



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP**  
Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social

Nancy Mieko Igarashi

**Avaliação da Prática e a Prática da Avaliação:  
Desafios ao Serviço Social na Saúde.**

**Mestrado em Serviço Social**

São Paulo

2012



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP**  
Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social

Nancy Mieko Igarashi

**Avaliação da Prática e a Prática da Avaliação:  
Desafios ao Serviço Social na Saúde.**

Mestrado em Serviço Social

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Mariangela Belfiore Wanderley.

São Paulo

2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

## AGRADECIMENTOS

*“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários.”*

*Iamamoto, 2009:17*

*Agradeço imensamente a todos aqueles que estiveram presentes em minha caminhada no mestrado, àqueles que me impulsionaram para ingressar na vida acadêmica e a todos aqueles que me ajudaram a não desistirem de sonhar:*

*À minha família, pelo carinho e sustentação de sempre;*

*Às amigas e amigos do Hospital Universitário e da USP, por todo apoio, confiança, incentivo e amizade. Vocês sabem o quanto são especiais para mim;*

*À Superintendência do Hospital Universitário da USP, em especial ao Prof. Paulo Andrade Lotufo, pelo apoio incondicional à realização deste mestrado;*

*À CAPES e ao RHÔNE-ALPES, pelo apoio financeiro que permitiram cursar o mestrado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Université Pierre-Mendes France, respectivamente;*

*Aos colegas do mestrado no Brasil e na França, com quem pude crescer intelectual e pessoalmente;*

*Aos professores que conheci e com quem tive o privilégio de aprender no decorrer desses anos de mestrado, em especial: Mariangela, Carola, Carmelita, Raquel, Barroco, Malu, Wanderley na PUC-SP e Claudine, Valérie, Pierre Savignat, na UPMF-Grenoble;*

*À Claudine Offredi, co-orientadora no acordo de dupla-diplomação Brasil-França, sempre com uma palavra de incentivo;*

*As professoras Carola Arregui e Regina Giffoni, pelas contribuições no exame de qualificação;*

*À Mariangela Belfiore Wanderley, orientadora deste trabalho, companheira na caminhada acadêmica, amiga nos momentos de desafios pessoais;*

*A todos vocês, meu sincero e profundo agradecimento:*

*MUITO OBRIGADA!!!*

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho  
a todos aqueles que trago comigo,  
como constituintes de minha história e de meu ser.  
Essa multidão de gente, que me faz ser assim,  
simplesmente quem sou e o que hei de ser.*

*Nancy*

## EPÍGRAFE

*“Revelar a riqueza escondida sob a aparente pobreza do cotidiano,  
descobrir a profundidade sob a trivialidade,  
atingir o extraordinário do ordinário,  
esse é o desafio”.*

*Lefévre, 1991*

*A avaliação qualitativa deve levar em conta principalmente  
a qualidade de vida atingida e o envolvimento:  
na qualidade não vale o maior, mas o melhor;*

*Não o extenso, mas o intenso;*

*não o violento, mas o envolvente;*

*não a pressão, mas a impregnação.*

*Qualidade é estilo cultural, mais que tecnológico;*

*artístico, mais que produtivo;*

*lúdico, mais que eficiente;*

*sábio, mais que científico.*

*Gadotti, 1994*

## RESUMO

O presente estudo *Avaliação da Prática e a Prática da Avaliação: Desafios ao Serviço Social na Saúde* tem por objetivo principal apreender o(s) significado(s) da avaliação para os assistentes sociais do Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU-USP. São objetivos específicos: discutir as tendências da avaliação na área da saúde; verificar quais as práticas de avaliação estão sendo desenvolvidas e/ou demandadas aos assistentes sociais e descrever como se organiza o Serviço Social do HU-USP. A motivação para a realização desta pesquisa decorreu da escassa literatura sobre avaliação e práticas avaliativas no âmbito do Serviço Social e da percepção que a categoria profissional encontra dificuldade em sistematizar e implementar práticas avaliativas das ações desenvolvidas. Procurando compreender o significado da avaliação para os assistentes sociais e o seu lugar no cotidiano de trabalho é que este estudo foi desenvolvido. A hipótese norteadora deste estudo é que a avaliação ainda é concebida como um instrumento externo, utilizada para realizar julgamentos, apontar erros, punir e expor o profissional e, por esses motivos, ocupa o lugar do “não lugar” na prática profissional. Para a verificação desta hipótese foi realizada pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida a partir de pesquisa documental e bibliográfica e pesquisa de campo realizada com as assistentes sociais do HU-USP. Concluída a pesquisa de campo, os dados foram sistematizados e submetidos à análise a partir de eixos temáticos que estruturaram este estudo. A interpretação dos dados foi realizada à luz do referencial teórico-metodológico, num diálogo reflexivo entre a teoria - cujos autores comparecem no decorrer da dissertação -, as falas dos sujeitos e a realidade do trabalho profissional. Por meio deste estudo, verificou-se que no imaginário coletivo dos sujeitos desta pesquisa permeia a concepção de avaliação como uma ação externa, de natureza autoritária, não participativa, geradora de medos, ansiedades e resistências. Por outro lado, existe também a ideia de que a avaliação tem sua importância a partir do momento que pode ser participativa e democrática, quando seu objetivo não é a culpabilização de pessoas, mas o aperfeiçoamento da ação realizada. Neste sentido, os sujeitos do estudo sinalizaram os rebatimentos percebidos pela não existência de uma avaliação sistemática do trabalho e apontaram como gostariam que ela se construísse. A realização deste estudo permitiu confirmar a hipótese inicial, além de possibilitar uma aproximação inicial entre a avaliação na perspectiva teórica e a avaliação no campo prático do Serviço Social na saúde.

**Palavras-chave:** Serviço Social, Política de Saúde, Prática Profissional, Avaliação.

## **ABSTRACT**

The current study *Evaluation of Practice and the Practice of Evaluation: Challenges to Social Work in Health Care* aims to seize the principal (s) meaning (s) of evaluation for social workers of Social Work, University Hospital, University of São Paulo - HU-USP. Specific objectives are: to discuss trends in health care evaluation, check which evaluation practices are being developed and / or demanded to social workers and describe as the Social Service HU-USP is organized. The motivation for this research arose from the sparse literature on evaluation and practices of evaluation within the Social Services and the perception that the professional category finds difficult to systematize and implement evaluation practices in the actions developed. Trying to understand the meaning of evaluation for social workers and their place in the daily work is that this study was developed. The hypothesis guiding this study is that the evaluation is still conceived as an external instrument, is used to make judgments, pointing errors, to punish and to expose the professional and, for these reasons, takes the place of "non-place" in professional practice. To verify this hypothesis was performed qualitative research, developed from documentary and literature research and field research with social workers from HU-USP. Completed the field survey, the data were systematized and analyzed from the analytical themes that structured this study. The interpretation of data was done in the light of the theoretical and methodological framework, in a reflective dialogue between theory - whose authors are identified in the course of the dissertation - the testimonies of the participants and the reality of professional work. Through this study, it was found that in the collective imagination of the subjects of this research permeates the concept of evaluation as an external action, the authoritarian nature, not participatory, causing fears, anxieties and resistances. On the other hand, there is also the idea that the evaluation has its importance since it can be participatory and democratic, when its objective is not to blame people, but the improvement of the action performed. In this sense, participants in the study showed the consequences of not having a systematic evaluation of the work and pointed out how it would be built. This study confirmed the initial hypothesis, besides allowing an initial approach between the assessment in theoretical perspective and evaluation in the practical field of Social Work in Health Care.

**Keywords:** Social Work, Health Policy, Professional Practice, Evaluation.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Mapa do Município de São Paulo.....pg. 66

Figura 2 - Foto Aérea do Hospital Universitário da USP..... pg. 67

Figura 3 - Organograma do Hospital Universitário em 1981..... pg. 74

Figura 4 - Organização da Divisão de Serviço Social Médico do HU-USP.....pg. 75

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Formação das Assistentes sociais e tempo de atuação profissional no HU-  
USP .....pg. 80

Quadro 2 – Demandas atendidas pelo Serviço Social do HU-USP, por clínica e ano.  
.....pg. 83

## **LISTA DE SIGLAS**

HU-USP - Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

USP - Universidade de São Paulo

PUC – SP – PONTIFÍCIA Universidade Católica de São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

OSS – Organização Social de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	18
1.SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE – DESAFIOS DA PRÁTICA	21
2. DISCUTINDO OS CAMINHOS DA AVALIAÇÃO	35
AVALIAÇÃO, SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.	50
3 - O CENÁRIO DO ESTUDO	65
A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL DO HU-USP	74
4 - DIÁLOGO ENTRE COLEGAS: FALANDO DE AVALIAÇÃO.	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	124
ANEXOS	129

## INTRODUÇÃO

O presente estudo *Avaliação da Prática e a Prática da Avaliação: Desafios ao Serviço Social na Saúde* é fruto de uma importante caminhada acadêmico-profissional realizada no decorrer dos últimos três anos que se pretende minimamente relatar.

No início de 2009, a Superintendência do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU-USP - solicitou aos diretores de todos os serviços que apresentassem seus indicadores de atendimento para que, posteriormente, fossem construídos os indicadores da instituição. Esperava-se, com isso, uma maior compreensão das atividades realizadas no hospital e melhor qualidade na assistência oferecida à população.

Para responder a esta solicitação, a equipe do Serviço Social iniciou um trabalho buscando se aproximar deste universo que até então desconhecia: indicadores de atendimento. Logo de início, inúmeras dúvidas começaram a surgir: o que são indicadores de atendimento? Como construir indicadores? A partir de qual referencial? Como elaborar indicadores capazes de traduzir a complexidade das situações atendidas pelo Serviço Social?

Essas dúvidas remeteram alguns membros da equipe a buscar subsídios na literatura e, em pesquisas realizadas, verificou-se que a temática era ainda pouco explorada pelo Serviço Social. O único documento encontrado sobre indicadores de atendimento em Serviço Social na Saúde<sup>1</sup> versava sobre a quantificação das ações. Submetido à análise crítica, constatou-se que o documento, apesar de sua grande e inovadora contribuição, apresentava algumas limitações, como não retratar a complexidade nem a dimensão qualitativa dos atendimentos realizados pelos assistentes sociais, aspectos estes considerados de grande relevância para a profissão.

