

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Lais Godinho Busquet Soares

Este verbete objetiva sinalizar abordagens teórico-metodológicas e elementos para pensar o processo de gestão da política de saúde no Brasil, e a relação do serviço social com essa temática. Por compreender que a discussão deve estar atrelada à defesa dos princípios da Reforma Sanitária e do SUS universal, público, gratuito, integral e de qualidade, sugerimos uma abordagem teórico-metodológica da categoria “gestão” a partir da teoria social crítica marxista, pensando-a como categoria conceitual em sua determinação histórica e concreta no modo de produção capitalista (NETTO, 2011).

Tomada de forma abstrata, a definição geral da categoria “gestão” se aplica a qualquer forma social e pode ser resumida como “utilização racional de recursos para a realização de fins determinados” (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016), cuja racionalidade envolve a indissociabilidade de duas dimensões essenciais: a instrumental (voltada a definição das técnicas e recursos) e a finalística ou ético-política (definição da finalidade que se busca alcançar). Ao se concretizar no contexto sócio-histórico do capitalismo, a gestão impregna-se de elementos históricos concretos e passa a se relacionar com as finalidades desse modo de produção e relação social, cuja lei absoluta é a extração de mais-valia (MARX, 2005), e sua finalidade é a acumulação e a apropriação da riqueza socialmente produzida.

O ciclo do capital não é só uma relação de produção, mas também de reprodução ampliada, e a gestão de políticas sociais ocupa um espaço particular do campo da reprodução social, que é o Estado. A função do Estado e da gestão no capitalismo se volta à criação de condições para a sua expansão e perpetuação da dominação fundante. Por se tratar de sociedade de classes com interesses contrapostos, é inconcebível qualificar o Estado ou a administração pública como instâncias neutras e voltadas ao “interesse geral”. Entretanto, como forma de manutenção da estrutura de dominação do capital, o Estado tende a atender determinados interesses da classe trabalhadora, o que o caracteriza como um elemento contraditório, e ao mesmo tempo estratégico para essa classe (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016).

Neste cenário, se encontra o debate sobre as políticas sociais, as quais representam o atravessamento das lutas de classe no seio do Estado, na relação entre a necessidade de respostas à chamada “questão social”, a reprodução das classes trabalhadoras e a expansão do capital, cuja resposta do Estado fortalece, tendenciosamente, o projeto do capital. Tomar o Estado como elemento estratégico em favor da classe trabalhadora, prescinde do conhecimento da sua estrutura de funcionamento e da gestão por ele operacionalizada. Quanto à dimensão instrumental, o Estado é um aparelho que possui uma materialidade institucional específica, “se apoia numa axiomatização de leis-regras” (POULANTZAS, 2000, p. 52), que definem as atividades e competências, e dotam o Estado de capacidade para a tomada de ações no campo da reprodução social (SOUZA FILHO; GURGEL, 2016). Quanto à dimensão ético-política, o Estado e a gestão se relacionam com as finalidades próprias do Capital.

No Brasil, o Estado e a administração pública hoje se organizam institucional e formalmente a partir dos elementos concretizados na Constituição Federal de 1988, que

regula o ordenamento jurídico do país, estabelece um pacto federativo, define a organização e função dos entes da federação (União, os Estados, o Distrito e os Municípios), aponta uma direção ético-política a ser seguida e formaliza um pacto de compromisso do Estado com a sociedade, abrangendo em seu escopo, a institucionalização de direitos e Políticas Sociais. Ressalta-se que, a construção da CF é resultante das lutas de classe que consolidam tanto o processo de expansão do capitalismo no Brasil, quanto uma ordem democrática no país.

A estrutura e a superestrutura do Estado Nacional e da administração pública brasileiros têm as marcas da formação sócio-histórica e cultural do Brasil, calcados na particularidade escravista e latifundiária de sua formação, com aspectos como o elitismo, o patrimonialismo, a exclusão do povo nas decisões; o favorecimento das elites e interesses privados (MAZZEO, 1989); a socialização dos custos do desenvolvimento capitalista, impactando na forma como o Estado absorve e responde às demandas das classes que lhe atravessam.

