospitalocêntrico, conforme apontam Neto et al. (2008, p. 677), diz respeito “ao modelo de atenção à saúde em que prevalece a hegemonia das práticas hospitalares e curativas.

burocráticas, que primam por uma gestão “tradicional”, do tipo taylorista. O estudo de Castro e Castro (2003) constata essa afirmação; mesmo tendo por base o perfil dos gerentes dos hospitais públicos do Rio Grande do Norte, podemos correlacioná-lo à realidade do Rio de Janeiro. No referido estudo, os autores apontam, por exemplo, que 54% dos gerentes dos hospitais públicos, na realidade pesquisada, eram médicos.

A hegemonia do “modelo tradicional” de gestão, articulado ao modelo de saúde hegemônico, tem contribuído de forma predominante para a atual conformação dos hospitais e sua organização. Como exemplo, Guimarães e Évora (2004) citam a lógica do desenho organizacional dos hospitais, que mantém a dicotomia entre os diversos segmentos e profissionais envolvidos com o atendimento da população usuária. A configuração hospitalar apresenta inúmeras situações que caracterizam rigidez e manutenção de posicionamentos históricos, ao mesmo tempo que existem possibilidades de mudanças, conforme lembram Pereira, Rotenberg e Oliveira (2013, p. 1.019).

Dessa forma, afirma-se que o deslocamento da gerência “tradicional” para uma gerência chamada por alguns de “inovadora”, “alternativa” ou “flexível” requer atenção, pois essas mudanças são diretamente influenciadas pelas modificações no mundo do trabalho, pelas inovações tecnológicas, bem como pela própria estruturação da política de saúde, com repercussões diretas no atendimento da população.

Todo esse cenário acaba por delinear a forma de gerência das instituições de saúde, que, em última instância, está articulada às práticas sociais numa dada sociedade e submetida a determinantes históricos, econômicos e políticos.

Assim sendo, defende-se aqui um modelo de gestão para os hospitais públicos com base nas prerrogativas e princípios do que melhor já foi criado em termos de modelo de saúde no Brasil. Isto é, a partir do SUS Constitucional, pautado no modelo sanitário, que deixa explicitado que a gestão do sistema de saúde, em qualquer nível de atenção, deve ser democrática, participativa e qualificada.

No que tange ao Serviço Social, mais especificamente às chefias, objeto de reflexão deste ensaio, as requisições por ações e atividades na direção de uma gestão em sintonia com a eficácia/eficiência se encontram presentes, uma vez que se trata de uma profissão inscrita na divisão sócio-histórica do trabalho, como afirma Yamamoto (1999). Em muitas situações, as tendências, ancoradas em prerrogativas de cunho privatista neoliberal, nem sempre se encontram na mesma direção das implicações e necessidades da população usuária e do exercício profissional pautados pelo projeto ético-político do Serviço Social.

Nessa direção é que apontamos a necessidade da chefia de Serviço Social se ancorar nos preceitos de democracia e participação, a fim de conseguir fazer frente às requisições gerenciais atuais (solicitação por metas a atingir, produtividade medida pelo número de reuniões e de atendimentos; projetos a serem realizados, cobertura de atendimento a determinados setores etc.) e mediar questões que garantam os direitos da equipe que gerencia, assegurando a contínua defesa intransigente do direito à saúde da população (usuários e trabalhadores).

### **3. O Serviço Social e a discussão da gestão de equipes**

Nos tempos atuais, a ênfase na gestão tem sido a tônica principal na busca de amenizar as principais dificuldades das políticas sociais, em especial a de saúde, desconsiderando em muitos momentos as questões centrais sinalizadas, como as transformações no mundo do trabalho, o sucateamento das políticas públicas e o enxugamento da máquina estatal, somados ao avanço desenfreado do neoliberalismo. Nesse emaranhado, os profissionais de saúde, com destaque para o/a assistente social, ao assumirem um cargo de chefia, necessitam estar ancorados em princípios e valores que lhe proporcionem embasamento necessário a fim de defender uma gestão com traços democráticos e participativos frente às requisições gerenciais.