A necessidade de ressignificar a atividade profissional realizada há sete anos no HU-USP veio ao encontro da demanda institucional e aquilo que poderia ser

---

<sup>1</sup> Ver Anexo 7: **Manual dos Indicadores do Serviço Social para a Saúde**. São Paulo: HC-FMUSP; CASS, 2008.

considerado empecilho para continuar nesta direção – ausência de referências bibliográficas e de práticas que fizessem uso de indicadores em Serviço Social – foi justamente o que motivou a pesquisadora a aprofundar sua busca, de forma mais sistemática, através da realização do mestrado em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Mariangela Belfiore Wanderley.

Iniciando o percurso acadêmico na pós-graduação, tinha-se por objetivo a construção de indicadores que pudessem servir de instrumento ao trabalho do assistente social. Pretendia-se construir indicadores que dessem visibilidade às ações realizadas, permitissem evidenciar os pontos de estrangulamento do serviço, e que contribuíssem para um melhor planejamento e operacionalização do Serviço Social.

Esta proposta bastante ambiciosa passou a ser lapidada no decorrer do mestrado no diálogo com professores, autores e com os colegas de trabalho. Verificou-se que indicadores são construídos a partir de dados, e dados significativos, nevrálgicos àqueles que deles farão uso.

Uma nova dificuldade se interpôs ao caminho que se pretendia seguir: quais os dados produzidos pelo Serviço Social? Como quantifica suas ações? Quais suas metas? Como avalia o trabalho que desenvolve?

Estas interrogações passaram a ser alimentadas pela realidade que cotidianamente se apresentava ao trabalho do assistente social do HU: excesso de demanda; repetição das situações atendidas individualmente, sem a visão do coletivo; o agravamento das doenças devido às condições de vida dos usuários e às deficiências do próprio Sistema Único de Saúde. Concomitantemente, vivenciavam-se conflitos como a ausência de tempo (para possibilitar outros atendimentos ou para a atualização profissional, discussões técnicas, participação em eventos, realização de estudos), número limitado de profissionais em relação à necessidade de atendimento, ênfase na adoção de abordagem focal e pontual para os atendimentos, como uma estratégia para atender às demandas postas ao Serviço Social.

Esse cenário, tão comum para tantos profissionais, fomentou questionamentos pessoais sobre a forma como a ação profissional estava sendo efetivada.

Desejava-se encontrar uma outra forma de responder à população, ao serviço e à própria instituição que não penalizasse os profissionais nem os usuários. A demanda excessiva, complexa e sempre urgente do dia-a-dia e os questionamentos éticos, técnicos e políticos exigiam uma nova postura diante dos atendimentos, dos usuários, da profissão e de si mesmo.

Nesta direção, começou-se a questionar se o planejamento e a avaliação, descritos como competência e atribuição do assistente social não poderiam orientar esse outro modelo de atendimento.

Através da experiência profissional no HU, sabia-se que a avaliação não era uma prática comum entre os assistentes sociais. Discutindo sobre esta temática com colegas da pós-graduação na PUC-SP, trabalhadores das áreas da saúde, assistência social, judiciário e empresas, confirmou-se que a avaliação não estava presente no trabalho do assistente social, As experiências que mais se aproximavam de uma análise do serviço eram as estatísticas (quantitativas) de produtividade que, na maioria das vezes, retratavam uma exigência da administração e não uma necessidade interna do serviço ou dos profissionais.

A pouca utilização da avaliação ou a não apropriação dela por parte dos profissionais passou a contrastar com o que se apreendia nas aulas e nas literaturas sobre os significados e potencialidades da avaliação. Diversos questionamentos passaram a povoar o imaginário.

A avaliação poderia ser um instrumento a favor da efetivação dos direitos sociais?

Poderia ela auxiliar o profissional a re-olhar sua ação, fornecendo informações sobre as demandas e áreas prioritárias de atuação?

Seria um recurso a contribuir para maior transparência, ética, democratização e efetivação das políticas públicas?

A avaliação poderia contribuir ao planejamento do trabalho do Serviço Social, rompendo com o discurso do *“vivemos apagando incêndio sem conseguir ver o fim das chamas”*?

Por outro lado, num contexto de redução de direitos e de minimização da esfera do Estado nas áreas sociais, seria a avaliação um recurso para justificar / estimular tal prática?

A avaliação poderia ser um instrumento de controle e de redução da autonomia (já tão relativa) do assistente social?

Por que é tão difícil encontrar exemplos de avaliação do trabalho do assistente social na saúde?

A avaliação é realmente necessária? Necessária para quem? O que pode (ou deve) ser avaliado? Quem deve avaliar? Como? Por quê? À que e a quem a avaliação responde?

A avaliação está a serviço de quem? Da instituição? Da ordem econômica? Da lógica do produtivismo? Da democracia? Da ética? Do usuário? Da efetivação das políticas públicas?

Tantas interrogações e tão poucas respostas... Para aprofundar o conhecimento nesta área, o Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP, juntamente com a Université Pierre-Mendès France - Grenoble, através das professoras Mariangela Belfiore Wanderley e Claudine Offredi, ofereceram a oportunidade de realizar um semestre do mestrado no *Master 2 – Management des Politiques Sociales et Sanitaires*, na referida Universidade de Grenoble.

Na França, sob a orientação da Profa. Claudine Offredi, foi possível conhecer uma outra cultura de avaliação que, diferentemente da lógica produtivista dos modelos de avaliação norte-americanos, atribui importância para a dimensão qualitativa e participativa dos atores nela implicados, buscando encontrar a utilidade social da avaliação.

A partir de então, aquela que já era uma percepção passou a ter ainda mais consistência. A avaliação poderia sim ser um importante instrumento ao trabalho do assistente social, desde que compreendida em suas variadas dimensões, considerando os diferentes atores nela envolvidos.

A partir desta ótica é que o presente estudo, que tem por objeto a avaliação em Serviço Social na Saúde foi finalmente elaborado. Elegeu-se como objetivo

principal apreender o(s) significado(s) da avaliação para os assistentes sociais do Serviço Social do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU-USP e, como objetivos específicos: discutir as tendências da avaliação na área da saúde; verificar quais as práticas de avaliação estão sendo desenvolvidas e/ou demandadas aos assistentes sociais e descrever como se organiza o Serviço Social do HU-USP.

A hipótese que norteou este estudo foi que a avaliação ainda é concebida como um instrumento externo, utilizada para realizar julgamentos, apontar erros, punir e expor o profissional e, por esses motivos, ocupa o lugar do “não lugar” na prática profissional.

Para a verificação desta hipótese foi realizada pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida a partir de pesquisa documental e bibliográfica e pesquisa de campo, que teve por sujeitos as assistentes sociais do HU-USP.

A presente dissertação está estruturada em quatro capítulos:

No primeiro capítulo, *SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE – DESAFIOS DA PRÁTICA*, procurou-se descrever alguns dos debates atuais relacionados ao Serviço Social na área da saúde pública, dando destaque para medidas que vem colocando em xeque a efetivação da saúde enquanto política pública.

No segundo capítulo, *DISCUTINDO OS CAMINHOS DA AVALIAÇÃO*, foram abordadas as diferentes concepções de avaliação: aquelas que fazem parte do imaginário coletivo e aquelas que direcionam práticas avaliativas no cenário atual. Pontua-se a avaliação como instrumento indispensável num contexto de redução de custos na área social e também a avaliação como ferramenta a serviço da democracia, da ética e dos direitos sociais. Buscou-se ainda trazer uma primeira aproximação entre avaliação, Serviço Social e saúde, apontado elementos onde há convergência e possibilidade de diálogo entre as três esferas.

No terceiro capítulo, *O CENÁRIO DO ESTUDO*, procurou-se contextualizar o local onde a pesquisa de campo foi realizada. Falar a partir do Serviço Social do HU exigiu o registro de alguns aspectos que compõem a sua história, bem como a história peculiar do hospital no qual ele está inserido. Neste capítulo, fez-se uma breve apresentação dos sujeitos participantes do estudo, de modo a permitir uma caracterização das assistentes sociais e do trabalho que desenvolvem no HU-USP.

No quarto capítulo, *DIÁLOGO ENTRE COLEGAS: FALANDO DE AVALIAÇÃO*, apresentou-se a discussão central deste estudo através do diálogo entre os sujeitos e a literatura sobre a avaliação e o Serviço Social. Diferentes elementos da literatura puderam ser confirmados pelos sujeitos que expressaram muito claramente as dificuldades que veem na avaliação do tipo autoritária, punitiva, bem como expuseram as implicações percebidas pela não existência da avaliativa sistemática incorporada em seu cotidiano de trabalho.

O último capítulo refere às conclusões finais deste trabalho que confirmou a hipótese inicialmente estabelecida.

Este mestrado é fruto de intensos questionamentos, na busca sentidos ao fazer profissional. Um desafio diário de superar o imediatismo muitas vezes presente na dinâmica do *urgente* que *emerge* e da *emergência* que *urge* no cotidiano do trabalho do assistente social.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo, de natureza qualitativa, foi desenvolvido a partir de um conjunto de técnicas e instrumentos de pesquisa, que serão expostos a seguir.

Inicialmente fez-se uso da *pesquisa documental*, a partir da análise de documentos internos ao Serviço Social do HU-USP como: atas de reuniões, livros de registros administrativos, estatísticas, plano de metas do serviço, além de portarias e comunicados institucionais, bem como a revisão de decretos, normas operacionais, portarias e programas de avaliação em vigor na área da saúde no Brasil.. A *pesquisa bibliográfica* foi realizada nas bases LILACS, DEDALUS, biblioteca PUC-SP, direcionada pelas temáticas: Avaliação do trabalho, Avaliação de Serviços de Saúde, Avaliação e Saúde, Avaliação e Serviço Social, Serviço Social na Saúde, Metodologia de Avaliação e acompanhou toda a trajetória da investigação.

A pesquisa de campo, para a coleta de informações necessárias ao presente estudo foi realizada no HU-USP<sup>2</sup>, local escolhido de forma intencional por se tratar do lócus da atuação profissional da pesquisadora desde 2002, o que possibilitou uma circulação positiva entre os demais profissionais, facilitando o acesso aos sujeitos e a discussão sobre a temática.

Os sujeitos desta pesquisa foram escolhidos intencionalmente: assistentes sociais que trabalham no Serviço Social do HU-USP. O universo do estudo é composto por nove profissionais, que foram convidadas a participar, de forma livre e voluntária, da pesquisa de campo.