Na CF de 1988, também encontramos as bases de sustentação e da gestão do SUS, tanto no que diz respeito à finalidade ético-política, quanto aos parâmetros formais para ser operacionalizada. A “Saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos.” (CFESS, 2010, p. 18). Desde a década de 1960 vinha se constituindo um movimento amplo de discussões sobre o tema no Brasil, e a década de 1980 foi um divisor de águas no debate sobre a saúde pública, que ganhou centralidade nos debates, e foi proposta, além do Sistema Único, uma Reforma Sanitária (BRAVO, 2000). A política de saúde é resultante de um processo histórico de lutas constituindo um dos tripés básicos da Seguridade Social.

Os principais pontos da CF dizem respeito ao direito universal à saúde e o dever do Estado; o poder público como responsável pela regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços em Saúde, os quais passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as algumas diretrizes (artigo 198, da CF/88) e uma série de princípios (artigo 7º da Lei 8.080/90), em que destacamos: universalidade de acesso aos serviços; integralidade da assistência (ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada nível de complexidade do sistema); participação da comunidade; descentralização político-administrativa e dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Do ponto de vista da dimensão ético-política a gestão precisa alinhar as ações governamentais ao compromisso de viabilização de diretrizes, princípios, e bases organizativas contidos na elaboração e consolidação do próprio SUS, em consonância com a expectativa de melhora nas condições de vida da classe trabalhadora. Do ponto de vista da dimensão instrumental, para além dos elementos contidos na forma como o próprio Estado brasileiro se organiza, diversas leis, normas, portarias e documentos instrutivos foram e continuam sendo construídos com o objetivo de consolidar o sistema de saúde brasileiro. Com relação à gestão e organização da rede de serviços e do sistema, podemos citar a Lei 8.080/90. Quanto ao controle social, a Lei 8.142 estabelece o funcionamento dos Conselhos de Saúde, e consolida a relação entre gestão, controle social e financiamento. Já a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993), discorre sobre o modelo de pactuação federativa e consolida o papel dos Conselhos de Saúde e a sua relação com a distribuição de recursos. Quanto ao planejamento e a descentralização, a Norma Operacional Básica – NOB-SUS 01/96 – instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que traduz as responsabilidades

de cada município e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) amplia o papel dos municípios na atenção primária e estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (LUZ, 2013).

Dentre as funções básicas que compõem a administração (planejamento, organização, direção, controle e avaliação) há no campo da gestão da saúde uma centralidade da função planejamento que “configurou-se objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, o Ministério da Saúde passou a ter papel fundamental na formulação de processos e de métodos de planejamento e gestão.” (LUZ, 2013, p. 47), e ganhou ainda mais relevo após a transição democrática e o advento de um novo pacto federativo. Após o ano de 2006, começou a se desenhar um processo mais integrado de planejamento e organização do setor conhecido como “sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSus” (Portaria GM/MS 2.135 de 25/09/2013), que inclui de forma importante o Conselho de Saúde, objetiva articular os processos de planejamento nas três esferas de gestão do SUS (TEIXEIRA, 2010) e determina os instrumentos de planejamento da saúde: o Plano de Saúde (PS) – deve abordar as intenções e resultados a serem buscados no período de quatro anos, partindo da análise da situação de saúde; a Programação Anual de Saúde (PAS) – deve apontar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à gestão do SUS, operacionalizando as intenções expressas no PS; e o Relatório Anual de Gestão (RAG) – deve registrar os resultados alcançados com a execução da PAS e orientar mudanças que se fizerem necessárias).

Esses instrumentos de planejamento precisam estar atrelados aos instrumentos de gestão e de orçamento do governo, especialmente o Plano Plurianual (PPA), A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), voltados a programação dos recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (LUZ, 2013), e ainda deve-se incluir o “Planejamento Estratégico do Governo Federal”.

A gestão da política de saúde é um processo complexo, precisa se realizar a partir do conjunto de elementos éticos, históricos, técnicos e concretos que a constituem, e os princípios do SUS devem guiar toda e qualquer proposta de gestão da política de saúde. Quando ratificamos que o processo de gestão implica a imbricação de uma dimensão instrumental e uma dimensão ético-política e trazemos a teoria social crítica para pensar o debate, nos referimos ao fato de que não basta que a lei, a forma, a norma e os instrumentos técnicos simplesmente existam, mas estejam pautados e organizados em uma direção, que não está dada ou garantida naturalmente, mas em movimento e em disputa o tempo todo.

