

Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde

Por Vera Maria Ribeiro Nogueira¹ e Regina Célia Tamaso Miotto²

Introdução

No contexto das contribuições e dos desafios que vêm sendo reiteradamente colocados ao Serviço Social é que o presente artigo espera direcionar e ampliar o debate sobre a atuação profissional no campo da saúde. Dessa forma, objetiva-se contribuir para a materialização do projeto ético-político da categoria profissional, subsidiar a ação do assistente social junto às equipes interdisciplinares atuantes no Sistema Único de Saúde – SUS e favorecer um atendimento de qualidade à população usuária do sistema nacional de saúde.

A partir da implantação do SUS, a adoção do paradigma da produção social da saúde³ produziu uma rearticulação dos discursos e das práticas profissionais tradicionais no campo da assistência à saúde, acarretando o que Miotto (2004, p.12) afirma:

Não é por acaso que questões importantes como educação em saúde, trabalho comunitário, trabalho com redes, controle social, incluindo discussões sobre abordagens metodológicas, venham se estruturando como campo de conhecimentos em áreas como a enfermagem, a medicina, a psicologia, a nutrição dentre outras.

Porém, se por um lado a expansão da preocupação com o social aumenta no âmbito das outras profissões, por outro o Serviço Social adquire um novo estatuto a partir da

1 - Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina e do II Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/modalidade Residência - UFSC/PMF/MS

2 - Professora da Escola de Serviço Social – Mestrado em Política Social da Universidade Católica de Pelotas e do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

3 - A produção social da saúde concebe o processo saúde-doença como definido no “contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento {...}. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”, conforme indicado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (Ministério da Saúde, 2006c).

proposição do novo paradigma. É justamente através dessa apropriação que as ações profissionais encontram um novo espaço para sua discussão. Deve-se observar, no entanto, que construir essa nova posição do Serviço Social impõe coloca-lo no âmbito da discussão interdisciplinar que tem se realizado no campo de conhecimento da saúde coletiva. Tal procedimento permite dar concretude, direcionalidade e visibilidade à profissão, tanto a partir de seu projeto de formação profissional estruturado desde os anos de 1990, como de suas práticas profissionais, historicamente construídas, e re-visitadas sob a luz do projeto ético-político do Serviço Social. Essa discussão torna-se fundamental para impulsionar e assegurar a transformação das práticas profissionais no contexto da reforma sanitária. Como afirma Merhy (1997, p.72):

Nestes muitos anos de militância e acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada.

Essa perspectiva possibilita superar a suposta dissonância existente entre a prática dos assistentes sociais e o projeto ético-político da profissão, entre a teoria e a prática e entre a intenção e a ação. Observa-se que os assistentes sociais, talvez por falta de clareza ou de conhecimento quanto aos projetos em confronto ou por opções ideológicas, têm se inserido no campo da saúde muitas vezes de forma acrítica, ou seduzidos pelo canto das sireias, que é o mercado, na direção oposta ao projeto ético-político.

Essa observação referenda as previsões de Netto (1996), segundo o qual haveria a “agudização da luta ideo-política” entre diferentes projetos profissionais, considerando que as demandas profissionais imediatas estariam pressionadas pelas demandas do mercado de trabalho. Afirma, ainda, que as tendências de mudanças do espaço profissional estariam condicionadas pela redução da demanda de atividades e pelo imbricamento entre novas e tradicionais demandas dentro de um universo muito mais complexo e heterogêneo dos usuários.

Nessa perspectiva é que se envidam esforços para responder de forma ética e competente às novas demandas que são colocadas, considerando os projetos profissionais

coexistentes no Serviço Social e no campo da saúde. Retornando as previsões de Netto (1996), o enfrentamento desse confronto e de suas derivações se faria através da construção de novas competências e não pela perspectiva corporativa e ignorando as demandas do mercado. Porém, tais respostas seriam diferentes, considerando os projetos profissionais coexistentes. Assim, o neoconservadorismo tenderia a incorporar as exigências do mercado como determinantes da formação profissional enquanto a direção social estratégica, construída no início dos anos de 1990, conectaria as sinalizações do mercado à análise macrosocial, aos valores e objetivos da profissão.

Dentre as projeções realizadas para a profissão, no quadro das transformações societárias típicas do capitalismo tardio, considerando as demandas do mercado de trabalho e a cultura profissional, está a indicação “da necessidade de elaborar respostas mais qualificadas (do ponto de vista operativo) e mais legitimadas (do ponto de vista sócio-político) para as questões que caem no seu âmbito de intervenção institucional”. Com isso sinaliza que “as possibilidades objetivas de ampliação e enriquecimento do espaço profissional [...] só serão convertidas em ganhos profissionais [...] se o Serviço Social puder antecipá-las”. Indica ainda que tais possibilidades serão configuradas “por tensões e conflitos na definição de papéis e atribuições com outras categorias sócio-profissionais” (NETTO, 1996, p.124).

Nessa linha, o presente texto contempla três campos de discussão relacionados a competência na dimensão teórico-metodológica e técnico-operativo⁴, a saber: as referências teóricas que subsidiam as ações dos assistentes sociais, a sistematização de tais ações, os requisitos relacionados ao planejamento e avaliação das ações profissionais.

⁴ Observa-se que a dimensão ético-política foi abordada no texto **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**

2. Aportes teóricos que subsidiam a ação profissional no campo da saúde

Este item tem a finalidade de aprofundar a discussão sobre promoção da saúde relacionando-a ao direcionamento das ações do assistente social, como profissional do campo da saúde.

É consensual que a proposta do SUS veio ancorada numa concepção ampliada de saúde e hoje se discute que as ações profissionais se viabilizam especialmente através do marco conceitual da promoção da saúde e de pautas programáticas expressas pelo Ministério da Saúde (2006a), dentre as quais se destacam:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Quanto a promoção da saúde é importante assinalar que atualmente existem diferentes concepções sobre o tema, que remetem aos distintos paradigmas hoje em disputa, um deles vinculado ao denominado conceito moderno de promoção à saúde e outro referenciado no

modelo da história natural da doença desenvolvido por Leavell & Clark em meados do século XX (BUSS, 2003).

Para Buss (2005), o conceito moderno de promoção à saúde, assim como sua prática, é decorrente das discussões efetuadas nas grandes conferências internacionais de promoção à saúde. Estas, segundo o autor, contribuíram decisivamente para a construção de uma nova forma de entender a promoção da saúde como fator essencial para o desenvolvimento humano. Nessa perspectiva é que os documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde associam-se a valores tais como: vida, democracia, cidadania, participação, dentre outros. Associam-se também a um conjunto de estratégias envolvendo ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais.

Em outra direção, ainda segundo o autor, a concepção de promoção da saúde atrelada ao modelo da história natural da doença pensa a saúde vinculada à idéia de ausência de doença, na perspectiva dos três níveis de prevenção, ou seja, prevenção primária, prevenção secundária e terciária. Nesse esquema a promoção da saúde estaria acoplada no nível da prevenção primária, que deve ser desenvolvida no período de pré-patogênese. Assim, a promoção da saúde consiste em adotar medidas para aumentar a saúde e o bem-estar, não se dirigindo a uma doença ou desordem determinada, mas incluindo ações de educação e motivação sanitária, e estimulando determinadas condições para o desenvolvimento, como nutrição adequada, condições de moradia. Enfim, a promoção da saúde nesse modelo tem um enfoque centrado no indivíduo, extensivo às famílias e a outros grupos dentro de certos limites.

Constatada a insuficiência do modelo de Leavell & Clark para tratar as questões de saúde, incorporaram-se ao mesmo outros elementos, como medidas preventivas em relação ao ambiente e aos estilos de vida. Ainda assim, essa concepção está calcada em primeiro lugar na concepção de saúde como ausência de doença, e em segundo lugar enfatiza que os programas e ações praticados estão concentrados em

componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob

o controle dos próprios indivíduos, [...] e fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos (BUSS, 2005, p.18-19).