Para as duas primeiras etapas (elaboração do perfil do grupo de assistentes sociais e questionário “sondagem” sobre avaliação) não foram previstos critérios de exclusão, obtendo-se a totalidade de nove sujeitos.<sup>3</sup> Para a terceira etapa (grupo focal), procurou-se assegurar uma maior homogeneidade ao grupo e, desta forma, a assistente

---

<sup>2</sup> Sobre o local da pesquisa, ver capítulo 3 – Cenário do Estudo.

<sup>3</sup> Faz-se uma ressalva à elaboração do perfil das assistentes sociais, momento em que a pesquisadora também participou, para assegurar a caracterização mais fiel possível do grupo. Ressalta-se que foram observados os preceitos éticos e metodológicos e que este foi o único momento do estudo em que a pesquisadora compôs este grupo.

social que desempenha a função de chefe do serviço, não participou. A quarta e última etapa (entrevista com a direção do serviço) foi realizada apenas com a profissional que desempenha a função, com o objetivo de compreender sua visão sobre avaliação e a forma como se deu a estruturação do serviço, uma vez que esta profissional começou a trabalhar no hospital poucos meses após a inauguração deste.

A coleta de dados foi planejada e realizada mediante a articulação de um conjunto de instrumentos metodológicos, dada a necessidade de informações diversas para construir o estudo. As técnicas e instrumentos utilizados são descritos a seguir:

a) Observação participante da rotina diária dos assistentes sociais no HU. Procurou-se levantar elementos sobre o trabalho do profissional e sobre o entendimento a respeito da avaliação, que pudessem lançar luz à compreensão da temática e subsidiar a elaboração dos instrumentos de pesquisa de campo.

b) Formulário para identificação do perfil dos Assistentes Sociais do HU-USP (anexo 1): através do preenchimento deste formulário pela totalidade dos assistentes sociais, foi possível descrever o perfil deste grupo, até então inexistente.<sup>4</sup>

c) Questionário “sondagem” sobre avaliação: as nove assistentes sociais foram convidadas a responder ao questionário estruturado com perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha (anexo 2). A utilização deste instrumento, com a garantia do anonimato, possibilitou uma primeira aproximação dos sujeitos com a temática proposta, funcionando como um aquecimento para a etapa posterior, além de sinalizar aspectos relevantes que foram utilizados na elaboração do roteiro para sessão do grupo focal.

d) Grupo Focal: esta etapa da pesquisa contou com a participação de oito assistentes sociais na condição de sujeitos, um observador externo e a pesquisadora na função de moderadora. Utilizou-se de um roteiro previamente elaborado (anexo 3) com afirmativas que foram pensadas a partir do questionário “sondagem”, procurando assim dar um direcionamento, o mais amplo possível para não limitar as discussões dos sujeitos. Foi realizada uma única sessão, com duração de 2 horas e 20 min, em sala de

---

<sup>4</sup> Conferir Capítulo 3 – A Trajetória do Serviço Social do HU-USP.

reuniões do próprio hospital. Esta metodologia foi escolhida pela possibilidade ímpar de evidenciar resistências, valores, culturas, ideologias, medos e concepções acerca da temática estudada. Para além da soma de depoimentos individuais, esta técnica estimulou a discussão, a identificação de diferentes concepções existentes sobre a avaliação e a elaboração de novas ideias e exposição de pontos de vista que seria difícil de serem obtidas por meio de outro instrumento de pesquisa. Para o registro da sessão, fez-se uso de gravador de áudio e anotações da pesquisadora e do observador. O conteúdo foi transcrito e submetido à análise de conteúdo, que culminou na produção do capítulo 4 – Diálogo entre colegas: falando de avaliação.

Verificou-se que a realização do grupo focal foi duplamente importante: para a pesquisadora, pela rica possibilidade de coletar reflexões das mais variadas possíveis e para os sujeitos participantes, pela oportunidade de discutir mais profundamente sobre sua prática e sobre questões relativas à profissão<sup>5</sup>.

e) Entrevista com a direção do serviço: por meio desta entrevista, buscou-se resgatar o histórico do Serviço Social na instituição, assim como verificar o entendimento da avaliação para esta profissional. Fez-se uso de um roteiro semi-estruturado, constituído por questões abertas e fechadas (anexo 4). Esta entrevista, com duração de aproximadamente duas horas, foi realizada na sala da entrevistada e seu registro se deu mediante o uso de gravador. Para análise, procedeu-se a transcrição do material.

Os dados obtidos através dos diferentes instrumentais foram organizados, sistematizados e submetidos à análise a partir de eixos temáticos que estruturam nosso estudo. A interpretação dos dados foi realizada à luz do referencial teórico-metodológico, cujos autores comparecem no decorrer da dissertação, num diálogo reflexivo entre a teoria, as falas dos sujeitos e a realidade do trabalho profissional.

---

<sup>5</sup> Registra-se que, após a participação neste grupo, os sujeitos solicitaram que outros momentos como aquele fossem assegurados para discutir sobre a profissão e que as reuniões técnicas do serviço fossem realizadas em local reservado, diferente daquele onde realizam os atendimentos, no qual as interrupções são contínuas, interferindo no aproveitamento do encontro.

## 1. SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE – DESAFIOS DA PRÁTICA

Este capítulo foi elaborado com o objetivo de sinalizar alguns dos desafios que estão presentes, ainda hoje, no cenário do Serviço Social na área da saúde. Não se pretende aqui esgotar a discussão a respeito, dada a centralidade do objetivo deste estudo. Entretanto, acredita-se que contextualizar tais debates seja uma forma de contribuir para a discussão sobre a relação entre Avaliação e Serviço Social na área da Saúde.

A saúde no Brasil passou a se constituir em direito universal a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal. Entretanto, passados 24 anos, o direito à saúde ainda está longe de ser efetivado. E quando se fala em direito à saúde, uma primeira questão se apresenta: o que se está denominando por “saúde”?

Pensada no interior dos movimentos sociais e da participação de diversos seguimentos da sociedade, a saúde foi definida na VIII Conferência Nacional de Saúde como:

“Em seu sentido mais amplo e mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, 1986:4).

Do ponto de vista constitucional, *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988, Art.196).

Sob a ótica da Organização Mundial de Saúde (1946), temos: *“Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”*.

Apenas como caráter ilustrativo, destacamos estas três definições de saúde que, como se pode verificar, abordam diferentes ângulos de uma mesma temática. *“O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas”* (SCLAR, 2007:30).

A política de saúde no Brasil que se estabelece na Constituição de 1988, é fruto da ampla participação dos diferentes atores, inclusive da população, na discussão dos rumos que se pretendiam para a saúde, conforme estabelecido no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou um marco no direcionamento desta política.

Assim, a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser direito de todos os cidadãos, de acesso universal e igualitário, garantido pelo Estado, de livre participação da iniciativa privada.

O acesso a esse direito se daria mediante a implantação e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS – cuja organização e funcionamento por meio de serviços estão estabelecidos na Lei nº 8080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde:

“As ações e serviços públicos” de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos” (BRASIL, Lei 8080/1990, Art. 7º).

Verifica-se, assim, que a normatização da saúde enquanto política social, pública e democrática se fundamenta em princípios que deveriam ser os efetivos norteadores do Sistema Único de Saúde.

“Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações” (CFESS, 2010:19).

É a partir destes princípios, somados aos princípios éticos, políticos, técnicos e metodológicos da profissão que o Serviço Social se constitui como importante ator no interior da política de saúde.

O Serviço Social tem na área da saúde um dos principais campos de atuação por ser este o setor que, historicamente, mais tem empregado este profissional. Na última década, entretanto, verificou-se uma retomada da inserção de assistentes sociais nos espaços sócio-ocupacionais de políticas como Previdência e Assistência Social, esta última, em atual desenvolvimento em decorrência da Política Nacional de Assistência Social de 2004.

O cotidiano do trabalho do assistente social, como o de inúmeras outras categorias profissionais, mostra-se, não raro, extenuante, onde o excesso de demanda se confronta com a escassez de recursos (humanos, materiais, institucionais, políticos), e as situações de pobreza e vulnerabilidade vivenciadas pelos usuários traduzem a forma perversa como os direitos sociais (não) estão sendo assegurados pelas políticas sociais no seio do Estado capitalista.

Neste contexto social ditado pela política macroeconômica, onde a ordem do dia (e de todo dia) é a redução do Estado na área social - entendida como um gasto alto e desnecessário ao aparato estatal - é visível o agravamento da desigualdade social, do desemprego ou subemprego, das várias formas de violência e de exclusão social (ou melhor dizendo, de inclusão efetiva de inúmeros cidadãos no lugar do não direito e do não acesso aos direitos).

Os assistentes sociais situam-se num tenso espaço de disputa de interesses diferentes e, até mesmo, contraditórios entre usuários e instituição; de contraposição entre a proposta de efetivação do SUS e a política de redução dos direitos sociais ditada pela orientação neoliberal.

Enquanto atendem às demandas que lhe são apresentadas, os assistentes sociais, pela mesma ação, respondem às necessidades dos usuários (necessidades estas, muitas vezes básicas e essenciais à sobrevivência) e aos imperativos do capital (manutenção dos mecanismos de exploração e dominação, de minimização do Estado).

“(...) um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar as demandas, pleitos, exigências imediatas – a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a iminência da morte da perda do outro, enfim, a falta de condições de trabalho, as condições de vida e o estilo – sem perder a perspectiva de médio e longo prazo. Ou seja, enfrentar os problemas cotidianos, sem perder de vista que, nesta realidade social, ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada sob a exploração do homem pelo homem. Sem consciência e instrumental teórico e técnicos necessários para apreender a lógica da organização social capitalista, não se trabalha na direção de interesses e necessidades históricos da classe trabalhadora!” (VASCONCELOS, 2007:21).

A complexidade dos problemas vivenciados pelos usuários que recorrem ao Serviço Social traduz de forma concreta as manifestações / expressões da questão social e se constituem no objeto de trabalho cotidiano do assistente social, mesmo quando este profissional, no desenvolver de sua prática, não consegue enxergar a relação existente entre as demandas que atende e a causa que as origina.

Este poderia ser considerado o “pano de fundo” sobre o qual se desenvolve o trabalho do assistente social, não fosse pelo fato de se constituir na própria matéria e objeto central de seu trabalho.