É nesse sentido que particularizamos a discussão da gestão das chefias de Serviço Social nos hospitais. No âmbito do Serviço Social, este debate ainda é escasso. Tal afirmação pôde ser ratificada a partir de levantamento feito por Vidal (2013) relativo ao período de 2001 a 2011 em dois periódicos de grande circulação entre assistentes sociais, as revistas *Serviço Social & Sociedade*<sup>7</sup> e *Temporalis*<sup>8</sup>. Não foram encontrados, nesses dois periódicos, artigos que abordassem o tema das chefias de equipes de Serviço Social ou da gestão de equipes. Em geral, nessas publicações, o tema da gestão apresenta-se relacionado a “gestão das políticas sociais”, “gestão de pessoal” e “gestão social”.

Afirmamos que as investigações sobre as chefias de Serviço Social são escassas, embora o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social/Conselho Regional de Serviço Social) tenha se posicionado sobre o tema. Citamos como exemplo a existência de duas publicações importantes que constituem referência para as/os profissionais chefes de equipe: *O Serviço Social em hospitais: orientações básicas* (CRESS, 2003) e *Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde* (CFESS, 2010). Na primeira publicação, existe um elenco das atribuições da chefia de Serviço Social; na segunda, apesar de não serem enfatizadas as coordenações ou chefias de equipe de Serviço Social, há reafirmação da importância da luta por um modelo de gestão democrática, que deve constituir referência para os/as profissionais que ocupam cargos de chefias.

A gestão democrática pressupõe necessariamente a participação, que não é algo dado, mas um processo de conquista, de aprendizado e, acima de tudo, de disputa, conforme Demo (1988). A esse respeito, Ariosi (2010, p.121) afirma que “a participação, quando construída como manifestação de crítica, pode configurar a

---

<sup>7</sup> A revista *Serviço Social & Sociedade* é um periódico criado em 1979 e que, de acordo com Silva (2009), representa o protagonismo da Editora Cortez, de São Paulo, em apoio ao desenvolvimento acadêmico e técnico-científico do Serviço Social, atuando enquanto espaço mediador entre a produção científica da profissão e os diferentes momentos conjunturais vivenciados pela sociedade brasileira no período.

<sup>8</sup> A revista *Temporalis* é um periódico criado em 2000 e editado pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Destina-se à publicação de trabalhos científicos sobre temas atuais e relevantes no âmbito do Serviço Social, áreas afins e suas relações interdisciplinares. <<http://periodicos.ufes.br/temporalis>>. Acesso em: 15/5/2013.

forma mais eficaz de luta contra qualquer tipo de dominação ou opressão”. No Brasil, a participação da sociedade foi fundamental na luta contra o autoritarismo que marcou a sociedade brasileira por um longo e duro período, e ainda hoje afeta diversas relações sociais, tanto no âmbito do privado quanto do público, atravessando a nossa história e nossas ações.

Partimos do pressuposto de que a participação pode contribuir para a concretização da democracia, como também para legitimar o poder vigente. Por isso, a concretização de uma gestão democrática, que caminhe na contramão do autoritarismo, é uma proposta repleta de desafios. E uma delas está relacionada à aplicabilidade desse conceito no cotidiano das relações sociais.

Muitas questões perpassam a gestão/chefia de uma equipe de Serviço Social, principalmente em hospitais públicos, questões essas influenciadas pelo modelo de gestão da política de saúde vigente, pelo modo de gerenciar das instituições de saúde, bem como pela intencionalidade das ações dos sujeitos profissionais.