A distinção acima apontada se constitui justamente como o divisor de águas entre uma concepção cuja finalidade da prevenção é a ausência de enfermidade e o moderno conceito de promoção da saúde, que se caracteriza pela constatação do protagonismo dos determinantes gerais nas condições de saúde da população e tem como objetivo contínuo “um nível ótimo de vida e de saúde... [e cuja] ...ausência de doenças não é suficiente, já que perante qualquer nível de saúde registrado em um indivíduo sempre haverá algo a ser feito para promover um nível de saúde melhor e condições de vida mais satisfatória” (BUSS, 2005, p. 21).

Como se vê, essa concepção perpassa os diferentes níveis de complexidade específicos da atenção à saúde – prevenção, promoção e cura – ou seja, não entende a promoção da saúde como uma etapa anterior à prevenção ou a cura. Portanto, envolve um campo de conhecimentos e práticas transversais a todas as ações e níveis de saúde, especialmente vinculando-os ao conjunto das políticas sociais. Possibilita concretizar a diretriz constitucional que preconiza a atenção integral à saúde.

Viabilizando concretizar os princípios da universalidade de acesso e equidade em relação aos direitos sociais, a ação cotidiana dos assistentes sociais tem papel fundamental na construção da integralidade em saúde. Uma integralidade entendida como princípio dotado de vários sentidos que consistem tanto na abordagem do indivíduo na sua totalidade como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto na organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além de garantir acesso aos diferentes níveis de complexidade da atenção em saúde, oferece respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas (PINHEIRO & MATOS, 2001).

Nessa perspectiva a integralidade está calcada em dois pilares básicos que são a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado

das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde.

A intersectorialidade, como uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas visando à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas institucionais para produzir efeitos significativos na saúde da população, e exige a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (REDE UNIDA, 2000; JUNQUEIRA, 2004).

Para Junqueira (2004), a intersectorialidade pode ser concebida também como um processo de aprendizagem e de determinação de sujeitos que, através de uma gestão integrada, respondam com eficácia aos problemas da população em um território determinado. A intersectorialidade atende justamente à necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, demandada pela idéia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde.

Como marco de referência, é importante assinalar que essa concepção de promoção à saúde se define dentro de sua ampla ramificação e presença na vida cotidiana e, por essa razão, é equivocadamente associada à idéia de saúde como qualidade de vida. Essa associação, contraditoriamente, tem dado margem a imprecisões e ao fortalecimento de ideologias que enfatizam a qualidade de vida como adoção de hábitos e estilos de vida "saudáveis", conceito fortemente vinculado ao desenvolvimento de consumo num mercado repleto de soluções mágicas para todos os problemas. Desloca-se mais vez, para os indivíduos a responsabilidade por estilos de vida saudáveis e, portanto, por sua própria saúde, acentuando os processos de culpabilização da vítima (MARCONDES, 2004; BYDLOWISKI *et al*, 2004)

Para Teixeira (2004, p. 39), o debate sobre a promoção da saúde, no momento atual pode "adquirir um significado estratégico, na medida em que se constitua como um dos referenciais que ajudem a retomar e atualizar o conjunto de propostas do projeto da reforma sanitária, cujo escopo ultrapassa o processo de construção do SUS" e recoloca desafios para a

saúde pública, que necessitam ser enfrentados. Nesse enfrentamento, segundo Marcondes (2004, p.12), a participação social joga papel fundamental, pois, para o autor,

“provavelmente o que fará diferença para a promoção da saúde ser instrumento do neoliberalismo ou da igualdade social, de fato, seja a participação social. Com ela é que podemos enfrentar a polissemia da “qualidade de vida”, a fim de removê-la da retórica vazia que atende os interesses privados na saúde.

Dentro dessa perspectiva é que cabe ao assistente social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social e a falta de informação e conhecimento da população quanto aos seus direitos impõe de forma inequívoca ao assistente social ações no sentido da promoção da cidadania, da construção e do fortalecimento de redes sociais e de integração entre as ações e serviços de saúde.

No escopo dessa proposta sustenta-se a materialização do projeto ético-político da profissão, que se realiza através de ações profissionais nas quais o Serviço Social tem longa trajetória. O projeto profissional, nos termos de Lamamoto (1999), consiste justamente na articulação entre a dimensão macro-societária – que implica o reconhecimento do terreno sócio-histórico sobre o qual a profissão se movimenta considerando seus limites e possibilidades – e a dimensão profissional que compreende as respostas técnico-profissionais dos assistentes sociais, respostas que expressam, por sua vez, como estão sendo apropriadas e redefinidas pela categoria profissional a realidade e as imposições macro-societárias. Nessa direção é que cabe ao assistente social um papel importante nos processos de construção da integralidade e da participação social, conferido pelo saber significativo que tem nesses âmbitos. É com essa perspectiva é que se discutem alguns indicativos de uma possível sistematização sobre o conjunto de ações profissionais no campo da saúde, particularmente relativas ao SUS.

3. A sistematização das ações profissionais no SUS

O tratamento da prática profissional, em qualquer campo, está permeado por problemas de naturezas diversas que tornam o seu debate um verdadeiro desafio para aqueles que se propõem a realizá-lo. Apesar dos inúmeros questionamentos que pairam

sobre as possibilidades de responder a esse desafio, reafirma-se que o Serviço Social tem um conhecimento acumulado que o habilita a concretizar as ações demandadas na perspectiva da promoção à saúde, desde que se inscrevam de forma sistematizada e articulada aos marcos teóricos em curso.

Nesse contexto, a ação profissional é entendida pela ótica da totalidade que significa apreendê-la

em suas múltiplas relações com a esfera da produção/reprodução da vida social, com as instâncias de poder e com as representações culturais – científicas e ético-políticas – que influenciaram e incidiram nas sistematizações da prática e ações profissionais, ao longo do tempo. (IAMAMOTO, 1999, p. 191)

Com base nessa concepção é que se enfrenta o desafio de tratar a prática profissional a partir de sua categoria básica que é a ação profissional. As ações profissionais, segundo Miotto (2006), se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha de abordagens adequadas para aproximar-se dos sujeitos destinatários da ação e compatíveis com os objetivos. Finalmente implica na escolha de instrumentos apropriados às abordagens definidas e também de recursos auxiliares para a sua implementação. Todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo⁵. Parte-se da premissa que toda ação profissional se constrói como processo, não existindo *à priori*, pois é parte integrante do processo histórico, estando em jogo distintos determinantes sociais. Porém, de forma geral ela pode ser definida como o

conjunto de procedimentos, atos, atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizadas por sujeitos/ profissionais de forma responsável, consciente. Portanto, contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, e expressa no momento em que se realiza o processo de apropriação dos profissionais quanto fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico. São as ações profissionais que colocam em movimento, no âmbito da realidade social, determinados projetos de profissão. Estes, por sua vez, implicam em diferentes

5 - Uma discussão mais completa sobre ações profissionais consultar Lima (2004); Miotto (2006).

concepções de homem, de sociedade e de relações sociais. (MIOTO, 2001 *apud* LIMA, 2004).

As ações profissionais do assistente social no campo da saúde, assim como em outros, não ocorrem de forma isolada, mas se articulam em eixos/processos à medida que se diferenciam ou se aproximam entre si, e particularmente na saúde integram o processo coletivo do trabalho em saúde⁶. Não seria demais repetir que estão pautadas na lógica do Direito e da Cidadania, mais ainda, na lógica do direito a ter direitos, o que na área da saúde, reflete uma visão de cidadania estratégica, baseada na organização em torno das necessidades de saúde, que, no caso, não estão reduzidas unicamente à atenção médica – paradigma que dominou muito tempo o setor. A organização abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito.