“A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida” (CFESS, 2010:23).

Assim, é importante que o assistente social tenha em mente que este é o espaço em que se dá a construção do Serviço Social enquanto profissão e que, os conflitos são inerentes à sociedade edificada sobre a lógica capitalista de produção. Os direitos, dentre eles a saúde, são assegurados através de lutas, resistências,

reivindicações, avanços, retrocessos, num movimento tenso e permeado de disputas principalmente de ordem política e econômica. Os direitos que hoje são socialmente reconhecidos não se constituíram como tal sem a força exercida pelas coletividades e pela sociedade.

Entretanto, em meio ao desafio de efetivação do SUS, o Serviço Social, e não só ele, como quase que a totalidade das profissões da área da saúde, tem se deparado com a individualização e focalização cada vez maiores no atendimento aos usuários.

Se, do ponto de vista da produtividade e ou resolutividade emergencial, esta tendência se mostra como uma saída viável à demanda crescente, do ponto de vista da construção de uma política pública e coletiva, apresenta sérios riscos.

Esta forma de atuação – muitas vezes tida como inevitável – pode comprometer a visão de integralidade tão cara à saúde, assim como a percepção de totalidade, fundamental para o redirecionamento das ações políticas e epidemiológicas de saúde.

Dito de outra forma, ao restringir o foco à esfera do indivíduo e, neste, à sua queixa pontual, o profissional corre o risco de limitar sua intervenção, direcionando-a aspectos que não são centrais à situação vivida pelo usuário, comprometendo sua ação a uma não resolutividade e a queixa do usuário a uma possível manutenção ou piora.

Assim realizada, a ação do profissional limita-se a respostas pontuais e individuais tendo sua intervenção um mínimo alcance social sob a ótica da autonomia e emancipação dos sujeitos.

“A análise do Serviço Social no âmbito das relações sociais capitalistas visa superar os influxos liberais que grassam as análises sobre a chamada ‘prática profissional’, vista como prática do indivíduo isolado, desvinculado da trama social que cria sua necessidade e condiciona seus efeitos na sociedade. Os processos históricos são reduzidos a um ‘contexto’ distinto da prática profissional, que a condiciona ‘externamente’. A ‘prática’ é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços -, seu ‘cliente’ –

desvinculada da 'questão social' e das políticas sociais". (IAMAMOTO, 2006, p.168).

Outro desafio que vem sendo posto à área da saúde, também relacionado à lógica da individualização, é o risco de se perder a noção do todo, do coletivo. É fato que as demandas são apresentadas por pessoas que possuem sua subjetividade e individualidade, aspectos que constituem sua personalidade e que, muitas vezes, se refletem em particularidades no momento do atendimento. Entretanto, ultrapassando a dimensão do individual, as demandas também têm uma dimensão coletiva, refletem condições de uma dada sociedade no seu momento histórico.

Nesta direção é que se compreende o sentido coletivo e social de uma política pública. Ela não é elaborada para um único indivíduo, mas para toda a sociedade. Os direitos, apesar de serem muitas vezes reclamados individualmente, são estabelecidos para uma coletividade, como é o caso do direito à saúde. Neste sentido, Vasconcelos (2007:21) interroga: *“como trabalhar com os interesses e as necessidades do cidadão, que se isola ou é isolado nas suas necessidades pessoais e/ou familiares e no seu desespero, sem perder a dimensão do que é interesse público?”*.

Esta é uma instigante questão, principalmente quando se sabe que a cada dia é mais frequente a ocorrência de situações em que os usuários são tratados na perspectiva do usuário-consumidor, sendo inclusive chamados por “clientes”.

Entre o usuário-cidadão e o usuário-consumidor / cliente, não existe apenas uma mudança de terminologia. Pelo contrário. O que se impõe é uma cultura ainda mais individualista e unilateral. O princípio da participação social vai sendo realizado, não como um debate público e coletivo com vistas à efetivação da saúde enquanto direito universal, mas como uma somatória de reivindicações de necessidades individuais. Sobre esta questão, Vasconcelos (2007:24) reforça que *“todo direito discutido isoladamente perde sua dimensão coletiva e leva à compaixão, benemerência, beneficência, ajuda, e acaba como maleficência”*. A individualização, a despolitização e a refilantropização estão cada vez mais presentes nas sociedades impregnadas pelo ideário neoliberal.

Um outro aspecto a ser salientado, diz respeito à “judicialização da saúde”, quando os usuários, para terem assegurados seus direitos, recorrem ao sistema judiciário. Este, por sua vez, se julgar procedente o pedido, concede uma ação cautelar antecipada (liminar) para que a instituição (o próprio serviço, o município ou o estado) que indicou o objeto pleiteado seja responsável pelo seu custeio. Tal situação tem gerado um crescimento exponencial dos gastos da política de saúde, pondo em xeque tanto a máquina pública, quanto o próprio Sistema Único de Saúde, tendo desrespeitado os princípios de universalidade de acesso e de igualdade da assistência.

Por outro lado, a judicialização do acesso à saúde reflete e reforça ainda mais a desigualdade social. Cientes dos fluxos decorrentes desses processos - que rotineiramente se encerram na obrigatoriedade da instituição em se responsabilizar pelo pagamento de medicações, dietas, materiais, tratamentos ou outras medidas propostas – muitos profissionais dos serviços vinculados ao SUS estão sendo impedidos de indicarem procedimentos que possam resultar em ações judiciais, mesmo que estes procedimentos sejam indispensáveis ao tratamento.

Já os serviços privados, que não têm a obrigatoriedade de se responsabilizar pelos gastos decorrentes das prescrições (uma vez que não é sua a obrigatoriedade constitucional pela saúde e sim do Estado), continuam fornecendo para os seus “clientes” as prescrições que dão origem aos processos judiciais, reforçando ainda mais o tratamento desigual entre serviços públicos e privados.

“(…) o deferimento absoluto de pedidos judiciais pode aprofundar as iniquidades de acesso no sistema público de saúde, infringindo princípio do SUS, uma vez que favorece àqueles que têm maior possibilidade de veicular sua demanda judicialmente, em detrimento dos que não possuem acesso à justiça; igualmente apontam para o possível comprometimento do princípio da integralidade, uma vez que ações de cunho individual não são estendidas aos demais portadores da mesma condição patológica que poderiam se beneficiar do objeto da demanda” (PEPE *et al.*, 2010:2406).

E no que diz respeito à desigualdade social, o próprio SUS é um exemplo. A bem da verdade, no Brasil coexistem vários “SUS”, cada qual com sua problemática

epidemiológica, demográfica, geográfica, com maiores ou menores recursos técnicos e tecnológicos que refletem diretamente na oferta de serviços e na possibilidade terapêutica. Assim, falar de equidade de acesso aos serviços de saúde é desvelar as inúmeras desigualdades que marcam a realidade brasileira.

O SUS na cidade de São Paulo, por exemplo, – o grande centro econômico do país – é diferente do SUS nos municípios que compõem a Grande São Paulo e, mais ainda do SUS existente em cidades das regiões norte e nordeste do país. As desigualdades e diversidades regionais estão refletidas diretamente no acesso e qualidade dos serviços prestados. O mesmo acontece com as opções políticas dos gestores que influenciam diretamente na organização dos serviços do SUS.

Na cidade de São Paulo, o SUS vem enfrentando, nos últimos anos, a inserção de Organizações Sociais de interesse público na gestão administrativa dos serviços<sup>6</sup>. Sem ocultar a face privatista desta manobra política, é certo que a redução do investimento na área das políticas públicas, somada à prática de corrupção e desvios de recursos - infelizmente corriqueiros no setor público - e à deficiência em termos de qualidade - que é uma característica de muitos serviços públicos -, criam um cenário que favorece a transferência da saúde para as Organizações Sociais de Saúde - OSS's.

“Modernizar’ e ‘racionalizar’ o Estado – ou seja, transformá-lo em Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital – têm definido e distribuído as atividades estatais em setores e serviços, não mais exclusivos do Estado, o que vem possibilitando a colocação da educação, da saúde, do saneamento básico etc., não mais como direitos sociais conquistados, mas como serviços definidos pelo mercado, o que está contribuindo para restringir, cada vez mais, o espaço

---

<sup>6</sup> Para compreender o papel das Organizações Sociais no atual cenário da política de saúde, faz-se referência à Ana Maria Vasconcelos, que assim explicita: “As ‘organizações sociais’ (...) retiram a saúde (...) do campo dos direitos sociais para colocá-la no setor de serviços não exclusivos do Estado, definidos por um agente indefinido, ‘o mercado’, que traz embutidos nas suas entranhas o interesse do capital: lucros e concentração de riqueza. (...) o objetivo (...) da organização social (...) é a realização de interesses privados competindo em termos de eficiência/ganho com outras organizações com o mesmo propósito. Ficam ausentes a direção e o pensamento sobre saúde como um bem social; ficam ausentes o interesse de compatibilizar o modelo de assistência à perspectiva da saúde coletiva e a relação de poder que a saúde tem na economia política; fica ausente o caráter democrático da assistência como espaço de reapropriação da riqueza acumulada” (VASCONCELOS, 2007:92).

público democrático em favor da ampliação do espaço privado em todas as esferas da vida social” (VASCONCELOS,2007:92).

Ao lado dos aspectos concernentes à política gerencial e econômica da saúde, é importante também situar embates do ponto de vista demográfico e epidemiológico que rebatem diretamente na política de saúde, refletindo em desafios a serem pensados por todos os atores envolvidos na saúde, como é o caso do envelhecimento humano.

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida ao nascer em 2009 alcançou os 73,17 anos e a projeção é que, até 2050, chegue aos 81,29 anos. De um modo bastante imediato, os reflexos do envelhecimento humano já são sentidos pelos serviços de saúde. A incidência e prevalência de pessoas portadoras de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, colesterol, bronquite, asma, cuja complexidade da manifestação da doença tende a agravar com a idade), o número cada vez maior de pessoas em cuidados paliativos, sem perspectiva de cura, as doenças neurodegenerativas entre outras, são exemplos de situações que, sob o prisma da medicina, têm sido alvo de amplos debates.

Acrescentados às doenças orgânicas, os componentes sociais relativos às questões de renda, trabalho, habitação, alfabetização, acessibilidade, transporte, suporte familiar, tendem a agravar a situação consideravelmente.

