

SERVIÇO SOCIAL: TENDÊNCIAS PRÁTICO-POLÍTICAS NO CONTEXTO DE DESMONTE DO SUS

SOCIAL WORK: PRACTICAL-POLITICAL TRENDS IN THE CONTEXT OF SUS DISMANTLING

Tânia Regina KRÜGER*

Resumo: O objetivo deste texto é problematizar as práticas técnicas e políticas do Serviço Social na saúde provocadas pela atual conjuntura de desmonte e desconstitucionalização que atingem o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. A produção do texto é de natureza descritiva e exploratória, foi desenvolvida por meio de estudos de revisão bibliográfica, documental e sistematização de experiências oriundas de diferentes vivências políticas e acadêmico-profissionais do trabalho do Serviço Social na saúde. O texto, além de focar a conjuntura da segunda década dos anos 2000, destaca também algumas tendências da prática do Serviço Social na saúde: antes do SUS, caracterizando-se por práticas vinculadas à atividade médica e à educação sanitária; depois do SUS, ampliando os espaços nos serviços públicos e suas práticas adquirindo um caráter de direito social. Após 2016, com a desconstitucionalização progressiva do SUS, a tendência parece ser da ampliação de demandas socioassistenciais e emergenciais, impondo práticas tecnicistas e despolitizadas que reavivam referências tradicionais da área. Esses momentos estão longe de qualquer linearidade, pois são preenchidos com elementos de continuidade e de metamorfoseamento.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde. Prática profissional.

Abstract: The objective of the text is to problematize the technical practices and policies of the Social Service in health caused by the current scenario of dismantling and unconstitutionalization that affects the Brazilian Unified Health System. The production of the text has a descriptive and exploratory nature, it was developed through studies on bibliographical and documentary revision and systematization of experiences originated from different political and academic-professional experiences from the Social Service work in health. The text, besides focusing on the scenario of the second decade of the 2000s, also highlights some tendencies in the Social Service practice in health: before the SUS, characterized by practices related to the medical activity and health education; after the SUS, expanding the spaces in public services and their practices, gaining a social right character. After 2016, with the progressive unconstitutionalization of SUS, the tendency seems to be the expansion of welfare and emergency demands, imposing technical and depoliticizing practices that revive traditional references in the area. These moments are far from any linearity, since they are fulfilled with continuity and metamorphosing elements.

Keywords: Social Work. Health. Professional practice.

Submetido em 07/08/2018.

Aceito em 07/12/2018.

* Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Educação e Cultura pela Universidade do Estado de Santa Catarina. Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. Professora adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina vinculada a Graduação e ao Programa de Pós-Graduação. Pós-Doutorado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra em 2018. Professora Pesquisadora Pq2 CNPq. Tem experiência profissional, pesquisas e publicações na área de Serviço Social, Políticas Sociais, com ênfase em Saúde Pública, principalmente nos seguintes temas: SUS, política de saúde, controle social, participação, planejamento, gestão e relação público privado nas políticas sociais. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social. Cidade Universitária, Trindade, CEP 88040-900, Florianópolis, SC – Brasil. E-mail: <tania.kruger@ufsc.br>.

Introdução

No caso brasileiro, tratar do Serviço Social como uma profissão cujo objetivo é trabalhar com políticas públicas, universais e de superação das desigualdades tem colidido com os projetos dos governos do mundo capitalista contemporâneo, que estão submetendo os direitos sociais, e a democracia, às necessidades de reprodução ampliada do capital. Tal conjuntura tem complexificado às expressões questão social, incluindo no debate público e no senso comum inúmeros elementos conservadores e moralistas em relação à vida social e às políticas sociais, resultando para os assistentes sociais alterações nas relações trabalhistas e nas demandas cotidianas.

Assim, nessa conjuntura, o presente texto tem como objetivo problematizar as práticas técnicas e políticas do Serviço Social na saúde, com destaque para o período recente de contrarreforma no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao tratar do Serviço Social na saúde não se pode desconsiderar a tensa trajetória de institucionalização e desinstitucionalização do SUS. A desinstitucionalização do SUS, aqui também chamada de contrarreforma, vem avançando de maneira considerável desde 2016, num contexto de desmonte e privatização de empresas e dos serviços públicos estatais. Todo esse processo encontra-se permeado por uma crise ideopolítica que está destruindo, com grande apoio dos meios de comunicação social, as bases do Estado democrático e de direito timidamente construídas no Brasil nas três últimas décadas. Assim, cabe-nos apresentar algumas expressões desse desmonte do SUS, com práticas denominadas de inovação e modernização: realização da gestão pública com base no direito privado, efetivando Parcerias Público-Privadas (PPP); entrega da gestão do serviço público a empresas denominadas de Organizações Sociais; aprovação da Emenda Constitucional EC 95/2016, o chamado Novo Regime Fiscal que limitará o crescimento das despesas durante 20 anos; tramitação da proposta de criação dos Planos de Saúde Acessíveis (planos privados populares); permissão de exploração do capital estrangeiro nos serviços de saúde; revisão da Política de Atenção Básica, rompendo com sua perspectiva integradora e abrangente; alteração da Política de Saúde Mental; liberação do uso de agrotóxicos danosos a saúde; autorização para cursos de graduação a distância, sem prever um tratamento diferenciado para a área da saúde; redução significativa do Programa Farmácia Popular, entre outras.

É nesse contexto que se colocam os desafios para o nosso texto, identificar situações e refletir sobre elas e sobre as implicações e imbricações para o Serviço Social vinculado ao SUS. Esse desmonte atinge o conjunto das políticas sociais e, em particular, o SUS e o trabalho do Serviço Social na saúde, nosso objeto de estudo.