Para exemplificar, quanto à gestão no período pós impeachment do governo Dilma Rousseff, Soares (2019) aponta que ele tanto é expressão de um processo político de amplas articulações, quanto de rearranjos necessários à dinamização do capital e da estrutura de poder naquele contexto. Uma gestão que cimentou todo o terreno sobre o qual, mais tarde, se espriam os mais tenebrosos retrocessos políticos, democráticos e humanitários da histórica recente do nosso país. Também sinalizava para o recrudescimento das políticas sociais e dos direitos (que já vinham sob desmonte progressivo) a exemplo da brutalidade da aprovação da EC 95/2016 que contempla um processo progressivo de desfinanciamento.

Quanto à gestão da saúde, Soares (2019) realizou análise dos instrumentos de planejamento do SUS e do “Planejamento Estratégico do Governo Federal” (instrumento de gestão governamental) do período em questão, e observou enxugamento numérico quanto às metas e objetivos a serem alcançados. Identificou que, apesar do discurso textual

de defesa do SUS, esses documentos se valem de uma estrutura metodológica que fragmenta, estratifica e não aprofunda criticamente as temáticas apresentadas, e apresenta resoluções pontuais e individuais que acabam flexibilizando o conceito de saúde e o modelo de atenção equivalente. Também verificou a naturalização da tendência de um modelo que não se preocupa em ser universal, amplo, integral e público, além de tentar convencer e justificar que a relação entre o setor privado e o público não só é uma tendência progressiva, como desejável. Portanto, o que está posto no campo do planejamento dá aval às ações concretas do Estado que, no caso, é o favorecimento da mercantilização da saúde. Tendência essa, de apropriação do capital do setor dos serviços sociais e do trabalho neles inserido, sobretudo após a sua fase monopolista (NETTO, 2006), em que os serviços passam a ser nichos de mercado atraentes e lucrativos.

Soares (2019) também sinaliza que tais documentos desconectam os impactos que a privatização, a mercadorização da saúde e a não universalidade do sistema provocam nas condições de garantia e realização efetiva do controle social. Assim, trazem um discurso de caráter retórico porque ignoram o fato de que o controle social, por tratar-se da institucionalização de uma nova racionalidade acerca da relação entre Estado e sociedade pautada na perspectiva de inserção da vontade popular nos rumos do país e das políticas, pressupondo democratização do acesso e da participação popular (DUTRA, 2016; BRAVO, 2001), só tem efeito prático no espaço estatal, público e de amplo alcance da sociedade.

Soares (2019) avalia que a gestão governamental da saúde, a partir dos instrumentos de gestão/planejamento mencionados, cujo discurso afirma a defesa do SUS mas ao mesmo tempo vincula saúde à esfera privada, faz com que eles cumpram uma função atrelada à legitimação ideológica dos processos de expansão, expropriação e acumulação capitalista e de desresponsabilização do Estado quanto aos serviços.

Analisar o que está posto no âmbito do processo de gestão e planejamento da política de saúde é imprescindível para instrumentalizar a luta em defesa do SUS e a ocupação estratégica dos espaços de decisão, concepção e gestão do sistema. A partir disso, nos cabe uma reflexão sobre a relação do Serviço Social com o contexto de gestão dessa política.

O Serviço Social no Brasil tem sua institucionalização atrelada ao surgimento das políticas e instituições sociais e da intervenção do Estado sobre as expressões da “questão social”, após a década de 1930. A partir disso o assistente social vem sendo demandado a implementar e executar políticas socioassistenciais, e o setor público e as políticas de seguridade social constituem espaço privilegiado de inserção profissional (IAMAMOTO, 1999).

A partir da Resolução N° 218/97 de 06/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução CFESS N° 383/99 de 29/03/1999, o assistente social passa a ser reconhecido como profissional da saúde, com espaço de atuação e inserção legitimados nas instituições de Saúde. Seu objetivo “passa pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões [...]” (CFESS, 2010, p. 28).

Dentre as prerrogativas do trabalho profissional estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662 de 1993) estão ações características da gestão e planejamento de serviços vinculados às políticas públicas (TORRES; LANZA, 2013), inclusive na área da saúde. Para Krüger (2010), a abertura do campo da gestão tem relação com a necessidade contínua de substituir os referenciais tradicionais por perspectivas de

trabalho que visem atender as demandas coletivas, pautadas no conceito ampliado de saúde, pela aproximação às reais necessidades da população, compreensão das determinações sociais no processo de saúde e doença, elaboração de programas e projetos; reflexão dos pontos críticos do SUS. Outras ações vinculadas ao Planejamento e Gestão dizem respeito a capacitação de recursos humanos para ampliar a qualidade dos serviços, ações relativas à avaliação institucional, de serviços e propostas, e ações de fortalecimento da intersectorialidade e participação social.