No âmbito do Serviço Social os rebatimentos desses agravamentos fazem parte do cotidiano de trabalho e são sentidos de forma bastante intensa nas demandas postas pelos usuários e seus familiares, como também naquelas apresentadas pelas equipes e, em alguns casos, pela própria instituição.

Cada vez mais se escuta falar em “problema social”, como oposição a “problema clínico”, sendo este de responsabilidade dos serviços de saúde, e aquele, de responsabilidade do Serviço Social.

Uma primeira questão que se coloca é a fragmentação da vida do sujeito em diversos compartimentos, como se isso fosse possível, e como se a pessoa humana não fosse uma totalidade.

Para exemplificar o que está sendo dito, tomemos um exemplo muito corriqueiro nos serviços de pronto-atendimento: uma pessoa em situação de rua que faz uso abusivo de álcool, sofre uma queda e quebra uma perna. Ao chegar ao pronto-atendimento, começa o corre-corre, mas não em direção ao usuário. Salvo algumas exceções, o primeiro profissional a ser chamado para o atendimento é o assistente social, porque o “caso” é social, por se tratar de pessoa em situação de rua. Para o ortopedista, o “caso” é clínico porque se trata de uma “síndrome de abstinência”; para o clínico, é ortopédico, porque teve uma fratura; às vezes, para os médicos, trata-se de uma urgência de enfermagem devido à necessidade de higienização, alimentação, cuidados para evitar risco de queda...

A fragmentação e especialização dos saberes, como ocorre na área médica, tem implicado em uma visão cada vez mais parcial e fragmentada do sujeito que busca atendimento. Os assistentes sociais, por sua vez, tendo por fundamentação teórica a concepção de totalidade, buscam compreender os usuários de uma forma mais integral, para assim, participar na discussão e no planejamento das intervenções em equipe.

As demandas apresentadas ao Serviço Social, seja pelos profissionais, pelas instituições ou mesmo pelos usuários, expressam a forma como a profissão é concebida socialmente e o que dela se espera.

Percebe-se que na área da saúde a profissão ainda está localizada entre as práticas assistencialistas e humanizadoras sendo esperado que o Serviço Social seja o responsável pelo repasse de recursos materiais àqueles mais vulneráveis (auxílio transporte, alimentação, medicação, enxoval, vestuário, próteses, órteses), que assuma o preenchimento de documentações que assegurem direitos à saúde (Tratamento Fora de Domicílio<sup>7</sup>, Medicação de Alto Custo<sup>8</sup>, Comunicação de Acidente de Trabalho, isenção tarifária, declarações administrativas), ou ainda que o assistente social seja o elemento que vai dar “humanização” ao atendimento ou ao próprio sistema de saúde como um

---

<sup>7</sup> Estabelecido pelo Ministério da Saúde, assegura aos usuários do SUS o direito de realizarem tratamento fora de seu domicílio, quando sua localidade não dispuser da assistência da qual necessita. Compreende auxílio material para custeio de passagens, hospedagem e alimentação. Cf. Portaria/SAS/Nº 055 de 24 de fevereiro de 1999.

<sup>8</sup> Programa do Ministério da Saúde que prevê normatização para dispensação de medicamentos de alto custo, mediante coparticipação entre a união e os estados.

todo (é frequente que a comunicação dos óbitos seja realizada por assistentes sociais por certamente será mais “acolhedor” ao dar a notícia. Em muitos serviços este profissional está sendo chamado também para assumir ações como ouvidoria e programas de humanização<sup>9</sup>).

“O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho” (CFESS, 2010:47).

Sem problematizar aqui a questão do que seria ou não atribuição e competência do Serviço Social na saúde, discussão esta apresentada no documento elaborado pelo CFESS, intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde”, buscou-se apenas descrever situações que são comuns aos profissionais que desenvolvem seu trabalho na área da saúde, em especial, da saúde pública.

Neste cenário de “casos” tão numerosos quanto complexos, à dinâmica do urgente que emerge no dia-a-dia soma-se a ausência de recursos, de direitos e de saúde em seu mais amplo sentido.

Analisar o que está por trás, ou, melhor dizendo, “por dentro” das problemáticas apresentadas pelos usuários não deve ser atividade adiada ou delegada aos espaços acadêmicos e universitários.

“As observações sobre trabalho coletivo iluminam a análise dos *produtos de trabalho e/ou resultados* dos trabalhos efetuados pelos assistentes sociais. Contribui para desfocar a

---

<sup>9</sup> Em 2003 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização do SUS, que tem por objetivo colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Conferir: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf), acesso em 27 de julho de 2012.

análise da estrita relação interindividual – assistente social e usuário – para abrangê-la no marco das contradições e relações sociais que dão forma material e social ao trabalho realizado e significado aos seus resultados. Em outros termos, o produto obtido não depende exclusivamente da vontade e do desempenho individual do profissional. Nele materializam-se os fins das empresas, organizações ou organismos públicos que norteiam a organização dos processos de trabalho coletivo, nos quais estão presentes, junto a outros trabalhadores, os assistentes sociais” (CFESS, 2010:110-111).

É preciso que visões focalistas e emergenciais sejam superadas e que a ação profissional possa ser compreendida como parte de uma política em que a realidade vivida pelos usuários não é simplesmente individual, mas reflexo da forma de organização da sociedade na qual ele se insere.

É necessário que o trabalho não se distancie de suas dimensões historicamente construídas: a dimensão ontológica do trabalho como espaço de realização e construção social do sujeito; a dimensão teleológica como uma ação pensada para um determinado fim; a dimensão da totalidade, pensada na unidade entre diferentes totalidades que interagem entre si e que fazem da realizada algo mutável, passível de transformações histórica e socialmente conduzidas.

O trabalho do assistente social deve ultrapassar as barreiras do imediatismo e do individualismo, distanciando-se do pragmatismo, pensando sua ação com vistas à emancipação do sujeito, tendo por direcionamento a ótica dos direitos e da justiça social.

Acredita-se que a incorporação da avaliação no cotidiano de trabalho possa conferir aos assistentes sociais, aos usuários, à instituição e à própria categoria profissional uma melhor apropriação da ação realizada, na qual questões como o que se faz, como se faz, para que, para quem e por que se faz, sejam atualizadas cotidianamente no exercício profissional.

Em meio aos desafios postos pelas novas formas de organização do mercado e do Estado, pela retração do alcance das políticas sociais, pelo agravamento das

manifestações da questão social, pela precarização do trabalho, são necessárias novas ferramentas para instrumentalizar e fortalecer o agir profissional. Neste sentido, a avaliação poderia ser um dos instrumentos a serviço, não apenas do profissional, mas da sociedade. O seu potencial de construção da democracia, defesa dos direitos e da justiça social possibilita, quando apropriada pelos cidadãos, o controle social sobre as ações públicas.

A partir desta perspectiva é que se buscou, através deste estudo, aprofundar a discussão sobre a avaliação da prática e a prática da avaliação no Serviço Social na Saúde.

## 2. DISCUTINDO OS CAMINHOS DA AVALIAÇÃO

Este capítulo parte da concepção de avaliação que permeia o imaginário social, discorre sobre o debate conceitual polissêmico que envolve a temática, posicionando o lugar da avaliação no cenário atual de minimização da intervenção direta do Estado na efetivação das Políticas Sociais e apresenta a discussão central a que se pretende este estudo: a Avaliação em Serviço Social na área da Saúde.

Quando se fala em avaliação, seja fazer uma avaliação ou ser avaliado, as primeiras imagens que vêm à mente, não raro, são lembranças de situações tensas, impostas, não participativas, decididas por um elemento externo.

Exemplos corriqueiros do uso autoritário da avaliação podem ser encontrados na área da educação formal<sup>10</sup>, aos quais muitos dos estudantes foram (e são ainda hoje) submetidos.

Nas escolas a avaliação era frequentemente utilizada como instrumento de poder do professor. A partir do resultado da avaliação - normalmente traduzido em notas - o aluno era classificado como bom ou mau, inteligente ou não; rótulos que iriam acompanhá-lo até, no mínimo, a próxima avaliação.

Levando em consideração os aspectos metodológicos, isto é, os critérios utilizados para atribuição de notas, a falta de transparência, o utilitarismo, torna-se ainda mais difícil pensar a avaliação como algo que pudesse representar alguma utilidade social. Entretanto,

“(...) A presença de uma relação autoritária no contexto da avaliação não se dá apenas no âmbito da avaliação da aprendizagem, quando interagem professores e alunos. Essa mesma relação também está presente, de modo geral, quando se persegue outros alvos de avaliação...” (SAUL, 2000:48).

---

<sup>10</sup> A área da Educação foi historicamente a primeira a fazer uso da avaliação sistemática como forma de mensurar e controlar a eficácia do sistema de ensino, tendo seu desenvolvimento acentuado no fim do século XIX nos Estados Unidos.

O autor Pedro Demo (1999:1), discorrendo sobre o entendimento genérico da avaliação, afirma que esta é concebida como “*reprimir, excluir, estigmatizar, classificar, sobretudo, punir*”, concepção esta que justifica a associação da avaliação com algo negativo.

Práticas avaliativas às quais muitos foram submetidos: a cultura da avaliação escolar (avaliação de notas e comportamento para verificar quem é ou não aprovado, quem “passa” ou não de ano); a utilização da avaliação no trabalho (avaliação de desempenho para justificar ou não a contratação / demissão do empregado); e o objetivo corriqueiro de avaliações: evidenciar falhas, erros, punir, expor; resultam numa resistência, quase que natural, à realização de avaliações.

“Em nossa progressiva inserção social, inevitavelmente nos tornamos objetos de controle de pessoas ou instituições que podem utilizar o ato de avaliar para julgar e controlar. Todos nós temos sido avaliados sob essa perspectiva em alguns momentos de nossas vidas – e a experiência normalmente não é agradável. Afinal, essas avaliações pelas quais passamos caracterizam-se, frequentemente, pela submissão a um juízo de autoridade estabelecido por alguém que se baseia em seus próprios critérios”. (ZÚÑIGA *apud* CAMPOS, 2006:716).

Este é a imagem coletiva da avaliação quando vista de uma forma breve e informal. Tal imagem - é importante que se pontue - não se deu por acaso ou de forma natural.