Nesses 30 anos do SUS, sua implementação sempre foi objeto de disputas na relação público-privado e meio ao qual o Serviço Social, vinculado à saúde, não passa ao largo. Os princípios do projeto ético-político do Serviço Social possuem fundamentos muito semelhantes aos do SUS, que se pautam na radicalidade democrático-popular. Se ambos nunca conquistaram uma hegemonia efetiva, a conjuntura pós-2016 ameaça ainda mais seus fundamentos. Nesse texto, o propósito é apresentar os elementos da

conjuntura que implicam no trabalho do Serviço Social na saúde, que se pauta pelas referências do projeto profissional construído nas últimas três décadas. Observando que o Serviço Social, à medida em que se afasta dos princípios do seu projeto ético-político e dos fundamentos do SUS, pode tornar-se cada vez mais funcional a uma sociedade que aumenta o poder de mando do plano financeiro e reduz os serviços públicos que respondem às demandas públicas e coletivas.

O contexto de contrarreformas, de desconstitucionalização e superprecarização do SUS é uma estratégia econômico-política de vulnerabilização e de empobrecimento à vida da classe trabalhadora. Afeta sobremaneira o exercício profissional do assistente social na saúde, assim como o trabalho de outras categorias, e a formação profissional nas universidades públicas. Mas esse não é processo linear, pois muitas categorias profissionais, assim como vários espaços acadêmicos de formação, têm sido núcleos de resistências a este conjunto de contrarreformas. Particularmente, faremos o exercício de identificar as implicações, refletir sobre elas e sobre os desafios colocados para o exercício profissional do assistente social na saúde, considerando um pouco da trajetória do Serviço Social, antes e depois do SUS.

A produção do texto apresentada é de natureza descritiva e exploratória, foi desenvolvida por meio de estudos de revisão bibliográfica de autores reconhecidos no âmbito da saúde e do Serviço Social. A pesquisa documental envolveu documentos do Ministério da Saúde, das políticas e serviços do SUS, sobretudo, a legislação após 2016. Além do mais, as reflexões desencadeadas devem-se a experiências acadêmico-profissionais e políticas do Serviço Social na saúde¹ e do acompanhamento de notícias em geral.

O texto, que ora apresentamos, em um rápido percurso considera três momentos do Serviço Social na saúde que, longe de serem retilíneos e isentos de contradições, caracterizam sua inserção prático-política nesse espaço de atuação. Inicialmente, apresenta itens com reflexões sobre o Serviço Social na saúde antes do SUS, caracterizando suas práticas essencialmente vinculadas ao serviço médico, à educação higienista e, de modo residual, ao Movimento da Reforma Sanitária. Na sequência, o Serviço Social na saúde depois do SUS, a partir do conceito ampliado de saúde, seus princípios e suas competências, com expansão de suas demandas nos serviços públicos e no mercado de trabalho na área. Esse período esteve aliado à construção do projeto ético-político do Serviço Social e à implementação de políticas sociais de corte democrático-popular. Por fim, no período após 2016, com a desconstitucionalização progressiva do SUS, em meio a inúmeras resistências no âmbito técnico e político, observamos a tendência de ampliação das demandas socioassistenciais e emergenciais, com caráter tecnicista e despolitizador e a precarização do mercado de trabalho profissional.

¹ Este texto é parte dos resultados do Projeto de Pesquisa Integrado Guarda-chuva, coordenado pela autora: *Saúde e Serviço Social: planejamento, gestão, participação e exercício profissional*, com a realização no período de 2015 a 2019, no Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculado ao Núcleo de Estudos em Serviço Social e Organização Popular (Nessop).

1. O Serviço Social na saúde: práticas e tendências antes do SUS

Falar do Serviço Social na saúde, hoje, implica considerar em 2018: os 30 anos do SUS e da Constituição Federal; os 25 anos do Código de Ética Profissional e da nova lei de Regulamentação da Profissão; os 40 anos que o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), reconhecido como o Congresso da Virada, completará em 2019; além dos 20 anos das Diretrizes Curriculares do Serviço Social, completados em 2016. Estes marcos do chamado projeto ético-político do Serviço Social e dos direitos sociais no Brasil caracterizam essencialmente estas três décadas nas quais o Serviço Social vem sendo identificado como progressista do ponto de vista democrático-popular. Ao reconhecer este período progressista, não se ignoram as contradições e disputas internas, a continuidade da tendência de modernização conservadora, o metamorfoseamento de certas práticas (por exemplo as de educação e saúde) e a reatualização do conservadorismo dentro do Serviço Social.

Historicamente, a saúde foi o maior empregador de assistentes sociais, situação que se alterou com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na primeira década dos anos 2000². Entre 1940-1990, a atuação no campo do Serviço Social na saúde deu-se, por meio de abordagem individual, sustentando-se nos referenciais médicos, da psicologia e do funcionalismo. Como categoria, o Serviço Social não se apresentava com polêmicas internas significativas, até meados da década de 1960. A partir dessa época, alguns segmentos profissionais começaram a questionar a posição conservadora do campo profissional, configurando assim o início do processo de reconceitualização. O período de renovação profissional do Serviço Social no Brasil, em meio à ditadura militar, desenvolveu-se em três direções: rumo à perspectiva modernizadora; no sentido da reatualização do conservadorismo e com a intenção de ruptura (NETTO, 2001). Foge ao escopo deste estudo a explicitação de cada uma dessas vertentes. No entanto, ressaltamos que o Serviço Social na área da saúde, no período de renovação, esteve voltado predominantemente para a estratégia de modernização conservadora, com vinculação destacada ao complexo previdenciário de assistência médica e atividade direcionada à saúde individual, às práticas comportamentais e de higiene e não à saúde coletiva (BRAVO, 1996). Outro foco de atuação, não exclusivamente na saúde, à época da ditadura, foi junto às agências de fomento do interior do país (Sudene, Sudam, Sudesul, Sudeco) com práticas de desenvolvimento de comunidade e educação sanitária, buscando formar *comportamentos* adequados à urbanização e à industrialização que se desenvolviam no país.