Nessa perspectiva, a construção da integralidade e da participação social em saúde, pelo Serviço Social, está atrelada a três processos básicos, dialeticamente articulados, a saber: os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e aos processos sócio-assistenciais. A integração entre esses três processos é que permite estabelecer o trânsito tanto entre os diferentes níveis de atenção em saúde, quanto entre as necessidades individuais e coletivas, à medida que as ações profissionais estão, direta ou indiretamente, presentes em todos os níveis de atenção e de gestão.

Os **processos político-organizativos** correspondem a articulação de um conjunto de ações, dentre as quais se destacam a mobilização e a assessoria, incrementando discussões e ações entre seu espaço sócio-ocupacional – quer seja numa unidade básica de saúde, num hospital ou num ambulatório especializado –, a comunidade e as mais diferentes instituições visando à universalização, à ampliação e à efetivação dos direitos. Nessas ações, são

6 - Sobre proceso de trabalho em saúde ver Merhy (1997).

privilegiados os espaços de controle social instituídos no campo da política de saúde, tais como os Conselhos de Direitos⁷, as Conferências e outros órgãos, como o Ministério Público.

Portanto a assessoria, como ação viabilizadora da concepção de promoção da saúde, consiste em contribuir efetivamente na organização da população para que se converta em sujeito político capaz de inscrever suas demandas na agenda pública. A ação acontece no sentido de identificar e propor alternativas e possibilidades concretas de enfrentamento às questões no cotidiano da luta por direitos, bem como resgatar e trabalhar os limites da ação, produzir e/ou socializar informações e análises, tendo em vista o encaminhamento de soluções que viabilizem o atendimento de suas demandas, e o seu fortalecimento como classe organizada. Nesse contexto, a ação profissional tem a função de dinamizar e instrumentalizar o processo participativo, respeitando o potencial político dos sujeitos envolvidos nesse processo, considerando as necessidades imediatas e, a médio e longo prazos, a possibilidade de construir um novo padrão de sociabilidade entre os sujeitos. Ou seja, indicam-se ações guiadas pela premissa da democratização dos espaços coletivos e pela criação de condições para a disputa com outros projetos em disputa atualmente no âmbito da política de saúde.

Para Alves (2004), baseada numa revisão de literatura, a assessoria aos conselhos pode ser efetivada de diferentes maneiras. Pode ser tanto uma assessoria permanente como pontual e o tipo de assessoria está diretamente associado à demanda dos Conselhos e à proposta do profissional. Geralmente acontece através da presença em reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho, além da participação em fóruns de discussão. Nesse contexto, o assistente social intervém como agente que promove um processo de reflexão e análise sobre diferentes situações e também assessora e participa do processo de mobilização. Para tanto, a proximidade empírica e teórico-analítica que o assistente social dispõe, relacionada às diferentes expressões da questão social, que pressupõe a compreensão da dinâmica da realidade e das necessidades da população e dos movimentos da sociedade, bem como do conjunto de legislações vigentes e das diferentes políticas e programas sociais, permite que ele

7 - O Serviço Social conta com inúmeras referências sobre o assistente social no âmbito dos conselhos de direitos. Na área da saúde destacam-se os trabalhos de Bravo (1995, 2001, 2002).

usufrua de um acervo privilegiado de dados sobre o movimento da realidade social a ser utilizado na sua ação em assessoria.

Além disso, nas ações de assessoria desenvolvidas em diferentes espaços (Conselhos, Associações Comunitárias, dentre outras) é necessário que interesses e objetivos recíprocos sejam explicitados a partir de uma avaliação das possibilidades e limites da ação profissional. Essa estratégia inicial permite ao assistente social manter contato sistemático, contínuo e de longa duração com o espaço e os sujeitos com quem vai atuar. Para tanto, conhecer tais sujeitos, explicitar a complexidade e o conjunto de dificuldades que permeiam a demanda efetuada e refletir conjuntamente sobre o objeto da ação, são passos fundamentais para garantir um processo na direção da autonomia e da participação.

Os **processos de planejamento e gestão** correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no nível de gestão do SUS, no âmbito das instituições e serviços de saúde, no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das ações profissionais. Nesse âmbito estão contidas as ações particularmente destinadas à efetivação da intersetorialidade, quais sejam, a gestão das relações interinstitucionais e a criação de protocolos entre serviços, programas e instituições no conjunto das políticas sociais, que servem de base tanto para o trabalho do assistente social como para a equipe da qual é parte.

Estão vinculados também ao Planejamento e Gestão as ações voltadas para a capacitação de recursos humanos que visam ampliar a qualidade dos serviços e de sujeitos sociais subsidiando-os para influir nas diferentes instâncias decisórias e de planejamento das políticas públicas, especialmente a da saúde. Compõem ainda esse eixo, as ações relativas à gestão e avaliação institucional, de serviços e das ações profissionais. Assim, são relevantes as ações direcionadas à consolidação de uma base de informações, alimentada pela documentação do processo interventivo do assistente social (diário de campo, fichas, estudos, relatórios), para a realização dos processos acima indicados.

Os **processos sócio-assistenciais** correspondem ao conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da ação direta com os usuários nos diferentes níveis de

complexidade nos serviços de saúde, a partir de demandas singulares. Sua lógica reside em atender o usuário como sujeito, visando responder as demandas/necessidades particulares, numa perspectiva de construção de sua autonomia no âmbito das relações institucionais e sociais ao remetê-lo para a participação política em diferentes espaços, dentre os quais se incluem as próprias instituições e serviços de saúde e também os conselhos de direitos, os movimentos de base sócio-comunitária e os movimentos sociais na sua diversidade. Basicamente, incluem ações de diferentes naturezas, porém estão em constante interação, o que dificulta a distinção entre as mesmas. Porém, considerando seus objetivos primordiais, é possível distingui-las e com isso aprofundar os marcos referenciais que pautam a execução das mesmas e a própria interação entre elas. (MIOTO, 2006)

A grosso modo, vinculam-se a esse eixo as ações periciais, que podem ser definidas como aquelas que têm por objetivo elaborar parecer social ou pareceres técnicos com a finalidade de subsidiar a decisão de determinados órgãos ou profissionais para concessão de equipamentos, benefícios, prestação de serviços e também processos de referência e contra-referência. Também nesse grupo destacam-se as ações sócio-emergenciais, que visam atender às demandas que se revestem por um caráter de emergências que estão, por sua vez, relacionadas às necessidades básicas e de urgência dos usuários e de suas famílias (cesta básica, serviço funerário, dentre outros). E as ações sócio-terapêuticas, que tem como objetivo o apoio diante de situações de sofrimento individual e/ou grupal vividas pelos usuários e/ou familiares, particularmente em momentos críticos (mortes, recebimento de diagnósticos, acidentes), bem como a realização ou participação em ações terapêuticas, especialmente vinculadas à área da saúde mental.

Por fim, ainda a esse eixo estão vinculadas as ações sócio-educativas que consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário. A lógica do atendimento reside no usuário como sujeito, ou seja, a partir de seus problemas, contribuindo para que ele estabeleça de maneira autônoma a sua própria “forma de caminhar”, com intenção de alterar a situação de sofrimento que vem vivenciando, bem como alterar em longo prazo essa produção de sofrimento/carência no âmbito das relações sociais,

ao remetê-lo para a participação em diferentes espaços organizativos (LIMA, 2004; MIOTO, 2006).

A possibilidade de pensar as ações profissionais dentro da articulação proposta permite também referenciá-las sobre diferentes ângulos, nos diferentes espaços ocupacionais, e viabilizando um aprofundamento da discussão sobre o próprio fazer do assistente social, de suas referências teóricas, no contexto de um processo de planejamento que formalize as decisões a respeito de tais ações.

4. O planejamento na ação profissional e o campo da saúde

O Planejamento começa a integrar a matriz discursiva do Serviço Social, com maior intensidade, na década de 1970, parametrado pelo discurso da racionalidade e da intervenção nos processos de mudança, necessários e em curso nos países sub- desenvolvidos e em desenvolvimento. Portanto, é importante assinalar que o planejamento, como instrumento, está condicionado politicamente, o que determina que seu direcionamento ocorra no interesse da maioria, quando democraticamente utilizado, ou, ao contrário, de alguns grupos dominantes que têm acesso ao Estado ou participam do controle de organismos e agentes econômicos internacionais.