“(…) noções iniciais sobre o que seja avaliar marcam o imaginário social e perseveram, com frequência, originando resistência de trabalhadores e gestores a instaurar processos avaliativos em seus programas ou serviços. Além da associação de processos avaliativos a práticas autoritárias e de controle, contribui para aumentar esta refratariedade à utilização da avaliação com fins escusos, como protelar decisões, dar cunho científico a decisões eminentemente políticas ou intimidar grupos, dentre outros abusos” (FURTADO, 2006:716).

Desta forma, pode-se dizer que o modo como a avaliação é socialmente concebida é reflexo do tipo de uso que foi feito dela. Uso este intencional, que atendia

aos interesses daqueles que estavam numa posição hierárquica superior, seja o professor na sua relação com os alunos ou, numa esfera maior, o Estado em relação à sociedade.

“No Brasil, a prática de avaliação de políticas e programas sociais ainda é muito restrita e desenvolvida mais como mero controle de gastos do que para realimentar os programas em desenvolvimento, servindo muitas vezes para punir e desenvolver uma cultura do medo.” (SILVA, 2001:42).

Outra ideia que faz parte do senso comum e que está presente no imaginário social sobre avaliação é que ela seria um processo natural, inerente ao ser humano. Dada sua racionalidade, o ser humano utiliza de suas faculdades mentais para pensar o seu presente, refletir sobre ele, realizar escolhas e avaliar suas decisões. Processo este que não acontece de forma linear, mas que se dá pela superposição de cada um dos momentos, às vezes, simultaneamente, tendo por influências e determinantes os aspectos sócio-histórico-culturais da sociedade em que vive.

“Avaliar é uma ação corriqueira e espontânea, realizada por qualquer indivíduo acerca de qualquer atividade humana; é, assim, um instrumento fundamental para conhecer, compreender, aperfeiçoar e orientar as ações de indivíduos ou grupos. É uma forma de olhar o passado e o presente sempre com vistas ao futuro. Faz parte dos instrumentos de sobrevivência de qualquer indivíduo ou grupo, resultado de uma necessidade natural ou instintiva de sobreviver, evitando riscos e buscando prazer e realizações. A este processo – natural, instintivo, assistemático – pode-se denominar de avaliação informal”. (BELLONI, MAGALHÃES e SOUSA, 2007:14).

A avaliação pode ser entendida como uma ação natural, cotidiana, intrínseca ao homem, um ser racional que analisa, faz julgamento de valor, decide qual caminho tomar, reavalia, faz novos julgamentos que subsidiarão novas decisões e assim sucessivamente.

Partindo desta referência, pode-se constatar que, no dia-a-dia, diversas são as vezes em que a avaliação se faz presente, subsidiando decisões desde as mais simples, às mais complexas.

“Fazendo parte da permanente reflexão sobre a atividade humana, a avaliação constitui-se num processo intencional, auxiliado por diversas ciências, e que se aplica a qualquer prática. (...) Refletir é também avaliar, e avaliar é também planejar, estabelecer objetivos, etc. Daí que os critérios de avaliação, que condicionam seus resultados, estejam sempre subordinados às finalidades e objetivos previamente estabelecidos para qualquer prática, seja ela educativa, social, política ou outra”. (GADOTTI, 1994:09).

A avaliação pode ainda ser compreendida como constitutiva da capacidade teleológica do homem na sua relação com o trabalho. O homem, ao fazer uso de sua faculdade cognitiva, projeta idealmente o que pretende alcançar. A objetivação dessa prévia ideação se dá através da mediação pelo trabalho. Pode-se dizer que é um momento de planejamento, de abstração sobre o real, onde aquilo que foi previamente idealizado no pensamento humano se transforma em objeto. Sem o planejamento, o objeto como tal, não existiria.

“O trabalho é uma atividade própria do ser humano, seja ela material, intelectual ou artística”. É por meio do trabalho que o homem se afirma como *um ser que dá respostas* prático-conscientes aos seus conhecimentos, às suas necessidades. O trabalho é, pois, o selo distintivo da atividade humana. Primeiro, porque o homem é o único ser que, ao realizar o trabalho, é capaz de projetar antecipadamente, na sua mente o resultado a ser obtido. Em outros termos, no trabalho tem-se uma antecipação e projeção de resultados, isto é, dispõe de uma dimensão teleológica. Mas o homem também é o único ser que é capaz de criar meios e instrumentos de trabalho, afirmando essa atividade caracteristicamente humana. É pelo trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas, ao mesmo tempo em que o trabalho cria outras necessidades. Por meio do trabalho o homem se afirma como ser criador, não só como indivíduo pensante, mas como indivíduo que *age* consciente e racionalmente. Sendo o trabalho uma atividade prática-concreta e não só espiritual, opera mudanças tanto na *matéria* ou no objeto a ser transformado, quanto no *sujeito*, na subjetividade dos indivíduos, pois permite descobrir novas capacidades e qualidades humanas” (IAMAMOTO, 2009:60).

O pensamento sem a ação prática se encerra na ideação. O objeto, por sua vez, sem abstração humana prévia, não existe por si só. Daí inferir que a avaliação poderia ser entendida como algo inerente à capacidade teleológica do homem de projetar sua ideação, objetivá-la por meio do trabalho e avaliar a adequação entre o que foi pensado e o que foi realizado.

Avaliação é também um processo socialmente construído que tem por objetivo aprimorar o trabalho, aumentando sua eficiência e efetividade, princípios muito presentes na lógica do mercado, com vistas à lucratividade. Entretanto, na esfera pública, tais análises também são efetuadas buscando dar maior transparência aos gastos públicos, produzindo uma melhor utilização do orçamento público, dada a redução dos investimentos na área das Políticas Públicas.

« Rendre compte de l'utilisation de l'argent public, oui, bien sûr. Mais si nous évaluons, nous risquons de perdre nos financements... Au fond, les financeurs demandent des évaluations pour faire des économies ! » Toute évaluation (en fait, toute information) peut être utilisée de façon perverse contre un organisme ou une personne. Mais si les financeurs demandent d'évaluer les actions, c'est qu'ils ont besoin de savoir comment les actions qu'ils financent se déroulent et quels effets elles produisent. Il est également important pour eux de savoir que les porteurs de projet analysent leurs actions et sont capables de les faire évoluer pour les améliorer » (ERSP, 2008 :5)<sup>11</sup>.

Se compreendida como um instrumento de controle do mercado, uma exigência das agências multilaterais de cooperação internacional (Banco Mundial,

---

<sup>11</sup> “Prestar conta da utilização do dinheiro público, sim, com certeza. Mas se nos avaliamos, corremos o risco de perder os nossos financiamentos... No fundo, os financiadores pedem avaliações pra fazer economias!” Cada avaliação (na verdade, cada informação) pode ser usada de maneira perversa contra um organismo ou uma pessoa. Mas, se aqueles que financiam pedem avaliações, é porque eles têm necessidade de saber como as ações que eles financiam se desenvolvem e quais efeitos produzem. E é igualmente importante para eles saber que os responsáveis pelos projetos analisam as suas ações e são capazes de fazê-la evoluir e melhorar”.

Fundo Monetário Internacional, Banco Interamericano de Desenvolvimento), a avaliação pode ser vista com certa cautela.

O controle dos gastos é uma necessidade. A escolha de ações e programas que possuem melhor resultado demonstra uma opção inteligente. Evitar que aconteçam fraudes, desvios de verbas e mau uso do dinheiro público é um imperativo.

Porém, o que se esconde por trás dessa lógica, ou melhor dizendo, o que se verifica no interior desse processo, é uma concorrência cruel, impulsionada pela maior produtividade, no menor espaço de tempo, com o menor investimento possível (de recursos materiais, institucionais, humanos).

Como consequência desse *modus operandi* acompanha-se a precarização das relações de trabalho, o crescimento progressivo da terceirização de serviços, a imposição de metas de produtividade pré-estabelecidas, entre outros.<sup>12</sup>

Não se pode ter um olhar ingênuo ao se pensar a avaliação.

É fato que ela é um importante instrumento para olhar e aperfeiçoar o trabalho realizado, que pode contribuir ao direcionamento da ação, à efetividade do programa, ao alcance dos resultados previstos. Porém, no atual contexto socioeconômico, ela serve simultaneamente, como instrumento gerencial submetida à lógica já anteriormente referida.

---

<sup>12</sup> As transformações que vem ocorrendo no mundo do trabalho trazem implicações diretas para a área da saúde. Se, de um lado, os serviços de saúde, bem como seus trabalhadores, estão submetidos às mesmas regras de precarização do trabalho em seus diferentes aspectos, o que reflete diretamente nas condições de trabalho às quais os profissionais estão submetidos, por outro lado, do ponto de vista da saúde, há um rebote na qualidade de vida, no agravamento e/ou intensificação de doenças apresentadas pela população usuária, também trabalhadora.

A autora Denise Pires (2008:318-319) bem delinea a questão da precarização do trabalho em saúde quando afirma: “Uma das mudanças recentes, no âmbito do trabalho em saúde no Brasil, é o crescimento do número de trabalhadores sem as garantias trabalhistas de que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontra-se: contratos temporários; trabalhadores contratados para realizar atividades especiais (plantonistas em hospitais, por exemplo); flexibilização na contratação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família pelo governo brasileiro; e o trabalho temporário previsto no Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. (...) O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e elabora, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, um ‘Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS’ com estratégias definidas para a reversão do quadro”.

Tão importante quanto compreender o contexto no qual se processam as avaliações e os interesses políticos e econômicos nelas implícitos, é ultrapassar a visão puramente gerencialista para uma compreensão do potencial democrático da avaliação, conforme explicita Carvalho (1999:93):

“A cultura da avaliação terá de se introduzir no campo social democratizando informações, decisões e facilitando a participação cidadã na formulação, implementação e desenvolvimento de políticas e projetos. (...) É preciso desmontar a ideia ainda persistente de que a avaliação tem serventia apenas para demonstração do rendimento pretendido num programa. A avaliação no campo social deve estar atenta para apreender os impactos imediatos e mediatos, os múltiplos efeitos/resultados, assim como a multicausalidade dos intervenientes na produção de resultado/impacto. Requer, assim, situar o programa no contexto em que se gesta, grau de legitimidade alcançado na instituição e na comunidade e grau de adesão ou residência dos agentes que o movem produzindo esta ou aquela dinâmica”.