Com este tipo de prática profissional, as lutas do Movimento Sanitário que levaram à construção do SUS, assim como o processo organizativo e o aprofundamento teórico do Serviço Social (processo de reconceitualização), não repercutiram de imediato entre a maioria dos assistentes sociais da área da saúde. Como no Movimento Sanitário, reconhece-se também, no Serviço Social, avanços no aspecto legal, institucional, acadêmico e político. Porém estes inegáveis avanços da profissão e do movimento de lutas pela saúde

² O Serviço Social carece de estudo abrangente e atualizado para qualificar esta informação que bastante se repete no seio da categoria. A título de exemplo, citamos alguns: Cfess (2005), Bravo e Matos (2007), Matos (2009), Raichelis (2010), Castro e Oliveira (2011).

pública não foram tão expressivos no segmento da categoria atuante na área da saúde. Segundo Bravo 1996), esta parte da categoria não refletiu teórica, prática e politicamente, e nem a relação com os avanços da profissão e do Movimento Sanitário, até o início da década de 1990. No entanto, esta particularidade do Serviço Social na saúde pode, sem dúvida, ser explicada pela forte influência da hegemonia do controle médico e do pensamento conservador do setor, que se prestam facilmente a práticas pragmáticas. Assim, as práticas clínicas, curativas e individualizadas, predominantes na área médica, possuem grande resistência em compreender a determinação social da saúde e as propostas de saúde coletiva que fundamentam o exercício profissional das áreas não médicas. Mas tais referências são objeto de questionamentos entre os defensores do SUS, seja dentro da categoria do Serviço Social, seja fora dela.

2. O Serviço Social na saúde: práticas e tendências depois do SUS

Apesar da falta de condições de estabelecer uma mensuração quantitativa, torna-se visível a alteração desse quadro, desde a década de 1990. Provavelmente essa modificação foi potencializada pela implementação dos direitos sociais, reconhecidos em 1988, particularmente pela implementação do SUS e pelo debate do projeto ético-político do Serviço Social, na década de 1990 e na primeira dos anos 2000. Verifica-se, desde então, uma crescente participação dos assistentes sociais da saúde nas discussões da saúde coletiva. Isso se expressa através da Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998), que manifestou o entendimento do SUS sobre a relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, do acesso igualitário aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde – a integralidade da atenção, a participação social e a importância da ação interdisciplinar nesse âmbito. E reconheceu entre 14 categorias profissionais da saúde, de nível superior, o assistente social como profissional da saúde.

Paralelamente, as pesquisas e publicações desta última década adensaram o debate sobre o Serviço Social na saúde, sobretudo no âmbito do SUS³, e se configuram referência nacional da profissão e do SUS. As linhas de pesquisa das pós-graduações em Serviço Social que tratam da temática das políticas sociais estão contribuindo para fortalecer este debate, tanto no campo da política de saúde, (a tensão entre o projeto da Reforma Sanitária, o projeto privatista e o projeto transformista (KRUGER, 2014), quanto apontando novos espaços de atuação técnica e política (promoção de saúde, judicialização, ouvidorias, planejamento, vigilância em saúde, formação, educação permanente e conselhos de saúde) e indicando possibilidades de requalificação das ações, a partir das demandas tradicionais da saúde (atenção básica, plantões de hospitais, saúde mental, ações em equipes multiprofissionais, educação e saúde). Outro indicador desse adensamento

³ São referências para o debate nacional as produções de assistentes sociais como: Maria Inês Bravo, Ana Maria de Vasconcelos, Regina Célia Mioto, Vera Maria Nogueira, Dalva Horário, Jussara Mendes, Maurílio Castro Matos, Maria Valéria Correia, Raquel Cavalcanti Soares, Andréia de Oliveira, Edvânia Lourenço, Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi, Alessandra Ximenes da Silva, Rodriane de Oliveira e Souza, Marina Monteiro de Castro e Castro, dentre outros. As produções do Serviço Social vêm sendo reconhecidas por outras áreas do conhecimento, ver Vieira (2016).

do debate, da pesquisa e da atuação profissional neste espaço sócio-ocupacional tem sido a participação do Serviço Social nos programas de indução do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, com o intuito de formar profissionais com perfil para atuar no SUS. Inserem-se neste conjunto as residências nas modalidades uniprofissional e multiprofissional em área da saúde e os programas Pró-Saúde e o PET Saúde destinados a estudantes da graduação dos cursos da área da saúde⁴.

A inserção do Serviço Social no SUS sustenta-se técnica, social e politicamente em função da descentralização, da municipalização, dos seus objetivos, princípios e das competências, conforme artigos 5º, 6º e 7º da Lei 8.080 (BRASIL, 1990), do conceito ampliado de saúde com o reconhecimento da determinação social do processo saúde e doença. Ou seja, no espaço do executivo e da gestão materializam-se vários programas que, para atenderem os fundamentos do SUS, estão demandando, com frequência, o trabalho do assistente social, não como área exclusiva/privativa. Assim, em meio ao embate pelo reconhecimento das determinações sociais do processo saúde e doença e das necessidades de saúde em relação ao paradigma médico-centrado e curativo, o assistente social tem construído novos espaços de atuação, sobretudo nas áreas de promoção da saúde. Também nas áreas de vigilância em saúde, educação permanente e nos espaços de coordenação, controle social, gestão e planejamento. Consequentemente nesses 30 anos de SUS, ampliou-se o mercado de trabalho do Serviço Social, assim como o de outras profissões da área da saúde.