Na área da saúde o planejamento é utilizado de forma ampla e em distintos espaços e dimensões, a saber – para formalizar as políticas de saúde, dar organicidade aos sistemas de saúde, na dimensão gerencial e tecno-assistencial para implantação do SUS, para a delimitação dos sistemas locais de saúde, para a gestão do sistema de saúde suplementar, no planejamento em saúde, selecionando as prioridades e a partir do reconhecimento das necessidades de saúde – organizar as demandas em saúde, prever a cobertura dos serviços de saúde, favorecer a gerência e a gestão em saúde, fornecendo as ferramentas para a avaliação de programas, de serviços e de cuidados em saúde e previsão de custos e alocação de recursos.

Para resgatar essa temática no cotidiano da ação profissional, deve-se primeiramente marcar os três enfoques básicos do Planejamento: o planejamento social em si, como instrumento que orienta as mudanças sociais (BAPTISTA, 1979); o planejamento institucional, como instrumento de gestão e gerência e o planejamento como técnica estritamente ligada à ação profissional, isto é, à orientação da ação: instrumento inerente à prática profissional. Este texto tem como referência básica o último enfoque, ainda que, em algumas passagens se identifiquem as lógicas dos demais.

O processo de planejamento será abordado, em sua dimensão técnica de uso intensivo e necessário no plano profissional, trazendo algumas tendências que vêm sendo apontadas, hoje, no sentido de superação de caráter de mero instrumento tecnocrático, portanto enfatizando suas possibilidades de garantir uma ação competente. Ainda que a abordagem insira elementos do planejamento participativo e estratégico, a pretensão é superar os limites de tais proposições, resgatando, no entanto, itens presentes nas mesmas e que devem ser preservados e revistos para incorporação em propostas mais flexíveis e compatíveis com as exigências que vêm sendo feitas ao profissional.

Pensar o planejamento das ações profissionais no campo da saúde⁸ importa recordar que o processo de trabalho que se desenvolve na atenção sanitária é coletivo, envolve uma multiplicidade de fatores e determinantes e situa-se na lógica dos serviços, o que confere características especiais em seu planejamento. Entretanto, ainda que o trabalho em saúde se configure como uma ação coletiva, no plano profissional específico torna-se necessário um direcionamento racional à ação a ser desenvolvida com vistas a contribuir com o processo coletivo de trabalho, identificando seu espaço sócio-ocupacional no interior das equipes. Sem um processo contínuo de pensar racionalmente as ações corre-se o risco de se submeter a práticas burocratizadas, escoradas em um pretenso valor eficiente, imobilizada em atividades rotineiras e repetitivas. Planejar a ação profissional garante a possibilidade de um repensar contínuo sobre a eficiência, efetividade e eficácia do trabalho desenvolvido, formalizar a

8 - O planejamento em saúde se constitui em um campo específico de conhecimento, com uma vasta literatura a respeito. A Biblioteca Virtual do MS mantém extensa bibliografia sobre o tema planejamento disponível on line (MS, 2006). Neste texto será abordada a especificidade da ação do assistente social, não se desconhecendo, entretanto, que o processo de trabalho em saúde é coletivo.

articulação intrínseca entre as dimensões do fazer profissional, ou seja, as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Possibilita, no campo da saúde, formalizar as relações entre as estruturas institucionais e profissionais, entre os eixos da ação profissional, entre as dimensões da integralidade e da intersectorialidade na garantia do cumprimento dos objetivos propostos e ou previstos.

Assim, ações profissionais e institucionais caminham juntas, embora não se confundam, pois têm naturezas distintas, porém complementares. O caráter institucional coloca um relativo limite ao recorte do objeto da ação profissional, na apreensão das demandas e definição de objetivos, condicionando, ainda, os resultados do trabalho. Por sua vez, as ações profissionais moldam comportamentos institucionais em uma relação dialética, assimétrica e determinada pelo jogo de interesses e forças condensadas em espaços sócio-ocupacionais.

Para articular de forma favorável à relação instituição/desempenho profissional, é preciso conhecer a dinâmica societária, os atores em confronto, suas intenções e seus projetos e os protagonistas emergentes. No caso específico da área da saúde, concretamente e partindo dos dois projetos em confronto, identificam-se os atores envolvidos na trama; do lado do projeto privatista grande parte das corporações médicas e o complexo hospitalar-industrial; do lado do projeto sanitário, também parte do setor médico, aliados aos movimentos sociais populares, sindicatos progressistas, associações populares, associações de portadores de moléstias e síndromes que se tornam sujeitos políticos influentes, dentre outros. É preciso conhecer também as necessidades sociais, a exclusão social em saúde, as desigualdades no acesso à saúde, além das respostas que vêm sendo dadas às mesmas e, principalmente, como saber articulá-las em um todo factível, capaz de ser compreendido e planejado.

Como inscrever essas exigências no planejamento cotidiano é o desafio colocado ao assistente social. Inscrever não de forma utópica, formal, abstrata, mas sim de maneira operacional, possibilitando imprimir alterações concretas e visíveis na realidade, dando um contorno definido e identificável à ação profissional.

5. Elementos essenciais no planejamento das ações institucionais e profissionais no campo da saúde

Ainda que correndo o risco de aprisionar o aspecto dinâmico do planejamento, aponta-se que os processos de planejamento contêm em si componentes técnicos e metodológicos (enquanto métodos e caminhos a percorrer) e atuam como dispositivos que contribuem para imprimir racionalidade às decisões e das ações. Ou seja, dentro de seus componentes técnico- metodológicos, o planejamento exige instrumentos de consolidação das decisões, que são os planos, os programas e os projetos. Esses instrumentos marcam e/o registram diferentes níveis de decisão e maior ou menor aproximação com a ação. Guardam entre si coerência e relativo grau de interdependência. São documentos que formalizam as decisões tomadas em relação ao que se pretende.

○ Plano ou o Projeto, na condição de instrumento de gestão frente à realidade onde terá incidência, deverá fornecer respostas às necessidades sociais existentes em saúde existentes, de forma ordenada, articulando as possibilidades institucionais e os setores em questão, imprimindo um rumo consensual mínimo às situações abordadas e, principalmente, alterando tanto formas históricas e tradicionais de gerenciamento técnico-administrativo – mediando as relações institucionais –, como instituindo novas relações entre os atores sociais.

○ planejamento se constrói no âmbito das relações societárias e institucionais, que são marcadas pelas divergências, oposições e conflitos entre os atores envolvidos, conflitos que devem ser enfrentados via negociação democrática e participativa, evitando-se o uso de autoritarismos e comportamentos anti-éticos. A possibilidade de negociação de conflitos está vinculada à capacidade de compreensão dos processos sociais e informações relativas ao objeto do planejamento, esclarecendo e identificando visões corporativas, individualistas e de cooptação política ou de qualquer outra ordem. Sendo assim, quanto mais democrática for a construção do Plano, Programa ou Projeto, maiores serão as chances de se evitar conflitos futuros. Isso exige, para a elaboração do plano, um lento e cuidadoso processo de negociações em diferentes níveis, articulando e compatibilizando diferentes posições, prioridades, exigências políticas e propostas de diversos segmentos e de sujeitos sociais envolvidos.

Particularmente no campo da saúde, como apontam Negri e Di Giovanni (2001, *apud* Nogueira, 2002)⁹, os interesses do empresariado ligado ao complexo médico-hospitalar têm grande força política e econômica. Além disso, a descentralização da saúde, com os diferentes níveis de gestão, impõe ao assistente social, igualmente, novas exigências na articulação de referências e contra referências, o que exige ações planejadas de modo a garantir o atendimento integral.