Partindo do pressuposto que a implantação de práticas avaliativas é uma exigência cada vez mais recorrente no campo das Políticas Públicas, o que se pretende é encontrar uma forma de conciliar os diferentes interesses que perpassam o campo das avaliações, ou seja, que a avaliação possa responder às necessidades de eficácia, efetividade e, ao mesmo tempo, servir de instrumento profissional para o aprimoramento das intervenções sem, contudo, afastar-se dos pressupostos éticos que orientam, não só a avaliação, como a própria efetivação dos direitos sociais. Não se fala então de uma ação ao *menor* custo, mas ao *melhor* custo.

«Le fait que la ‘mode’ de l’évaluation soit contemporaine de la crise économique, fait qu’elle a été assimilée à une nouvelle modalité de résolution de la crise du financement de la protection sociale. Pourtant l’évaluation est, en articulation avec la planification, le seul mode de régulation humainement soutenable dans le secteur social et médico-social, alternatif à une régulation par le marché qui serait désastreuse. Si l’évaluation vise bien à une utilisation optimale des ressources rares, ce n’est pas pour arriver à un ‘moindre coût’ mais au

‘meilleur coût’ » (HARDY, *apud* BOUQUET, JAEGER, SAINSAULIEU, 2007 :155)<sup>13</sup>.

A avaliação pode ser entendida igualmente como uma estratégia política (às vezes político-partidária); espaço democrático de participação social e de construção da cidadania; instrumento para efetivação de direitos sociais por meio do controle social e acompanhamento da execução de políticas públicas.

“A avaliação tem uma perspectiva política que deve ser resgatada no sentido de contribuir para garantir a efetivação e universalização dos direitos de cidadania, mas essa contribuição só se realiza quando os resultados por ela produzidos servem para instrumentalizar a população nessa luta por cidadania” (GOMES, 2001:18).

Diante desta multiplicidade de entendimentos e sentidos que a avaliação vai assumindo no interior das políticas, programas, ações, é importante que se sinalize o que está sendo posto por avaliação. Afinal, o que se entende por avaliação? Qual seu objetivo? A serviço de quem está? A serviço do que? O que deve ser avaliado? Quando? Como? Por quem? Para quem? As diferentes respostas possíveis a cada uma destas questões poderá delinear diferentes modelos de avaliações.

Para compreender os embates teórico-metodológicos e políticos aos quais as práticas avaliativas estão submetidas no cotidiano das Políticas Sociais, faz-se necessário, minimamente, situar a avaliação em seu universo conceitual.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> « O fato da ‘moda’ da avaliação ser contemporânea à crise econômica, faz com que tenha sido assimilada a uma nova modalidade de resolução da crise do financiamento da proteção social”. No entanto, a avaliação é, em articulação com a planificação, o único modo de regulação humanamente sustentável no setor social e médico-social, alternativo a uma regulação pelo mercado, que seria desastrosa. Se a avaliação visa a uma melhor utilização dos recursos escassos, não é para chegar a um ‘menor custo’ mas ao ‘melhor custo’”.

<sup>14</sup> O presente estudo não tem por objetivo trazer uma discussão aprofundada sobre os aspectos conceituais, mas apresentar alguns elementos julgados relevantes para a compreensão do cenário no qual se encontra a avaliação em Serviço Social na Saúde. Sugere-se, para maior aprofundamento sobre o tema, consultar os autores: SILVA, Maria Ozanira Silva e (org.) 2001 e 2008; SAUL, Ana Maria 2000; COHEN, Ernesto e FRANCO, Rolando. 2008; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) 2005

Partindo da definição do termo, entende-se por Avaliação:

“Ato ou efeito de avaliar (-se); cálculo do valor de um bem ou de bens; valor determinado por quem avalia; apreciação ou conjectura sobre condições, extensão, intensidade, qualidade, etc. de algo; verificação que objetiva determinar a competência, o progresso, etc. de um profissional, aluno, etc.” (HOUAISS, 2009:227).

Avaliar, por sua vez, significa:

“Estabelecer a valia, o valor ou o preço de; determinar a quantidade de; computar; ter a ideia de, conjecturar sobre ou determinar a qualidade, a extensão, a intensidade etc. de; apreciar o mérito, o valor de; estimar” (HOUAISS, 2009:227).

Recorrendo à área da Administração, encontra-se como definição de avaliação:

“Avaliação: ato de avaliar. Forma de estimar um número, valor, qualidade, quantidade ou importância de uma coisa, produção ou trabalho. Verificação sistemática da potencialidade planejada para uma organização em relação à sua produtividade” (DUARTE, 2005:155).

E em Serviço Social, de acordo com o *Dicionário de Termos Técnicos de Assistência Social* (BELO-HORIZONTE, 2007:17-18), que utiliza a definição clássica dada pelos autores AGUILAR e ANDER-EGG (1994), Avaliação é:

“... uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, se realizaram ou se realizarão. Tem o propósito de produzir efeitos e resultados concretos, comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados”.

Uma forma mais didática sobre o que é a avaliação é encontrada no documento francês L'Évaluation en 9 Étapes – Document Pratique Pour L'Évaluation des Actions Santé et Social<sup>15</sup>, segundo o qual, a avaliação é:

« Une photographie à un instant donné, un constat : dresser l'état des lieux à une date donnée, divers points d'observations, divers observateurs, mesure ou description des faits (les faits bruts, sans jugement) ;

Un diagnostic : une appréciation avec un avis construit sur des arguments, une analyse des forces et des faiblesses, une valorisation donnant du poids à tel ou tel aspect ;

Des recommandations, une aide à la décision : propositions d'améliorations, conseil à la décision (et]non pas pouvoir de décision!) comme outil de pilotage ;

Un contrôle : du financeur qui veut connaître l'usage des subventions, de l'utilisateur/ bénéficiaire à qui on doit rendre compte (redevabilité), des pouvoirs publics qui sont interrogés par le citoyen, d'une instance chargée de vérifier la légalité (mais à différencier d'un audit : analyse du respect des règles et procédures ou d'une inspection : des recommandations contraignantes) » ( ERSP, 2008 :2)<sup>16</sup>.

Segundo Belloni, Magalhães e Sousa (2007:25-26), a avaliação pode ser considerada como:

“(...) um processo sistemático de análise de atividade(s), fato(s) ou coisa(s) que permite compreender, de forma

<sup>15</sup> A avaliação em 9 etapas – Documento Prático para Avaliação de Ações Sociais e de Saúde.

<sup>16</sup> « Uma fotografia a um momento dado, uma constatação: fazer um levantamento em um determinado momento, a partir de diversos pontos de vista, vários observadores, medida ou descrição dos fatos (os fatos brutos, sem julgamento);

Um diagnóstico: uma apreciação com um ponto de vista construído sobre argumentos, uma análise dos pontos fortes e fracos, uma valorização que dá peso a um ou outro aspecto;

Recomendações, uma ajuda à tomada de decisão: propostas de melhorias, subsídios que orientem a tomada de decisão (e não poder de decisão!) como instrumento de gestão;

Um controle: do financiador que quer conhecer o uso das subvenções, do usuário/beneficiário a quem deve se prestar conta (*accountability*), dos poderes públicos que são questionados pelo cidadão, de uma instância encarregada de verificar a legalidade (mas diferentemente de uma auditoria: análise do respeito às regras e procedimentos ou de uma fiscalização das normatizações constrangedoras)”.

contextualizada, todas as dimensões e implicações, com vistas a estimular seu aperfeiçoamento. Trata-se de um processo sistemático, isto é, envolve múltiplas observações, não sendo aceitável uma única observação no tempo ou um único instrumento de avaliação. Envolve a utilização de instrumentos e critérios, coerentes com o objeto de avaliação ao longo do processo. Significa ainda uma clara definição de um objeto de avaliação, suas características e peculiaridades”.

Destacando o potencial transformador da avaliação e associando-o à participação dos sujeitos envolvidos no processo avaliativo, a autora Ana Maria Saul (2000:61) desenvolveu o conceito de *avaliação emancipatória*, articulando três vertentes teórico-metodológicas: a crítica institucional, a criação coletiva e a pesquisa participante. Esta perspectiva tem o sujeito como centro do processo avaliativo, sendo ele o elemento principal no processo de transformação da realidade. Esta modalidade de avaliação se destaca por suas características democrática, dialógica e participante:

“A avaliação emancipatória caracteriza-se como processo de descrição, análise e crítica de uma dada realidade, visando transformá-la. (...) Ela está situada numa vertente político-pedagógica cujo interesse primordial é emancipador, ou seja, libertador, visando provocar a crítica, de modo a libertar o sujeito de condicionamentos deterministas” (SAUL, 2000:61).

Reunindo as diferentes tipologias de Avaliação descritas pelos autores SILVA (2001), HARTZ (2005), MINAYO (2005), COHEN & FRANCO (1993), pode se dizer, de uma forma bastante sintética, que a avaliação pode variar segundo alguns critérios:

- a) quanto ao momento de sua execução (*ex ante*, durante ou *ex post*);
- b) quanto ao tempo a partir do qual a avaliação será realizada (retrospectiva, prospectiva, formativa, contínua, integrativa);
- c) quanto à posição do avaliador (avaliação interna, externa, mista, participativa);

d) quanto ao destinatário ou mandatário da avaliação (dirigentes, administradores, técnicos, usuários);

e) quanto à função (somativa, formativa);

f) quanto ao objeto (avaliação de estrutura, processo ou resultado; avaliação de ações, serviços, estabelecimentos, sistemas; avaliação de cobertura, acessibilidade, equidade);

g) quanto ao mérito (ordem moral, política, instrumental, técnica, econômica);

h) quanto à metodologia (quantitativa, qualitativa)<sup>17</sup>.

Observa-se que o campo da avaliação é bastante amplo e complexo. Apresenta uma grande polissemia de conceitos, métodos, critérios, dimensões, abordagens. A articulação - nem sempre isenta de conflitos - entre esses diferentes aspectos, mediada por seus atores, é que vai resultar na escolha de uma ou mais formas de avaliação.

É importante destacar que esta escolha decorre de uma decisão intencional, que pressupõe análise técnica e política. Análise técnica no que diz respeito à escolha de métodos que melhor respondam ao (s) objetivo (s) da avaliação e que sejam adequados ao(s) objetos(s) que se pretende avaliar; análise política porque toda avaliação pressupõe uma decisão política, mesmo quando esta decisão não é posta em evidência.

Neste sentido, Gadotti (1994:09) diz que pensar a avaliação apenas como um conjunto de aspectos técnicos, metodológicos é uma “ingenuidade”, uma vez que a avaliação é também – quando não, essencialmente - uma questão política.