Os referenciais clínicos, que pautaram o atendimento tradicional, cedem, em parte, lugar aos referenciais da ciência política e da saúde coletiva, de forma a subsidiar a construção de perspectivas de trabalho que visem atender às demandas coletivas e seguir o projeto de saúde pública que o SUS representa para o Brasil (KRÜGER, 2010). Destaca-se, no entanto, que os referenciais clínicos continuam presentes, mudando por vezes suas expressões, mas a expansão do setor privado, as estratégias campanhista (mutirões) e a corrente racionalizadora (ROCHA, 1994) do sistema, que se pauta pela relação custo/benefício sem considerar as amplas desigualdades sociais, ilustram bem a tensão com o projeto de saúde coletiva construído no âmbito do SUS.

Os fundamentos do SUS (saúde como direito universal e obrigação do Estado, princípios, competências, conceito ampliado de saúde, determinação social da saúde, gestão estatal) abriram inúmeras possibilidades de trabalho, multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, e estas contam com a atuação de assistentes sociais para além da execução; muitas vezes na coordenação, na gestão e no planejamento. Os espaços de debate político, como os Conselhos e as Conferências de Saúde, os processos de planejamento participativo, as capacitações de conselheiros ou trabalhadores da saúde, ouvidorias e regulação, representam novos focos de atuação dos profissionais. Ao mesmo tempo, estes espaços, como os de promoção da saúde, educação permanente e ouvidoria, apontados antes, podem ser ampliados e qualificados pelo trabalho dos assistentes sociais.

⁴ Os programas Pró-Saúde e o PET Saúde foram significativamente financiados e tiveram expressiva participação dos cursos de graduação em Serviço Social entre os anos de 2007 a 2014.

Nos trabalhos interdisciplinares na área da saúde, o assistente social vem ocupando espaços significativos, na mesma medida em que grandes desafios vêm se colocando nessas relações e dinâmicas de trabalho. As experiências interdisciplinares têm colocado, no âmbito do trabalho em saúde, temas que historicamente foram negligenciados pelas práticas biomédicas, curativas e individuais, como: violência, dependência química; questões de gênero e etnia; poluição do meio ambiente, saneamento; movimentos sociais na área da saúde mental; direitos reprodutivos, portadores de patologias; política de nutrição e alimentação; população em situação de rua; população prisional; controle social e organização comunitária e saúde do trabalhador. Para tratar temas assim, que fogem às tradicionais demandas e relações de trabalho médico-centradas, o assistente social, por sua formação, tem o potencial para se tornar um articulador nesse debate intersetorial, indicando reflexões e formas de atendimento, segundo uma perspectiva de totalidade. Ou seja, avaliamos que o assistente social, a partir dos conteúdos de sua formação, tem condições técnicas e políticas para pautar reflexões no grupo de profissionais e nos espaços de planejamento e gestão, em direção ao reconhecimento das necessidades em saúde e das determinações sociais do processo saúde e doença, contemplando as particularidades dos segmentos sociais.

As ações profissionais dos assistentes sociais podem ter maior centralidade e sustentação, na medida em que se pautarem pelos fundamentos do SUS e do Projeto Ético-Político da profissão. Isto implica em que estes profissionais estejam munidos de todo o aparato teórico-metodológico da profissão, aliado aos conceitos fundamentais da área da saúde. Para uma atuação pautada na totalidade, é imprescindível que a ação profissional esteja sustentada nos conhecimentos da realidade e dos sujeitos para os quais é destinada, desdobrando-se em definição de objetivos da ação (MIOTO; NOGUEIRA, 2009).

Com vista a fortalecer as conexões entre o projeto ético-político da categoria e as bases da Reforma Sanitária e do SUS e sugerir eixos para a prática do assistente social, em 2010, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) lançou documento, construído a partir de um debate nacional, intitulado *Parâmetros para atuação do assistente social na saúde* (CFESS, 2010). Trata-se de um documento de natureza política e técnica, sendo uma tentativa de responder a demandas da categoria e a análises, amplamente sistematizadas por Bravo (2007) e Vasconcelos (2006), sobre a distância entre o acúmulo teórico-político e metodológico e a materialização do exercício profissional no cotidiano junto a usuários e instituições.

Um estudo de Silva e Krüger (2018) indicou que os *Parâmetros* possuem o mérito de se estruturar com base nos fundamentos do SUS e dos princípios do projeto ético-político do Serviço Social e de ter emergido de órgãos representativos da categoria (conjunto Cfess/Cress). Mas a pesquisa com profissionais do âmbito hospitalar evidenciou que o documento dos *Parâmetros* não é utilizado no cotidiano profissional, além de ser pouco conhecido em seu conteúdo. Do documento, os profissionais recordam os quatro grandes eixos de atuação, mas ao relacionar com sua prática relembram essencialmente o eixo do atendimento direto ao usuário e as demandas de natureza assistencial/emergencial. O conhecimento do documento que os profissionais revelam, na sua maioria, aponta para a identificação de atividade que é ou não é atribuição do assistente social. Houve dificuldades em conseguir fazer mediações do exercício profissional cotidiano com

os fundamentos do SUS, com o projeto ético-político e a conjuntura regressiva de ampla restrição dos direitos sociais e o empobrecimento severo da classe trabalhadora, evidenciando quase uma relação administrativa com o documento.

Este período pós-Constituição de 1988 e de construção do projeto ético-político possibilitou para o Serviço Social na saúde, segundo Vasconcelos (2006), pelo menos na intenção, um discurso progressista e uma postura favorável aos seus usuários, mas uma parcela considerável dos profissionais não tem tido condições objetivas de captar as possibilidades de ação nessa realidade. Apesar dos objetivos explícitos na direção do projeto hegemônico, insiste a autora, os assistentes sociais vêm negando ou transformando antigas demandas em obstáculos profissionais, trazendo como consequência a perda de espaços tradicionais e a perda de novos espaços.