Nessa direção, o planejamento situa-se como um processo de compreensão da realidade e opções estratégicas, que tem tempo e espaço bem definidos, consubstanciados em ações encadeadas e tendo em vista determinados objetivos. Sua implementação deverá produzir uma alteração sensível no real, alterações que são incorporadas à nova situação, o que dá a dinâmica e flexibilidade do processo. Todo o plano necessita, por isso mesmo, de revisões sistemáticas, e exige um acurado sistema de monitoramento/ controle/ acompanhamento para permitir a avaliação.

O plano ganha relevância política quando supera sua condição de simples instrumento formal burocrático, o que ocorre quando se consegue, durante sua elaboração, ampliar a discussão e participação dos interessados; produzir um conhecimento sobre as necessidades sociais dos grupos e segmentos aos quais se destina; colocar em evidência os responsáveis pela gestão dos setores que estão sendo planejados e inseri-los na agenda pública (Instituto de Estudos Especiais, 1998).

Especificando: para os processos de planejamento profissional no campo da saúde, o plano como instrumento normativo que é, expressa as intenções mais amplas, as diretrizes e as perspectivas gerais da mudança pretendida; é a proposição histórica do devir. Aqui entram os princípios e diretrizes gerais que orientam o proposto para a política nacional de saúde e podem ser identificadas, desde a Constituição Nacional até as leis, portarias incluindo as normas operacionais e os regulamentos que incidem sobre as decisões nacionais.

9 - Deve-se recordar o potencial das ações e serviços de saúde para, além da regulação política da força de trabalho, ser uma atividade crescentemente lucrativa, abrangendo diversos setores produtivos, desde os produtores de insumos do complexo médico-hospitalar até as intervenções, via atendimento médico e hospitalar à população. Esse processo foi caracterizado como o de capitalização da medicina, em sua primeira etapa e, ao acentuar-se, foi nomeado de mercantilização da saúde (NEGRI, DI GIOVANI, 2001, p. 17, *apud* Nogueira, 2002).

Resgatam-se ainda as possibilidades estratégicas que oferecem os princípios e as diretrizes nacionais de saúde em termos de universalização, integralidade, equidade em saúde e democratização das decisões. São, assim, elementos que podem fortalecer os encaminhamentos profissionais formalizados nos planos de ação, subsidiando processos decisórios e fortalecendo argumentação em negociações em que se inscrevam interesses contraditórios. As formações discursivas contidas nos documentos ministeriais apontam sempre na direção da universalidade, integralidade, equidade em saúde, participação democrática e controle social. Cabe aos assistentes sociais apropriarem-se desse conteúdo, entendendo-os como possibilidades éticas e políticas na luta pela ampliação da garantia da atenção integral e universal à saúde.

O Programa caracteriza-se pela agregação de atividades ou parcialização do plano em relação ao tempo, espaço e natureza do objeto. Na área da saúde referem-se, via de regra, a programáticas que têm como foco agravos à saúde. O Ministério da Saúde disponibiliza todos os programas que vem desenvolvendo atualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), os quais fornecem indicações preciosas para serem incorporadas ao planejamento das ações profissionais. É tarefa dos profissionais do Serviço Social realizar os recortes que sinalizam para o social nesses programas, estabelecendo a mediação entre o programa institucional e o programa no âmbito profissional.

O projeto é o instrumento mais utilizado pelos assistentes sociais em sua prática, pois inúmeras vezes o processo de planejamento está implícito no cotidiano institucional, sem uma expressão formal, que pode ser o plano ou o programa. Deve-se recordar que o projeto concretiza as decisões, sinaliza para ações que operacionalizam as intenções e objetivos contidos nos planos e programas. Por essa razão se pode afirmar que o projeto concretiza o planejamento.

O trabalho profissional aponta para a importância dos projetos de ação para se obter uma atuação consistente e não apenas pontual, "solta" e imediata. Sinalizando para o futuro, consiste no elo de ligação entre os objetivos definidos e a realidade, entre a possibilidade de ação e a execução, incidindo sobre as variáveis que se quer alterar. O projeto profissional acompanha e influi no movimento da realidade, contribuindo para a mudança pretendida.

Implica um procedimento lógico que assegura racionalidade e coerência à ação, garantindo seu êxito. Sobressai, também, como instrumento auxiliar da ação, permitindo seu acompanhamento e ainda uma pré-avaliação, isto é, uma avaliação *ex-ante* dos resultados de um investimento ou serviço.

Como documento técnico deve expressar as razões que justificam a ação – o que exige uma leitura acurada da realidade em que se situa, abordando as particularidades do real que se articulam e imprimem um nexos ao movimento do próprio real. Compreende uma caracterização da realidade em seus aspectos objetivos, elucidando e apontando tendências que levam a uma justificativa da proposição e realização da ação interventiva. O projeto não é um documento com *facies* teórica, mas pautado na realidade, nas situações reais de existência. Obviamente, análises explicativas sobre o fenômeno estudado são necessárias como instrumentos para apreensão do mesmo e portanto, proporcionando maior pertinência na escolha de alternativas de ação.

○ projeto expressa, ainda, o detalhamento das ações e atividades que se pretende realizar para atingir os objetivos, incluindo a definição de responsabilidades. Usualmente chamadas de metas, são as decisões detalhando os objetivos em termos de estratégias, táticas, ações/atividades, procedimentos, etc.

○ projeto consiste no elo entre os objetivos definidos e a realidade, entre a possibilidade de ação e a execução sobre as variáveis que se pretende alterar. É o que possibilita o controle da atuação durante seu intercurso e a sua avaliação posterior. Permite apontar, na área da saúde, as transformações ocorridas em termos de expansão da rede, incorporação dos aspectos sociais, qualificação do atendimento e melhoria dos indicadores sanitários.

Cabe lembrar ainda, conforme afirmado anteriormente, a ênfase que o processo de planejamento sempre teve na saúde, inicialmente como uma atividade unicamente racional ligada à área técnica, a organização dos sistemas e serviços de saúde e ultimamente como uma ferramenta estratégica, conforme proposta de, entre outros autores, Carlos Matus (1993) e Mário Testa (1995).

6. Processo de planejamento: a importância do conhecimento da realidade e a definição de objetivos.

A formulação de um plano deve partir, necessariamente, de uma leitura, uma caracterização da situação atual, evidenciando os pontos críticos sobre os quais a ação profissional deve incidir. Isso permitirá identificar os eixos da ação profissional exigidos pela situação, determinado, igualmente, pelo espaço sócio-ocupacional onde se inscreve a ação.

No campo da saúde a própria leitura já é condicionada pela concepção de saúde e conseqüente modelo de atenção. Consiste na apreensão e caracterização de uma dada realidade sanitária, o que permitirá a indicação do que deve ser alterado e como fazê-lo. É sempre aconselhável sua realização com a participação dos sujeitos envolvidos, sendo que, no primeiro momento, tem um caráter exploratório, constituindo-se uma matriz de conhecimentos que deve ser periodicamente atualizada.

A complexidade e aprofundamento do diagnóstico ou leitura de realidade é definida em razão da competência da instituição executora/planejadora, do volume e qualidade dos recursos e prazos disponíveis – no SUS tais definições são circunscritas pelo Ministério da Saúde e determinações estaduais e municipais. O diagnóstico deve conter ainda os dados da situação em si, isto é, as necessidades e demandas, os grupos com alta vulnerabilidade em termos de índices sanitários, apontando os fatos que lhes deram origem e que as vêm transformando, indicando o grau de crise ou gravidade da situação.