Pensar na relação do Serviço Social com a gestão e planejamento da política de saúde remete a refletir que esses processos correspondem a um conjunto de ações profissionais desenvolvidas tanto no nível de gestão do SUS nas instituições e serviços de saúde, quanto no planejamento e gestão de serviços sociais em instituições, programas e empresas, e na sistematização das próprias ações profissionais. Ou seja, a relação do Serviço Social com o planejamento e a gestão da saúde se dá de maneira transversal na prática profissional. Contudo, é preciso refletir a forma com que essa participação deve se realizar e como vem se concretizando. É importante que os profissionais tenham clareza e reflitam sobre a direção posta em sua intervenção profissional, inclusive nos espaços de gestão. Há uma intrínseca relação entre o nosso projeto ético-político e o projeto da reforma sanitária, não cabendo outra direção a ser alcançada quando da inserção de assistentes sociais no campo da gestão da política de saúde que não aquela que aponta para a defesa intransigente e inegociável dos princípios e diretrizes fundamentais do SUS, o que rechaça qualquer possibilidade de sua vinculação com a esfera privada. O que cabe refletir é se há, de forma difundida nessa categoria profissional, o reconhecimento e o entendimento sobre os elementos sutis do discurso ideológico pró-capital, como aqueles encontrados por Soares (2019) mencionados acima. É preciso sinalizar que para dar consistência à atuação profissional de assistentes sociais nos espaços de gestão e garantir a direção ético-política já sinalizada, não há como se furtar de um processo que garanta, desde a formação profissional, o investimento teórico aprofundado que permita dominar ferramentas de gestão pública e do próprio SUS que estão em disputa. O que passa pelo estudo aprofundado sobre a constituição e organização da política na qual se está inserido, sobre os planos de governo, os instrumentos documentais e normativos de planejamentos, o orçamento público, e inclui a participação em espaços de controle social. Além disso, também é fundamental conhecer como se organiza o processo legislativo no país, que impacta decisivamente na construção das políticas no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRAVO, M. I. S. As políticas Sociais Brasileiras de Seguridade Social: Saúde. In: CFESS. CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB/CFESS, 2000.
- 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.
- CFESS. Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. CFESS. Brasília, 2010.
- DUTRA, V. Controle Social e participação na gestão da saúde: a experiência do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Gramma, 2016.

- KRUGER, T. R. Serviço Social e Saúde: Espaços de Atuação a Partir do SUS. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.
- LEI 8.662 DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, de 7 de Junho de 1993.
- LUZ, A. B. C. da. *Análise dos Instrumentos de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Editora Fundação Boiteux, Florianópolis, 2013. (Coleção Gestão da Saúde Pública; 3).
- IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na Contemporaneidade. Trabalho e formação profissional, p. 17-148. São Paulo: Cortez, 1999.
- MARX, K. A Lei Geral da Acumulação capitalista. In: MARX, Karl. *O Capital*. Livro I, v. 1, p. 715-752. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- MAZZEO, A. C. *Estado e burguesia no Brasil*. Belo Horizonte: Oficina do Livro, 1989.
- NETTO, J. P. *Capitalismo monopolista e serviço social*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- NETTO, J. P. *Introdução ao estudo do método de Marx*. SP: Expressão Popular, 2011.
- POULANTZAS, N. *O estado, o poder, o socialismo*. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.
- SOARES, L. G. B. *Gestão da Saúde no Brasil no Pós Impeachment de 2016: reflexões a partir dos instrumentos de gestão governamental e de planejamento do SUS*. Dissertação de Mestrado, PPGSS UERJ, Rio de Janeiro, 2019.
- SOUZA FILHO, R.; GURGEL, C. *Gestão democrática e serviço social: princípios e propostas para a intervenção crítica*. São Paulo: Cortez (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 7), 2016.
- TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Introdução, p. 9-15. Salvador: EDUFBA, 2010.
- TORRES, M. M., LANZA, L. M. B. *Serviço Social: exercício profissional do Assistente Social na gestão de políticas públicas*. *Argumentum*, v. 5, n. 1, p. 4547-215, jan./jun. Vitória (ES), 2013.