Não é simples fazer uma avaliação destas quase três décadas sobre o Serviço Social na saúde. Mas se é certo que temos uma distância entre o acúmulo teórico-político e metodológico e a materialização do exercício profissional, é certo também que precisamos de pesquisas mais robustas sobre as particularidades da prática nessa área de atuação. Tal indicação vale também para a formação graduada e pós-graduada, pois se existem postura e objetivos compatíveis com os fundamentos do SUS e do projeto ético-político, estes emergiram em grande medida da academia, portanto permanece também como desafio para a formação, que o *ensino da prática*, seja mediado pelo acúmulo teórico-metodológico.

Neste tempo, avaliamos que os avanços da categoria na área da saúde são inegáveis, mas que a conjuntura macro vem recolocando e atualizando os desafios, e nesse sentido estamos de acordo com Vasconcelos (2006, p. 31):

Contribuir para transformação de um direito legal em direito real, na busca da radicalização da democracia, exige trabalho pensado, consciente e não compaixão, ajuda, o que não significa negar, e não se preparar para lidar e enfrentar a dor, o sofrimento, diferentes perdas e necessidades imediatas.

3. O Serviço Social na saúde e a desconstitucionalização do SUS

No conjunto de contrarreformas, e aqui não nos referimos apenas às brutalmente impostas ao país e aos brasileiros desde 2016, mas também às inúmeras resistências, descontinuidades, aos transformismos e desfinanciamentos que o SUS sofre desde a sua regulamentação, os desafios para o Serviço Social estão sempre sendo repostos. Na conjuntura recente, assistimos ao adensamento da desconstitucionalização, da privatização e do que Soares (2017) denominou de superprecarização do SUS⁵. O impacto dessas medidas sobre o cotidiano do trabalho do assistente social não tem sido pequeno e supomos que deve se alargar, pois frequentemente o profissional tem sido requisitado para colaborar no estímulo à adesão do usuário ao

⁵ Sobre a conjuntura de desconstitucionalização do SUS consultar: Argumentum (2018), Teixeira e Pinho (2018), Oliveira e Krüger (2017).

conjunto de mudanças da contrarreforma. Segundo Soares (2017, p. 124-125), esta colaboração se expressa em várias modalidades:

Afinal, toda a violação ou restrição do direito à saúde é justificada em nome da crise do Estado brasileiro e da necessidade do 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, etc.

Assim, a ascensão da desestruturação do SUS e o gerencialismo da gestão tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais de sentido colaboracionistas, restringindo os espaços de atuação que dizem respeito às determinações sociais da saúde e da doença, ao planejamento e à gestão do sistema. Esta conjuntura de empobrecimento crescente dos usuários, enxugamento das políticas de proteção social e da precarização das condições do mercado de trabalho conduz o Serviço Social na saúde a recuperar elementos tradicionais de sua prática como o de pautar sua atuação com ênfase no cotidiano. As exigências são intensificadas para responder a demandas clínicas, curativas e imediatas (a dor, a morte, a fome, o socorro a situações de violência ou desabrigo, falta de medicamentos e de transporte...) não sobrando tempo e nem condições de trabalho para tratar dos temas: financiamento, modelo de atenção, política de recursos humanos, deliberações dos espaços de controle social, modelos de gestão, crescentes desigualdades sociais e desmonte do SUS.

Num contexto de miséria, necessidades básicas não satisfeitas e de carências socio-políticas e culturais, emergem com facilidade temas vinculados a emoções socioafetivas e ao discurso de autoajuda. Fazendo assomar estratégias que diluem as relações de poder, camuflam o desmonte das políticas sociais, exaltam a valorização dos atributos individuais e coletivos da sociedade civil. Com laços frouxos na vida socioeconômica, pela necessidade de pertencimento, a sociedade civil adere com facilidade a discursos e a políticas de repressão, familiarização, cooptação e cooperação (TURMINA, 2009). No contexto do SUS, as manifestações desse processo já possuem pelo menos 15 anos, com o advento de temas como a humanização, o cuidado/cuidador/autocuidado, a representação, a escuta qualificada, o vínculo, a qualidade, o acolhimento, a responsabilização pessoal e familiar, a organização do Procedimento Operacional Padrão (POP) e dados epidemiológicos, apresentados com restrita interlocução à política de saúde e à determinação social da saúde (MORAES, 2017).

Considera-se que esses temas localizados respondem a demandas sociais e de saúde, dotadas de legitimidade que não devem ser restringidas e cujo atendimento recai sobre o Serviço Social, pois de outra forma não receberiam atenção do setor público. No entanto, no processo técnico do exercício profissional, o assistente social não pode desconhecer que as demandas assistenciais e emergenciais são expressão de demandas públicas e coletivas e nem se submeter à flexibilização dos referenciais e questionamentos difusos

(recheados da retórica da humanização e empoderamento) sobre os fundamentos do projeto ético-político do Serviço Social e do SUS.

Mesmo com as práticas progressistas vinculadas à democracia de base popular, empreendida pelos profissionais de Serviço Social no SUS, não podemos ficar cegos diante do quanto de continuidade das práticas tradicionais persistem nesse espaço profissional, sobretudo com respostas ao assistencial, ao emergencial e à individualização das demandas. A assistencialização das práticas em saúde do Serviço Social persiste como uma tendência também da natureza das demandas profissionais. A pesquisa de Soares (2017, p. 130) em Recife identificou que:

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; e apenas 2% informaram a predominância de demandas de mobilização, participação e controle social.