Nessa linha, o uso de índices de saúde já construídos auxilia a caracterização das necessidades em saúde, incidindo também sobre a demanda não atendida. Inclui concepções teóricas relativas à concepção de saúde, modelos de atenção e a análise das tendências sobre o tema em questão. Devem-se utilizar, para fundamentar esses elementos, os relatórios de agências multilaterais influentes, como os da Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Pan-americana de Saúde – OPAS, UNICEF e CEPAL, entre outras. Devem-se relacionar também as políticas de saúde existentes em diferentes níveis (perspectiva de totalidade), com os recursos disponíveis e a rede de serviços existentes para o atendimento, identificando os pontos de estrangulamento, como dificuldade de acesso, capacidade de atenção e demandas prevalentes não atendidas que acentuam as situações de risco. Tais

informações devem ser cotejadas com padrões de referência – índices comparativos – que, inclusive, auxiliam na seleção de prioridades e na posterior identificação das alternativas de ação.

A visibilidade conferida pela *internet* em disponibilidade de dados favorece sobremaneira a expansão do controle social, desde que lembrando ser importante a sua comparação a padrões de referência, a índices que representem parâmetros regionais ou nacionais, estabelecidos como alcançáveis dentro das mesmas condições, bem como a colocação de dados em série, (de anos ou períodos) para observação de tendências. Por exemplo, a comparação entre os melhores e piores índices de inclusão/exclusão, avaliados a partir de padrões básicos, pode flagrar discrepâncias, localizando as situações a serem enfrentadas (IEE, 1998, p.31).

Quanto à coleta de dados, todas as fontes devem ser utilizadas, tanto as que possuem dados estatísticos já sistematizados e constantemente atualizados, como as informações da população, pois uma complementa e confirma a outra. O DATASUS, as Secretarias de Saúde dos estados e município, o IBGE e instituições não governamentais não devem ser descartados como fontes de coleta de dados. Os bancos de dados já consolidados, sendo que muitos se encontram atualmente disponíveis em redes de *ftp*, *telnet* ou *internet*, como os indicadores de atenção básica previstos pela Portaria 21, de 05 de janeiro de 2005 (BRASIL, 2006), e o Caderno de Informações de Saúde, com informações para cada unidade da federação e cada município (BRASIL, 2006). A área da saúde é, entre as áreas sociais, possivelmente a que possui as melhores e mais qualificadas informações, acessíveis em grande parte, através da *internet*.

A interpretação das informações coletadas deve merecer especial atenção, uma vez que, sendo realizada em conjunto com os interessados, possibilita a construção gradativa de consensos que podem alterar situações hegemônicas, contribuindo para uma articulação que se manterá em todos os momentos seqüentes à ação profissional. São as informações que compõem a territorialização, circunscrevendo as áreas em termos de similaridades epidemiológicas, sociais e culturais, favorecendo as escolhas corretas em termos de planejamento em saúde.

Após o conhecimento aprofundado da realidade e de um claro diagnóstico da situação os objetivos devem ser definidos. Estes indicam claramente o que se quer alterar e onde incidirá o resultado da ação planejada após sua execução; enfim, qual será o produto obtido. "Fixar um objetivo é afirmar os resultados que desejamos, ou seja, o objetivo que vai expressar a nossa intenção transformadora, descrever aquilo que propomos como mudança, mudança esta que poderemos medir e observar" (CURY, 1998, p. 69). É a antecipação do resultado obtido, resultado esse que deverá ser mensurado, quantificado e definido com precisão. Os objetivos não devem ser confundidos com finalidades ou fins, sendo estes últimos mais referentes às diretrizes políticas mais gerais, à filosofia de ação. Uma distinção clássica entre finalidades e objetivos podem ser úteis no momento de formalizar as decisões.

Fins/finalidades	Objetivos
abstratas	concretos
ideais	reais
longo alcance	alcance em tempo determinado
mais ligadas a valores	ligados ao mundo dos bens e serviços
não permite avaliação direta	deve permitir uma avaliação direta

Dois elementos estão presentes quando se fala em objetivos; um de ordem psicológica, que diz respeito às motivações, interesses pessoais e coletivos, grau de mobilização, enfim, a atitudes e comportamentos; e outro que implica a consideração quanto aos recursos (técnicos, financeiros, institucionais, humanos (CURY, 1998, p.68). No campo da saúde ambos tem que ser compatibilizados, pois estão relacionados à questões vitais e de alto impacto na vida das pessoas.

Definir objetivos impõe negociações prévias (formais e informais), administração de conflitos, construção de consensos, conciliação de interesses e estabelecimentos de pactos de médio e longo alcance. Não "caem do céu" nem "saem da cabeça" do planejador – são decorrência de uma análise criteriosa das possibilidades e carências reais e objetivas. Estão relacionados com as situações de "crise", contidas na caracterização da situação. Não se concebe, no planejamento institucional e profissional, a indicação de um objetivo sem a sua necessária relação com necessidades e demandas sociais em saúde.

Devem ser viáveis técnica e politicamente, pois foram estabelecidos após a definição de alternativas em que se refletiu sobre a situação contextual, sobre o espaço institucional e sobre as forças políticas do momento, isto é, sobre os atores que darão sustentação às escolhas e opções pensadas. Sendo assim, para se definir os objetivos do plano, programa ou projeto, é necessário "perder tempo" com questionamentos e debates, até se ver bem claro aonde se quer chegar, quais os compromissos que decorrerão da decisão tomada, o grau de envolvimento das agências envolvidas e a possibilidade de controle da ação.

A própria redação dos objetivos deve ser clara, precisa, sem deixar dúvidas ou confusão de interpretação. Não se deve incluir em um objetivo mais do que um resultado esperado, o que iria dificultar a avaliação posterior. Devem ser expressos como a descrição de um resultado pretendido e tendo relação interna com a justificativa apresentada, com a "problemática situacional" relevante.

7. O controle, monitoramento e avaliação no planejamento

Pode-se dizer que o controle e o monitoramento acompanham o planejamento a partir de sua implementação, tanto na área da saúde como em qualquer campo disciplinar que o utilize. Usualmente se emprega os termos *controle* e *avaliação* no mesmo sentido, o que é um equivoco. Segundo Cohen (1993, p. 77), o acompanhamento ou monitoramento é

o exame contínuo ou periódico efetuado pela administração, em todos os seus níveis hierárquicos, do modo como se está executando uma atividade. Com isso, se procura assegurar que a entrega de insumos, os calendários de trabalho, os produtos esperados se consubstanciem nas metas estabelecidas e que outras ações necessárias programam de acordo com o plano traçado.

A avaliação, por sua vez, contém um elemento valorativo. Um juízo sobre o planejamento, seja antes ou depois de executado, isto é, *ex-ante* ou *ex-post*. Pode ser, também, avaliação de processos ou de impacto, ou, ainda, avaliação interna ou externa: técnica ou participativa.

Os processos avaliativos são encarados, no mais das vezes, como procedimentos burocráticos, custosos, ameaçadores, de caráter administrativo e financeiro (prestação de contas). Face a essa situação, os técnicos e administradores encontram muita dificuldade para implementar ou alterar qualquer projeto em andamento, dada a inexistência de análises e ponderações sobre as ações executadas. Têm também dificuldade de justificar suas ações e muitas vezes até seu trabalho, tornando-se presa fácil de injunções políticas face às quais não têm argumentos. As diversas decisões que envolvem um programa ou projeto são, assim, tomadas no "vazio" ou à mercê de oportunismos de toda ordem.

No campo da saúde, ainda que a tradição de se avaliar venha de longa data, os objetos sobre os quais incidiam os processos avaliativos se identificavam com o modelo de atenção à saúde adotado, com ênfase no controle de aspectos ligados ao fator etiológico e de vigilância sanitária e resultados de campanhas de vacinação e educação em saúde.

A avaliação é fundamental, primeiramente por uma questão de economia, seja de tempo, recursos, trabalho. As organizações que atuam na esfera pública precisam apresentar à sociedade os resultados/produtos de sua ação (CARVALHO, 1997, p.115). As organizações públicas têm o dever de manter uma relação de transparência sobre seus resultados, a eficácia de seus projetos, os custos realizados, seja com os usuários, financiadoras, atores sociais e, enfim, a sociedade em geral. Em segundo, por que ampliam-se as exigências, por parte das agências financiadoras, de instrumentos de controle sobre a qualidade das ações acordadas e o impacto sobre os processos sociais.