No campo da saúde, em especial nos hospitais, a gestão é bem complexa, uma vez que não se lida com mercadorias, máquinas, insumos ou números somente, e sim com o bem que é a vida, repleta de histórias, de contradições e de determinantes sociais. Hoje, em muitas instituições de saúde, principalmente com a entrada das Organizações Sociais, os preceitos de organização, avaliação, eficácia e eficiência têm significado cada vez mais o “controle” da força de trabalho, em sintonia com os moldes da administração tradicional. Têm por base a relação custo/benefício, desconsiderando os postulados do Projeto de Reforma Sanitária e, conseqüentemente, as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os(as) profissionais de saúde comprometidos com um projeto de sociedade justa, igualitária e democrática precisam pensar essas demandas e requisições em um contexto que exige questionamento, investigação crítica da realidade, recolocando questões, fazendo-as “emergir de forma cada vez mais rica e viva, recriando-as num contínuo percurso entre a aparência e a essência, entre a parte e o todo, entre o universal e o particular, numa visão dialética” (BATTINI, 1994, p. 144).

No âmbito da gerência, chefia e coordenação, os desafios para a defesa de uma ação sintonizada com o projeto ético-político profissional são significativos. Sabemos que as coordenações e chefias em um contexto de relação institucional hierárquica são as primeiras a serem solicitadas a colaborar com a lógica produtivista (própria das gerências atuais), e essas requisições vão exigir que o/a profissional que gerencia as equipes tenha que mobilizar seu conhecimento teórico-metodológico a fim de proporcionar um trabalho de qualidade para a população usuária dos serviços e para a sua equipe.

Defendemos que os(as) assistentes sociais, ao exercerem a atribuição privativa de gerenciar equipes, precisam definir suas atividades e ações tomando por direção a concepção de gestão democrática e participativa contida na Constituição Federal de 1988. E, acima de tudo, tendo por referência um sistema de saúde público, universal e de qualidade o que reforça também, os valores existentes no projeto ético-político e nas lutas da categoria.

É fato que as chefias de equipes de Serviço Social sofrem impactos diretos das formas de administração pública existentes, das transformações no mundo do trabalho, do avanço desenfreado do neoliberalismo, do enxugamento da máquina estatal, que vão contribuir sobremaneira para o sucateamento e privatização das políticas sociais e repercutir diretamente no trabalho dos(as) assistentes sociais. Isso pressupõe reconhecer, como lembra Yamamoto (2006), que embora o(a) assistente social disponha de uma relativa autonomia na condução de seu trabalho, as instituições empregadoras também interferem no estabelecimento de metas a cumprir, influenciando, e quiçá direcionando, as decisões dos trabalhadores.

Mesmo que as alterações nas políticas sociais e no mundo do trabalho solicitem cada vez mais do(a) assistente social um tipo de “resposta” imediata, sintonizada com os aspectos gerenciais da gestão (como eficácia, eficiência, metas, dentre outros), os(as) assistentes sociais – e aqui o destaque vai para os chefes de equipes – precisam continuar com sua história de lutas, de resistência e de posicionamentos contra-hegemônicos, a fim de fazer prevalecer



acordos coletivos horizontais e a defesa dos direitos e da participação dos usuários. Isso significa investir na consolidação do projeto ético-político profissional, no cotidiano de trabalho profissional – o que não é uma tarefa fácil nem isenta de contradições e desafios diários.

## **Considerações finais**

O presente ensaio buscou enfatizar alguns dos principais dilemas enfrentados para a permanência da saúde como um direito universal e da gestão de equipes a partir de relações democráticas participativas. Entretanto, mediante o contexto da contrarreforma do Estado, vem-se implantando na saúde os denominados “novos modelos de gestão”, o que acarreta consequências para as políticas públicas, com rebatimentos para o campo da gestão dos hospitais públicos, com destaque para as equipes de Serviço Social.

Desse modo, ao situar o espaço complexo dos hospitais e as formas de gerência ainda tradicionais, do tipo taylorista, que nele ainda predominam, foi possível identificar como a função de chefes de equipes de Serviço Social é influenciada pelos aspectos sociais, econômicos e políticos que atravessam a gestão contemporânea das instituições hospitalares no Brasil.