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Silva (2017) com assistentes sociais de instituições hospitalares de Florianópolis sobre as demandas que chegam ao setor, considerando os quatro eixos de atuação profissional indicados nos *Parâmetros para atuação do assistente social na saúde*. Os profissionais apontaram largamente o predomínio de demandas que se vinculam ao atendimento direto ao usuário. Quanto aos demais eixos, os profissionais da pesquisa tiveram até dificuldades de reconhecer demandas em relação à mobilização, participação e controle social; à investigação, planejamento e gestão e à assessoria, qualificação e formação profissional, pois são ínfimas e residuais no dia a dia de trabalho. Uma exceção foi o destaque às práticas de supervisão de estágio que se vinculam a eixo da formação profissional

Esta é uma característica histórica do trabalho do Serviço Social na saúde, mas a conjuntura recente de desemprego e desmonte generalizado das nossas poucas políticas sociais está aumentando demandas de natureza emergencial e assistencial e diminuindo as demandas de planejamento, gestão, mobilização, participação e controle social. E essas demandas que chegam para o Serviço Social, caracterizam-se fundamentalmente como demandas reprimidas que o sistema não tem sido capaz de atender por restrição do acesso, mas com tendência a que não haja contração. A conjuntura de *crise* que justifica todas as reformas e o corte na proteção social despolitiza brutalmente as causas da questão social que se manifestam no cotidiano por meio das necessidades do emergencial e assistencial. As práticas profissionais que melhor respondem às medidas de ajuste para superação da *crise* são de natureza tecnicista e despolitizada. Como exemplo desse tipo de requisição, destacamos o Manual de Implantação e Implementação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), para Hospitais Gerais e Especializados, o qual refere que o Núcleo deve ter uma composição mínima e o assistente social está entre os profissionais. Mas o texto menciona ora o “profissional assistente social” e ora a “Representação da Assistência Social” (BRASIL, 2017, p. 30). As funções para o assistente social situam-se apenas no campo das orientações sobre transferências, informação sobre leitos de retaguarda, esclarecimento sobre os Termos de Consentimento, sensibilização quanto às

rotinas e os fluxos do hospital, apoio aos serviços terapêuticos e “Participar no cuidado da saúde do indivíduo em sua totalidade Bio-Psico-Social-Espiritual” (BRASIL, 2017, p. 41). Destacamos, ainda, que este Manual, elaborado e editado pelo Ministério da Saúde, não apresenta o logotipo do SUS, e a rápida referência ao SUS no seu texto não tem qualquer sentido de reforçar o Sistema.

As práticas gerencialistas no setor público, as instituições filantrópicas hoje sendo revestidas de modernização sob a forma de Organizações Sociais, as Empresas Públicas como a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – e as Parcerias Público-Privado (PPP) –, por exemplo, são expressões da articulação dialética entre a tecnificação e a assistencialização da política, que além de requisitarem ações profissionais que respondam essencialmente às demandas assistenciais, individuais e emergenciais, impõem contratos de trabalho precários e rebaixamento salarial. Estas modalidades de vínculos de trabalho, segundo Soares (2017), estão incidindo diretamente sobre a relativa autonomia dos profissionais de saúde. Estes terão mais obstáculos para ultrapassar a racionalidade hegemônica em suas práticas, configurando uma lógica de acumulação de vínculos profissionais na saúde, intensificando ainda mais a superexploração profissional e tendencialmente impondo mais limites às práticas em saúde que se sustentam nas proposições da reforma sanitária.

Nesse contexto vale conhecer o número de assistentes sociais trabalhadores da área da saúde registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES/Datasus/Ministério da Saúde. Nota-se a expressividade do número de profissionais que atuam no atendimento ao SUS e, sobretudo, o número crescente de profissionais vinculados ao setor público, eram 14.771 em 2005 e 26.704 em 2015. No mesmo período, o setor filantrópico praticamente dobrou o número de profissionais contratados, de 1.590 em 2005 para 3.148 em 2015. No entanto sua representatividade em relação ao setor público é pequena (BRASIL, 2018).

Quadro 1 - Número de assistentes sociais da área da saúde por período no Brasil e por natureza de prestador⁶

Empregadores de Assistente social	2005	2010	2015	2018
Não atende ao SUS	455	857	1.320	2.138
Atende o SUS	17.687	23.354	31.724	34.508
Prestador Público	14.771	18.789	26.704	-
Prestador Filantrópico	1.590	2.116	3.148	-
Prestador Privado	1.321	1.588	1.869	-
Prestador Sindicato	5	4	3	-
Prestador não informado	0	857	0	-

Fonte: Brasil (2018). Elaboração da autora.

⁶ Cabe evidenciar que nossa intenção era apresentar a série histórica de profissionais na saúde desde 1990, quando o SUS foi regulamentado, mas o CNES apresenta dados apenas a partir de agosto de 2005. Os dados do quadro foram extraídos do sistema do CNES tendo como mês de referência: 2005 – agosto, 2010, 2015 e 2018 sempre o mês de março. Nestes anos, o CNES foi mudando sua forma de apresentação e registro dos dados, cabendo aqui mencionar as observações registradas ao final dos dados obtidos. Até maio de 2012, as informações estão disponíveis como “Natureza” e “Esfera Administrativa”. De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como “Natureza” e “Esfera Administrativa”, como “Natureza Jurídica” e “Esfera Jurídica”. A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como “Natureza Jurídica” e “Esfera Jurídica”.

Supomos que os dados de empregados em administração indireta (Empresas Públicas, Autarquias, Organização Social e Fundação Pública) estão contabilizados no atendimento do SUS e como prestadores públicos, pois o sistema não nos permite esclarecer. Fica o desafio para futuras pesquisas no sentido de evidenciar a evolução do tipo de vínculos e as instituições empregadoras de assistentes sociais.