Do lado da instituição executora do projeto, a avaliação é a sua segurança e o procedimento que garante a confiabilidade do público-alvo e da sociedade em que se inscreve. Por parte dos profissionais, é o elemento que garante a visibilidade das ações profissionais e o impacto das ações no contexto nas quais se inscrevem.

Segundo Carvalho (1997), a avaliação contém três características processuais: é contínua e permanente, da concepção inicial aos resultados do projeto; inclui os atores envolvidos na apreciação dos resultados e implica em favorecer aos integrantes, sejam usuários ou membros da equipe gestora, o exercício da ação reflexiva.

De início, algumas pontuações conceituais são necessárias, como a distinção entre avaliação política e avaliação de políticas. A avaliação política diz respeito aos princípios, critérios e diretrizes que fundamentam a decisão sobre a realização de determinado programa, têm um cunho mais valorativo e abrigam uma concepção de justiça que pode ser ou não explicitada (FIGUEIREDO & FIGUEIREDO, 1986).

No campo da saúde está relacionada aos princípios e diretrizes do SUS, dos programas de saúde desenvolvidos em todos os níveis de gestão. Tem relação direta com os projetos de atenção à saúde, explicitando os valores que os informam. No caso da saúde, tais decisões passam pelo crivo dos Conselhos de Saúde, além das instâncias formais do poder legislativo, quando pertinentes.

Nessa linha de avaliação, ressalta-se a relevância do uso dos dispositivos de controle social na saúde, estabelecidos legalmente. Entre eles destacam-se, além dos Conselhos e das Conferências de Saúde, a análise e apreciação do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias, da Lei Orçamentária pelo Congresso Nacional. São documentos públicos indicativos do proposto para o setor saúde. Através da NOAS (BRASIL/MINISTERIO DA SAÚDE, 2006) foi instituído, como instrumento normativo, o Plano Diretor de Regionalização do Estado, que deve integrar o Plano Estadual de Saúde, o que favorece a avaliação política.

A avaliação de políticas enfoca a forma,

o desenho institucional e os traços constitutivos dos programas. Qualquer política pública pode ser formulada e implementada de diversos modos. [...] A análise de políticas públicas busca reconstituir estas diversas características, de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível. Ou, melhor dizendo, para dar sentido e entendimento ao caráter errático da ação pública. (ARRETCHE, 1998, p. 30).

Os procedimentos de avaliação e monitoramento/acompanhamento devem ser estabelecidos com o plano ou projeto, como um processo contínuo e sistemático. Interrupções podem interferir nos resultados ou mesmo inviabilizar uma análise posterior. No contexto das políticas sociais, entre elas as políticas de saúde, destaca-se o fato de, além de um produto físico, concreto e mensurável, gerarem também um impacto que pode ser objetivo, concreto, mensurável, ou ainda subjetivo, no plano das atitudes, comportamento e opiniões. Assim, tão

significativa quanto a medida do produto ou serviço atendendo a demanda, é a medida que os possíveis impactos têm nas condições de vida dos segmentos populacionais aos quais se destina (FIGUEIREDO & FIGUEIREDO, 1986).

Atualmente começa a se difundir a idéia da necessidade de avaliações realizadas por agências externas à instituição executora do planejamento. Acredita-se que este procedimento contribuirá para que agentes gestores aprimorem suas gestões, favorecendo um controle democrático das propostas desenvolvidas. No Brasil, nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem expandindo a avaliação por agências externas – e entre as mais atuais se destaca a Avaliação do Piso de Atenção Básica. Na mesma direção, a Organização Pan-americana de Saúde reitera, de forma contínua e sistemática, a importância dos processos avaliativos, divulgando continuamente os resultados obtidos pelas políticas nacionais de saúde das Américas em seu relatório anual e outros documentos.

Todo processo de avaliação implica na adoção de tipos e critérios de avaliação. Dentre os inúmeros critérios possíveis de serem adotados, alguns são considerados clássicos. Entre estes se situam os critérios de eficácia, eficiência e efetividade. Os tipos de avaliação mais usados podem ser classificados em função do momento de sua realização e dos objetivos que se espera da mesma. A avaliação *ex-ante* precede a implantação, é a realizada ao começar o projeto, antecipando fatores considerados no processo decisório [...]. A segunda ocorre quando projeto já está em execução ou já está concluído e as decisões são adotadas tendo como base os resultados efetivamente alcançados (COHEN, 1993, p.108).

A finalidade da primeira é dar uma certa racionalidade ao processo de decisão quanto à execução ou não do projeto, sendo usada a análise custo-benefício como a análise custo-efetividade. A avaliação *ex-post* implica um juízo de valor em relação aos resultados finais da ação desenvolvida e sua capacidade de alteração na situação identificada inicialmente; serve tanto para indicar a pertinência da continuidade ou não de um projeto como a sua continuidade, quando concluído.

Utiliza-se também a avaliação de processos, que se refere à utilização dos instrumentos, técnicas e procedimentos, determinando se são adequados aos fins a serem

atingidos e permitindo a verificação das dificuldades decorrentes das atividades desenvolvidas para corrigir seu rumo. Ocupa-se do projeto em si, isto é, de sua forma de implementação, aferindo as mudanças e correções de rumo. Os seus resultados são utilizados pelos próprios profissionais. "Sua função é medir a eficiência de operações do projeto" (COHEN, 1993, p.109).

A avaliação de impacto aponta para os resultados do projeto e em que medida aparecem os efeitos secundários, que ultrapassam os previstos e não previstos. Olha para além do projeto e os seus resultados são utilizados para argumentações políticas ou técnicas, para encerrar ou continuar um projeto. Os dois tipos de avaliação diferem-se, uma olha para trás (a de impacto) e a outra olha para a frente (a de processo). Na saúde ambas são relevantes, pois incidem sobre os resultados das ações de promoção da saúde, quando o marco referencial da programação em saúde se pauta no reconhecimento dos determinantes sociais da saúde.

Avaliações mais complexas, que exigem um aparato de pesquisa, têm sido instituídas e realizadas por agências externas, que contratam equipes especializadas para tanto. Atualmente, como uma das exigências das agências multilaterais, têm-se ampliado os procedimentos de avaliação da Política Nacional de Saúde, com a construção de indicadores que articulam os aspectos epidemiológicos, sociais, sanitários, institucionais e financeiros.

Na ação cotidiana do assistente social, os sistemas de avaliação e controle devem ser coerentes com os objetivos que se quer atingir. Três focos podem ser identificados em um primeiro momento: a avaliação da instituição em si, abrangendo aspectos para os quais se pode construir alguns indicadores, tais como coerência e pertinência social da sua missão, integração com o seu entorno, comunidade ou região, competência no desempenho de tarefas, atualidade de seus processos de trabalho, flexibilidade para incorporação de novas demandas, visibilidade e reconhecimento social e sua forma de inserção na esfera pública. Tem como objetivo apreciar a capacidade de resposta e influência da organização. O outro foco de avaliação incide sobre os serviços prestados aos seus usuários, a partir da implementação de um sistema de planejamento.

Um terceiro foco é a avaliação do próprio desempenho profissional, ajuizando, a partir dos resultados obtidos, as necessidades de aprimoramento, atualização e reciclagem. Pensar sobre o trabalho desenvolvido a partir de seus resultados e não de discursos sem relação com a realidade. A avaliação possibilitará ao profissional apreciar os fatores que são decorrentes de fragilidades de sua ação ou de fatores alheios à mesma. Esse procedimento tem duas dimensões significativas: de um lado contribui para o aperfeiçoamento profissional individual e de outro para o da categoria, na medida em que o relato da experiência pode ser compartilhado e apreciado pelos demais profissionais.