Assim, buscamos sustentar que tanto a partir da defesa das prerrogativas constitucionais quanto das leis oriundas da reforma sanitária que embasaram o SUS e que se encontram em consonância com os postulados e valores do projeto ético-político profissional, torna-se possível a realização de uma gestão com características democráticas e participativas, responsáveis por envolver tanto os trabalhadores (assistentes sociais, chefes, diretores etc.) quanto os usuários do sistema público. Esse movimento se opõe veementemente à mercantilização das políticas sociais, da terceirização, da dominação, das relações desiguais de poder, da lógica de “racionalidade empresarial” em tempos neoliberais.

## Referências

ARIOSI, C.M.F. **Organização e gestão democrática na escola de educação infantil**: análise dos limites e perspectivas nas realidades brasileira e italiana. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, 2010.

BATTINI, O. Atitude investigativa e formação profissional: a falsa dicotomia. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 45, p. 142-146, ago. 1994.

BERNARDINO, E. **Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino**: a reconstrução da prática de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos Campi São Paulo e Ribeirão Preto da USP, São Paulo, 2007.

BRAVO, M.I.S. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 102, p. 5-21, abr./jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A.E. et al. (orgs.). In: **Serviço Social e Saúde**. São Paulo, Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Questão da saúde e serviço social**: as práticas profissionais e as lutas no setor. Tese (Doutorado em Serviço Social). PUC/SP, 1991.

\_\_\_\_\_; CORREIA, M.V.C. Desafios do controle social na atualidade. In: **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012.

\_\_\_\_\_; MENEZES, J.S.B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B.

(orgs.). **Saúde na atualidade:** por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_ ; MATOS, M.C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M.I.S.; PEREIRA, P.A.P. (orgs.). **Política social e democracia.** São Paulo, Cortez, Rio de Janeiro, UERJ, 2001.

BEHRING, E.R. Crise do capital, fundo público e valor. In: BOSCHETTI, I. et al. (orgs.). **Capitalismo em crise, política social e direitos.** São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_ ; BOSCHETTI, I. **Política social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, v. 2, 2006. Coleção Biblioteca básica de serviço social.

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

\_\_\_\_\_. **Lei 8.080/90.** Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 de janeiro de 2014.

CASTRO, J.L. de; CASTRO, J.L. de. Estudo do perfil dos gerentes dos hospitais públicos do Rio Grande do Norte. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Observatório de recursos humanos ou saúde no Brasil:** estudos e análises. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

CECÍLIO, L.C. de O. A Modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP.** Rio de Janeiro, v.3, n.31, p.36-47, 1997.

CHIAVENATO, I. **Administração geral e pública.** 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008, 4ª reimpressão.

CISLAGHI, J.F. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro:UERJ, Rede Sirius, 2011.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, S.O.; SOUZA, T. **O financiamento do SUS: principais dilemas**. In: ANAIS do I Circuito de Debates Acadêmicos (2011). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo16.pdf>. Acesso em: 11 de julho de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (CRESS). **O Serviço Social em hospitais: orientações básicas**. Rio de Janeiro, 2003.

CORREIA, M.V.C. Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M.I.S. et al. (orgs.). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

COUTINHO, C.N. Cidadania e modernidade. In: **Perspectivas**. Revista de Ciências Sociais. Universidade Estadual Paulista – UNESP. São Paulo, n. 22, p. 41-59, 1999.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1988.

DUTRA, V. de C. de A. **Controle social e participação na gestão da saúde: a experiência do município do Rio de Janeiro**.

2010. 207 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECÍLIO, L.C. de O. **O hospital e a formação em saúde: desafios atuais.** In: *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2007, v. 12, n. 4, p. 965-971. ISSN 1413-8123.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. In: **Temporalis.** Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Política de saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n. 1. São Luís, 2007.

GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de estado do capital. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

GUIMARÃES, E.M.P.; ÉVORA, D.M. Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. In: **Ci. Inf.** v.33, n. 1, p. 72-80, 2004.

IAMAMOTO, M.V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde.** São Paulo. OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

LOBATO, L.V.C. **Reforma Sanitária e Reorganização dos Serviços de Saúde:** efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. Tese (Doutorado em Ciências). Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz, 2000.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

NETO, F.C.B.; BARBOSA, P.R.; SANTOS, I.S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C. et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, F. de. **Os direitos do antivalor:** a economia política da hegemonia imperfeita. Petrópolis: Vozes, 1998.

OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Lyon: WHO, 2012.  
PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C. et al. (orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, A.V.; ROTENBERG, L.; OLIVEIRA, S.S. Relações de gênero e interdependências: reflexões a partir de mudanças na configuração hospitalar. In: **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** [online], v. 20, n. 3, p. 1.007-1.024, 2013.

PEREIRA, J.M. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Europeia. In: **RAP, RIO DE JANEIRO**, v. 42, n. 1, p. 61-82, jan./fev., 2008.

SILVA, M.O. da S. Trinta anos da revista Serviço Social & Sociedade: contribuições para a construção e o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil. In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 100, out./dez. 2009.

SOARES, R.C. A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social. In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B.

(orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos:** desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

\_\_\_\_\_. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje:** impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2010.

TEIXEIRA, M.J. de O. A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático? In: BRAVO, M.I.S.; MENEZES, J.S.B. (orgs.). **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos:** desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012.

VASCONCELOS, A.M. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VIDAL, D.L.C. Gestão de equipes de serviço social na saúde: iniciando um debate. In: SILVA, L.B.; RAMOS, A. **Serviço Social, saúde e questões contemporâneas:** reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013.

Recebido em 01/08/2014  
e aceito em 01/10/2014.

---

**Resumo:** *Trata-se de um ensaio fruto de pesquisa bibliográfica e discussões travadas no doutorado em Política Social. O objetivo é refletir sobre de que forma as mudanças ocorridas na gestão atual dos hospitais públicos, mediante influências neoliberais, tais como processos de privatização, terceirização e flexibilização, impactam o trabalho das chefias de equipes de Serviço Social nos hospitais. Observa-se que essas influências, referentes aos aspectos gerenciais contemporâneos, atravessam o cotidiano dos assistentes sociais chefes, interferindo no processo de garantia de um Sistema Único de Saúde histórico e constitucional. Deste modo, defende-se que para fazer frente a essas requisições, os trabalhadores precisam tomar por base a concepção de gestão democrática e participativa contida na Constituição Federal de 1988. Mesmo diante de contradições e conflitos, os assistentes sociais necessitam ter por referência a defesa de um sistema de saúde público e universal, o que reforça os valores existentes no projeto ético-político da categoria profissional.*

**Palavras-chave:** *Política de Saúde; Serviço Social; Gerência.*

---

**Title:** *Notes on the management of Managers of Social Work in public hospitals*

**Abstract:** *This article results of bibliographical research and discussions in research Ph.D. in Social Policy. The goal is to discuss how the changes in the current management of public hospitals, through neoliberal influences, such as the privatization, outsourcing and flexibility, impact on work of managers of Social Work teams in hospitals. It is observed these influences, related to contemporary managerial aspects, are presents in everyday managers Social Workers, interfering in the guarantee of SUS (Unified Health System) in its historical and constitutional aspects. Thus, it is argued that to oppose these aspects, employees must be based on the concept of democratic and participatory management contained in the Federal Constitution of 1988. Even with contradictions and conflict, social workers need to defend a universal public health system, which is able to reinforce the values of ethical-political project of the professional category.*

**Keywords:** *Health Policy; Social Work; Management.*

---