Certamente o período de expansão dos contratos de assistentes sociais também foi um período de expansão e interiorização do SUS. Os dados do CNES relacionam, em março de 2018, 32 modalidades de estabelecimentos de saúde que empregam assistentes sociais com atendimento pelo SUS. Do total de 34.508 profissionais, 8.138 estão em hospitais gerais, 8.062 em Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, 4.461 em clínicas especializadas/ambulatórios especializados e 3.951 em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e em outras unidades em menor número. Os dados do CNES sobre o vínculo em hospitais gerais e hospitais especializados reafirmam que, historicamente, o maior empregador de assistentes sociais na saúde continuam sendo as instituições hospitalares. No entanto, a municipalização e a interiorização do SUS empregaram profissionais nas unidades básicas, e podemos deduzir que são essencialmente os vinculados aos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs) e aos CAPS. Profissionais vinculados à Secretaria de Saúde são 1.502 e estes podem ter algum vínculo com o planejamento e com a gestão do sistema (BRASIL, 2018).

Foi uma ampliação significativa de mercado de trabalho para o Serviço Social, mas uma ampliação que ocorreu reproduzindo as contradições do sistema cuja estrutura de serviços não vem efetivando a universalidade do acesso. Foi uma ampliação restrita, pois, ao mesmo tempo e contraditoriamente, aumentou o número de serviços, de profissionais e procedimentos sem dar conta da complexidade das necessidades sociais e de saúde da população usuária – seja em termos qualitativos ou quantitativos –, afirmando e negando direitos (SOARES, 2017). Considerando todos os elementos apontados nesse texto sobre a desconstitucionalização do SUS, podemos perceber as possibilidades de o mercado de trabalho estabilizar ou ser reprimido, na mesma medida que deverão aumentar as demandas de natureza emergencial e assistencial.

Não estão igualmente fora dos impactos desse contexto as universidades públicas e a formação dos profissionais. A cultura da crise e os chamamentos a ações para sair da crise, via ajuste fiscal e redução drástica das funções públicas estatais, ameaçam a formação profissional baseada nos fundamentos do projeto ético-político do Serviço Social e do SUS, substituindo-os por fundamentos técnicos e despolitizados. Desnudar todas essas implicações e retrocessos, requer que ultrapassemos a superficialidade da aparência, tanto na formação como no exercício profissional, para identificar quais são as necessidades sociais. Igualmente identificar que as necessidades do capital determinam as demandas e aprofundam a desigualdade, a pobreza, a cultura política autoritária de um povo sem direitos sociais, restando para o Serviço Social atuar na tecnificação e assistencialização descontextualizadas e despolitizadas.

Ao final não podemos deixar de reconhecer que esta conjuntura regressiva, todos os desafios do SUS e do Serviço Social, não pode nos cegar para o tamanho do SUS. Os números de seus procedimentos,

nas três esferas de governo, são contabilizados em bilhões e milhões. O SUS movimenta 90% do mercado de vacinas e 70% de equipamentos hospitalares; oferece 350 mil dos 503 mil leitos disponíveis no país; leitos de UTI são 17 mil, representando 49% do total existente; tem o maior banco de leite humano do mundo; possui Sistema de Vigilância em Saúde, Ambiental e Epidemiológica. Possui, ainda, bancos de sangue, remédios gratuitos, serviços de alto custo e de alta complexidade tecnológica, e muitas ações, programas, financiamentos e investimentos voltados à saúde (ANDRADE, 2012). Como diria Gilson Carvalho, nas suas tradicionais Domingueiras⁷, a sensação exata é de que muito foi feito, mas ainda há muito para fazer. É incontestável que SUS trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade e para o interior do país. Generalizou um sentido de direito às ações e aos serviços de saúde e à participação popular nas decisões da saúde e com isso ganhou igualmente um *status* de direito social⁸.

Considerações finais

O contexto de contrarreforma do SUS, a partir das diferentes expressões apresentadas no texto, leva-nos a supor que tenderá a fortalecer o financiamento do modelo baseado em média e alta complexidades, que geram demandas por recursos adicionais, de forma organizada e oligopolista, dos hospitais privados e filantrópicos, contratados por distintos *entes da* federação. Esta tendência é corrosiva para os fundamentos democrático-populares do SUS, para a organização da universalidade do acesso a partir da atenção primária, para os serviços de vigilância em saúde, para os colegiados deliberativos da política e, sobretudo, acarreta implicações diretas nos processos de formação e no exercício profissional do Serviço Social.

Em função desse contexto regressivo, buscamos defender para o assistente social, uma ação profissional resultante de investigações que focalizem a questão social e suas particularidades no momento conjuntural, observando suas derivações para a área da saúde coletiva. A capacidade de enfrentamento pelo assistente social pode ser mais eficaz por meio de formulações teórico-políticas aliadas à utilização de instrumental técnico-operativo para responder às demandas colocadas. Entendemos que a vinculação teórica e política dos fundamentos do SUS ao projeto ético-político do Serviço Social não se processa de modo linear. Tampouco é automática a identificação dos antagonismos do projeto hegemônico do Serviço Social e do SUS com os fundamentos da contrarreforma e mesmo com as práticas conservadoras da profissão e da saúde. Por isso, o processo sócio-histórico de institucionalização do SUS e suas tensões nesses quase 30 anos de implantação devem ser conteúdo obrigatório nos espaços de trabalho e acadêmico, com vistas a fortalecer seus fundamentos na perspectiva de um projeto de saúde nacional de base democrático-popular.

⁷ IDISA. Domingueira da Saúde de Gilson Carvalho. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/pasta_85_0__domingueiras.html>. Acesso em: 19 dez. 2017.

⁸ As notícias recentes revelam que este tamanho do SUS vem diminuindo, dada à política de austeridade. Brasil, de Fato (2017), Abrasco (2018) e Pereira (2018).