Nessa linha, manter um sistema mínimo de controle e avaliação é fundamental, sendo que tal pode ser realizado a partir da construção de indicadores de processo, de eficácia e de efetividade (impacto). Na avaliação o indicador é a unidade que permite medir o alcance de um objetivo ou de uma meta. Ele traduz, de maneira objetiva, os resultados da ação executada e está vinculado ao objetivo e a meta. Cada um dos objetivos deve conter alguns (poucos e significativos) indicadores.

Deve-se montar um sistema de monitoramento/acompanhamento do projeto, indicando com clareza quais são os instrumentos que serão utilizados para o registro das ações desenvolvidas, gerando um sistema de informações sobre as mesmas. Este sistema deve ser simples para que possa ser implementado e suficiente para fornecer as informações. Ressalta-se que os instrumentos são os que a instituição utiliza para seus registros, devendo apenas serem readequados para a futura utilização. Um sistema de avaliação de processo, com ênfase na eficácia, não é tão difícil de ser montado, articulando os itens do planejado com a construção dos registros necessários.

Esse é o momento de se definir alguns indicadores "chaves". Sendo medidas indiretas para colher informações, a construção dos indicadores implica um trabalho muito delicado, pois não existem maneiras codificadas de estabelecê-los, e tanto a sua construção como qualquer decisão a respeito têm um caráter arbitrário, pois é preciso utilizar pressupostos que não podem ser confirmados (SULBRANDT, *apud* CARVALHO, 1997, p. 129). A sugestão é que se estabeleçam alguns indicadores para cada objetivo para posterior avaliação. Os indicadores

devem ser definidos de forma a descrever acuradamente como o atual desempenho se relacionam [sic] com a missão, com os objetivos estratégicos e as metas. Todo indicador tem uma medida de resultado, que é expresso em termos idênticos aos do objetivo ou meta que deverá medir. (BRASIL/MARE, 1998, P. 28)

Um bom indicador deve apresentar os seguintes requisitos, para ser adequado: ser compreensível, abrangente e de fácil aplicação, permitir uma única interpretação, adequar-se ao processo de coleta de dados existentes, ser passível de ser implementação, ser preciso e oferecer subsídios para futuras decisões.

Outro ponto importante é marcar a periodicidade com que vai se realizar a avaliação, estabelecendo rotinas e procedimentos técnico-administrativos para tanto. Normalmente a definição dos prazos é fixada pela agência financiadora, e em administrações públicas tal definição é flexível, ainda que devesse ser anual, como um bom procedimento democrático. Quando o assistente social tem autonomia, deve organizar os cronogramas para que, pelo menos anualmente, faça-se uma avaliação da eficácia e eficiência da ação. Tal procedimento não desconsidera os processos avaliativos coletivos com a equipe de saúde.

A divulgação dos resultados obtidos é imprescindível, pois é o que garante a confiabilidade na instituição e o apoio popular ao que vem sendo desenvolvido. Diversos instrumentos vêm sendo usados nessa divulgação, desde reuniões com participação de segmentos organizados da sociedade civil até publicações, como boletins e informativos periódicos. O debate sistemático dos resultados das avaliações favorece o controle social e contribui para a reprogramação das ações e serviços de saúde.

Concluindo, deve-se apontar a relevância das posições ético-políticas e teórico-metodológica permeando os processos de planejamento, tanto da ação profissional como integrando os processos coletivos no âmbito institucional.

Referências bibliográficas

ALVES, F. L. **Participação e Gestão Democrática das Políticas Públicas**: a inserção e os desafios do trabalho do assistente social nos conselhos de saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis: UFSC, 2004

ARRETCHE, M. T. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In: MELO RICO, E.(org.) Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://ministerio.saude.gov.br>>. Acesso em: 13 abr. 2006. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&obj=%24VObj&botook=OK#cadernos>>. Acesso em: 16 maio 2006b.

_____. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <<http://textocsp.bvs.br/metaiah/metaiah.php?lang=pt&topic=429&graphic=yes>>. Acesso em: 15 maio 2006c.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Cadernos MARE**. Brasília: MARE, 1998. v. 1-13.

BRAVO, M. I. S. **Gestão Democrática na Saúde**: o potencial dos conselhos. In: Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____.; SOUZA, R. de O. **Conselhos de saúde e Serviço Social**: luta política e trabalho profissional. In: Ser Social – Revista do programa de pós-graduação em política social. Brasília: UnB, 2002. n. 10.

_____.; COELHO. F. D.; CONIL. E. M. **Políticas públicas e estratégias urbanas**: o potencial político dos Conselhos de Saúde na construção de uma esfera pública democrática. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1995. n. 49, p. 98-116.

BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de Promoção a Saúde**. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (orgs). Promoção da Saúde: conceitos , reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BYDLOWISKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. **Promoção da Saúde**. Porque sim e porque ainda não! In: Saúde e Sociedade. São Paulo: USP, 2004. v. 13, n. 1.

CARVALHO, M. C. B. **Avaliação de Projetos Sociais, Treinamento de Gestores Sociais**. In: Capacitação Solidária. Brasília, 1998.

COHEN, E. & FRANCO, R. **Avaliação de Projetos Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

CURY, T. C. H. **Elaboração de Projetos Sociais, Treinamento de Gestores Sociais.** In: Capacitação Solidária. Brasília, 1998

FIGUEIREDO, M. F.; FIGUEIREDO, A. M. C. **Avaliação Política e Avaliação de Políticas:** um quadro de referência teórica. São Paulo: Instituto de Estudos Econômicos, Sociais e Políticos de São Paulo: IDESP, 1986. n. 15.

INSTITUTO DE ESTUDOS ESPECIAIS. **Diretrizes para elaboração de Planos Municipais de Assistência Social.** São Paulo: IEE/PUC, 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor.** In: Saúde e Sociedade. São Paulo: USP, 2004. v. 13, n. 1.

LIMA, T. C. S. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da cidadania e dos direitos:** pensando as ações sócio-educativas. Trabalho de conclusão de curso. Florianópolis: UFSC, 2004.

MARCONDES, W. B. **A convergência de referências na Promoção da Saúde.** In: Saúde e Sociedade. São Paulo: USP, 2004. v.13, n.1.

MATUS, C. **Política, Planejamento & Governo.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido:** a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (orgs). *Práxis em Salud: un desafio para lo público.* Buenos Aires: Lugar Editorial; São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MIOTO, R.C. T. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional:** um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004

_____. **Serviço Social e Intervenção profissional:** contribuições para o debate da dimensão técnico-operativa. Florianópolis: UFSC. [Mimeo]

NETTO, J. P. **Transformações societárias e serviço social** – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1996. n. 50, p. 87-132.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde.** Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001.

REDE UNIDA. **Intersectorialidade na Rede Unida.** Divulgação em saúde para debate. Rio de Janeiro, 2000. n. 22, p. 49-62.

TEIXEIRA . C. F. **Formulação e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis:** desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção à saúde nas cidades. In: Saúde e Sociedade São Paulo: USP, 2004. v.13, n. 1.

TESTA, M. **Tendências em planificação**. In: RIVERA, F.J.U. (org.) Planejamento em saúde, um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

Sites para pesquisa em planejamento e avaliação em saúde

<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes.html>

<http://www.saudepublica.bvs.br/html/pt/home.html>

Indicadores de saúde e de dados básicos

<http://www.saudepublica.bvs.br/xml2html/xmlRoot.php?xml=xml/pt/bvs.xml&xsl=xsl/lev el2.xsl&lang=pt&tab=collection&item=93&graphic=yes>

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm>

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B0C0D0E0F359G3H0I1Jd1 L2MON&VInclude=../site/menuold.php>

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B374C1D0E0F359G18H0I1 Jd1L21MON&VInclude=../site/infsaude.php>

Descritores em ciências da saúde

<http://decs.bvs.br/>

Conferências e Plenárias

<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes/eventos/assunto.html>

Bases de dados

<http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/colecoes/eventos/assunto.html>

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>