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 de práticas pedagógicas. É urgente a necessidade de potencializarmos a função pedagógica da prática social do assistente social, conferindo a essa função a direção emancipatória, articulando com as práticas de mobilização social, de pesquisa, de sistematização das demandas do cotidiano e de reflexões sobre as determinações da conjuntura. 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. A conjuntura de contrarreformas impele a todos a não negar o espaço tradicional de intervenção nas necessidades sociais imediatas, nas demandas socioassistenciais e emergenciais, mas a buscar condições técnicas e políticas de atuar nos processo de planejamento, gestão e participação popular, de modo a dar respostas às necessidades do SUS e à vida dos sujeitos coletivos – considerando a saúde como um bem público, com direção e organização não mercadorizada. E esse, em nosso entender, caracteriza os desafios técnicos e políticos da prática profissional. Nossa história de profissão interventiva continua tendo demandas e legitimidade para tanto, mas somos impelidos ao avanço reflexivo e técnico para desvelar e atuar sobre as causas da questão social. Tal proposta considera que as contradições, as continuidades históricas e as disputas pela mercantilização dos serviços públicos preenchem o fazer técnico e político do Serviço Social.

Por isso, o processo sócio-histórico de institucionalização do SUS e suas tensões nesses quase 30 anos de implantação devem ser conteúdo obrigatório nos cursos de graduação e pós-graduação, nos programas de residência e nos debates das entidades político-organizativas da categoria, com vistas a fortalecer seus fundamentos na perspectiva de um projeto de saúde nacional de base democrático-popular.

Referências

ABRASCO. **Nota alertando sobre a queda da cobertura vacinal no Brasil**. 21 ag 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/08/v01-620x415-v1d.png>. Acesso em: 22 ag 2018.

ANDRADE, L. O. M. de. **SUS, conquistas e desafios**. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania, São Paulo, 20 nov. 2012. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/11/20/sus-conquistas-e-desafios/>. Acesso em: 13 dez. 2017.

ARGUMENTUM. **Reformas regressivas e política de saúde**, v. 10, n. 1, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/issue/view/840>. Acesso em: 04 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento ... Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 12 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 10 set. 2017.

_____. _____. **Manual de Implantação e Implementação**, NIR. Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>. Acesso em: 25 set 2018

_____. _____. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**. 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 17 abr. 2018

BRASIL DE FATO. **Repórter SUS. Revisão feita pelo Ministério da Saúde diminui atendimento à população**. 21 de setembro de 2017. Disponível em: <https://www.brasilefato.com.br/2017/09/21/reporter-sus-or-revisao-feita-pelo-ministerio-da-saude-diminui-atendimento-a-populacao/> Acesso em: 25 set 2018.

BRAVO, M. I. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 1996.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. O projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2007. p. 199 -215.

CASTRO, M. M. C.; OLIVEIRA, I. M. L. Trabalho em saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 1, p. 26 - 43, jan./jul. 2011.

CFESS/CRESS. **Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília, Cfess/Cress/Ufal, 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/pdf/perfilas_edicaovirtual2006.pdf Acesso em: 25 set. 2018.

CFESS. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 12 set. 2017.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**, v. 9, n. 2, p. 123-45, dez. 2010.

_____. SUS: da perda da radicalidade democrática ao novo desenvolvimentismo. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 218-226, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Adm/Downloads/36150-120325-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 28 set. 2017.

MATOS, M. C. Assistente social: trabalhador(a) da área da saúde: reflexões a partir do debate brasileiro. **Interacções**, n. 17, p. 45-63, 2009.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e saúde – desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/374/227>. Acesso em: 09 set. 2017.

MORAES, B. V. **As tendências teórico-políticas do Serviço Social em relação ao SUS nos Cursos de Residência Multiprofissional**. 2017. 85 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (Especialização) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

OLIVEIRA, A. de; KRÜGER, T. R. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde, a residência multiprofissional em saúde e a participação do Serviço Social. In: SILVA, A. X.; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Org.). **Contrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde**. Campina Grande, Paraíba: Eduepb, 2017. p. 179-200.

- PEREIRA, R. M. B. **Doenças por falta de saneamento custam R\$ 100 milhões ao SUS.** Em 21.09.2018. Disponível em: <http://gehosp.com.br/2018/09/21/doencas-sus/> Acesso em: 23 set 2018
- RAICHELIS, R. Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no SUAS. **Serv. Soc. Soc.**, n. 104, p. 750-772, out./dez. 2010.
- ROCHA, J. S. Y. Sistema Único de Saúde: avaliação e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 1, p. 3-10, 1994.
- SILVA, D. C.; KRUGER, T. R. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na política de saúde: o significado no exercício profissional. **Revista Temporalis**, v. 18, n. 35, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n35p265-288>. Acesso em: 04 maio 2018.
- SOARES, R. C. Tendências da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social: privatização e superprecarização. In: SILVA, A. X.; NOBREGA, M. B.; MATIAS, T. S. C. (Org.). **Contra-reforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões da política de saúde.** Campina Grande, Paraíba: Eduepb, 2017. p. 179-200.
- TEIXEIRA, S. M. F.; PINHO, C. E. S. Liquefação da rede de proteção social no Brasil autoritário. **Revista Katálysis**, v. 21, n. 1, p. 14-42, jan./abr., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n1p14/36192>. Acesso em: 04/05/2018.
- TURMINA, A. C. Literatura de autoajuda: um olhar sobre as relações de trabalho. **Contrapontos**, v. 9, n. 3, p. 94-109, set./dez., 2009.
- VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2006.
- VIEIRA, K. R. Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da EBSERH. **Rev. Bras. Adm. Pol.**, v. 9, n. 1, p. 157-178, 2016. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/rebap/article/view/22413/14375> Acesso em: 09 fev. 2018