Acrescenta-se aqui mais uma dimensão que pode influenciar na escolha e no direcionamento da avaliação: a dimensão ética. Acredita-se que o reconhecimento de valores sociais e concepções societárias podem também interferir no direcionamento do processo avaliativo.

---

<sup>17</sup> Conferir anexo 6 - Tipologias da Avaliação.

Assim, não se pode inferir neutralidade política ou ideológica à ação avaliativa, como também não se pode negar a necessária adequação metodológica, uma vez que a combinação entre ambos resultará na qualidade e pertinência do processo avaliativo e, conseqüentemente, nos resultados deste.

“Trata-se, assim, de ultrapassar o caráter estritamente econômico e técnico da avaliação fundado no modelo funcionalista ou racionalista clássico que escamoteia seus princípios políticos sem, contudo, negar a importância da dimensão técnica da avaliação de políticas” (GOMES, 2001:18).

Avaliar a qualidade de um serviço ou programa, verificar a exequibilidade de um projeto, analisar a manutenção ou não de um programa são exemplos de avaliações onde a própria realização da avaliação, por si só, já traduz uma tomada de decisão técnica e, ao mesmo tempo, política. O resultado dessa avaliação, por sua vez, também pode subsidiar novas tomadas de decisões fundadas em elementos técnicos e políticos.

“Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a orientação de estratégias de ação. Seu sentido ético alia-se a seu valor técnico e de responsabilidade social” (MINAYO, 2010:20).

Ao avaliar, lança-se o olhar sobre um (ou alguns) aspecto (s) de uma determinada ação, programa ou política e outros deixam de ser focados. Trata-se de uma escolha. Disso decorre a necessidade de conhecimento prévio para subsidiar tal decisão e assim alinhar a forma que a avaliação será realizada com o objetivo que se pretende alcançar. Avaliar é, em si, um ato intencional. Não se avalia “por acaso”, tampouco “acidentalmente”.

Para além de um conjunto de técnicas e metodologias, a avaliação envolve processos, atores, intencionalidades, idealizações, sentidos e valores diferentes.

Assim como se faz necessário escolher dentre as metodologias de avaliação aquela que se mostra mais adequada, é também necessário ter claro o que se pretende

com a avaliação, o objetivo que se quer alcançar por meio dela. Esse objetivo pode ser pensado em relação à ação, serviço ou programa a ser avaliado, de modo imediato, como também num contexto mais amplo: qual sociedade se pretende? Como projetar os resultados numa perspectiva macrossocial?

“Considerada numa perspectiva de cidadania, a avaliação pode se constituir em instrumento eficaz para o controle social das políticas sociais. (...) Destaca-se a avaliação como um possível instrumento que pode ser utilizado por seguimentos sociais organizados para o fortalecimento da pressão social sobre o Estado no sentido de conquista de direitos sociais, haja vista as informações que a avaliação pode gerar e publicizar sobre políticas e programas sociais” (SILVA, 2001:46-47).

A avaliação procura, não apenas estimar o valor de uma ação, mas, mais que isso, *fazer emergir* o valor da ação. É um processo que ocorre no interior da ação a ser avaliada. Por isso mesmo, não é algo imposto ou externo. E para que o valor possa imergir da ação, é necessária a implicação de todos os atores nela envolvidas – técnicos, administradores, legisladores, e também os usuários. Cada qual com sua concepção, elaborada a partir do lugar social que ocupa. Nesse jogo de atores e de disputa de poderes, é a noção de utilidade social que pode fazer com que haja uma unidade na diversidade.

Entende-se por atividade de utilidade social aquela que “*a pour résultat constatable et pour objectif explicite (...) de contribuer à la cohésion sociale (notamment par la réduction des inégalités), à la solidarité et à la sociabilité et à l’amélioration des conditions collectives du développement humain durable dont fait partie l’éducation, la santé, l’environnement et la démocratie* » (OFFREDI, 2010:42)<sup>18</sup>.

A avaliação apreendida a partir deste conceito, pode contribuir à ampliação e consolidação da democracia, sendo um importante instrumento a ser apropriado pelo Serviço Social. Recorrendo ainda aos estudos de Claudine Offredi,

---

<sup>18</sup> “tem por resultado constatável e objetivo explícito (...) contribuir para a coesão social (notadamente para a redução das desigualdades), para a solidariedade, à sociabilidade e à melhora das condições coletivas do desenvolvimento humano, das quais fazem parte: a educação, a saúde, o desenvolvimento e a democracia”.

“Avaliar a utilidade social conduz, necessariamente, a interrogar-se sobre o impacto social das atividades realizadas, sobre qual a ‘marca’ deixada, tendo em vista o interesse coletivo implícito em uma ação pública. Colocar-se do lado da utilidade social e da avaliação das políticas públicas situa imediatamente o avaliador numa postura de avaliação cidadã, pluralista e democrática, que considerar o conhecimento de cada um dos atores, num processo participativo de discussão dos referenciais, objetivos e valores da ação” (registro a partir da Atividade Programada ministrada por Claudine Offredi, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, PUC-SP, 2009).

A noção de utilidade social atribui à avaliação um sentido mais amplo na direção da construção de políticas e ações democráticas, considerando a importância e o papel de cada um dos sujeitos no interior das ações a serem avaliadas.

A concepção de avaliação utilizada neste estudo refere-se a uma ação política, sistemática, científica, que se utiliza de técnicas e metodologias, tem por objetivos o *fortalecimento da cidadania* e a *efetivação dos direitos sociais* através da *ação participativa* dos diferentes atores sociais envolvidos e busca evidenciar o valor e a *utilidade social* do objeto a ser avaliado.

É a partir da articulação entre os fundamentos da avaliação emancipatória, participativa e da utilidade social da avaliação que será pensada a avaliação como instrumento ao trabalho do assistente social.

## **AVALIAÇÃO, SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE.**

Pensar a relação entre avaliação e Serviço Social é uma atividade que requer um certo esforço, uma vez que se trata de uma temática ainda pouco explorada pela literatura e pela pesquisa acadêmica. Assim, pretende-se neste capítulo, apresentar uma primeira aproximação teórica acerca dessa temática.

É importante destacar que a avaliação aqui apresentada não se refere àquela fundamentada nos princípios positivistas, burocráticos, tradicionais que influenciou enormemente o meio acadêmico, refletindo diretamente nos modelos avaliativos existentes. A esses modelos, várias críticas foram apresentadas, conforme pode se verificar:

“A avaliação tradicional tem sofrido fortes críticas: pelo seu caráter externo; pelas debilidades metodológicas apresentadas; pela sua preocupação demasiada com a eficiência, e, portanto, pela sua incapacidade de apropriar-se do conjunto de fatores e variáveis contextuais e processuais, que limitam ou potencializam resultados e impactos. E, especialmente, pelo baixo grau de relevância e de utilidade dos produtos avaliativos que não respondem às necessidades de informações dos agentes sociais envolvidos no programa” (SULBRANDT *apud* CARVALHO, 1999:87).

Sabe-se que também que a avaliação, muitas vezes, se apresenta revestida de autoritarismo, utilizando-se do medo, do julgamento, da punição para se fazer efetiva. Vista desta forma, fica difícil associar a avaliação como um instrumento de trabalho para o profissional. Soma-se ainda a descrença no próprio processo avaliativo, uma vez que, não raro, as avaliações não se traduzem em tomadas de decisões que proporcionem mudanças positivas e significativas capazes de implicar em aprimoramento do trabalho realizado e qualificação da ação junto aos usuários.

A concepção aqui adotada parte do princípio que uma avaliação não deve se limitar aos aspectos quantitativistas, tecnicistas ou econométricos, centrados quase que exclusivamente em dados numéricos, com ênfase em resultados. Pelo contrário, parte-se

do conceito que a avaliação possui diferentes dimensões, todas com sua importância, e que devem ser consideradas:

“(...) Primeiro, uma dimensão cognitiva: a avaliação visa a produzir informações científicas válidas e socialmente legítimas. (...) Segundo, a avaliação tem uma dimensão normativa quando visa a emitir um julgamento. Terceiro, ela tem uma dimensão instrumental ou utilitária quando visa a melhorar uma situação. (...) Finalmente, a avaliação tem uma dimensão democrática quando visa provocar debates. (...) Essas dimensões refletem o fato de que a avaliação se assenta em uma tríplice legitimidade – científica, política e social – que é necessário arbitrar conforme os contextos de avaliação” (BROUSSELLE, 2011:50-51).

É a partir do entendimento destas dimensões acredita-se na importância da avaliação compor o cotidiano de trabalho do assistente social. Parte-se do pressuposto que ao incorporar a avaliação a partir dos referenciais apontados por Brouselle, o profissional teria a possibilidade de melhor conhecer sua ação, lançando um olhar atento sobre sua prática, reconhecendo as demandas e as formas como a elas responde, ampliando sua visão sobre o trabalho a partir da releitura do cotidiano e repensando os sentidos e a direção da própria profissão.

Entretanto, a avaliação em si não é a solução para os problemas enfrentados pelos assistentes sociais. Não se deve ter uma visão romântica sobre esse instrumental, mesmo porque, apesar da utilidade que se acredita ter a avaliação em Serviço Social, fato é que esta área possui particularidades que também não foram suficientemente exploradas pelas práticas avaliativas. Esta ressalva é destacada por Jean-Pierre Hardy, no texto abaixo:

“L’activité dans le secteur social et médico-social est beaucoup plus difficile à évaluer, ses bénéfiques, c’est-à-dire son efficacité et son efficience, ne pouvant, qui plus est, s’évaluer à court terme, la régularité juridique et comptable des actions mises en ouvre. De plus ce secteur souffre par rapport à d’autres de la quasi-absence de référentiels et de normes opposables relatives à ses moyens pour réaliser des objectifs souvent très

généraux et peu finalisés et ainsi attendre des résultats... »  
(HARDY, 2007 :153)<sup>19</sup>.

Outro erro ao qual se pode incorrer no debate sobre o uso da avaliação, é adotá-la, sem questionamentos, ou mesmo aceitá-la como resultado de uma imposição externa. Pondera-se que, incorporada desta forma, a avaliação se torna pobre, perde seu potencial democrático e passa a se constituir apenas mais uma ação, infértil de sentidos, realizada pelo profissional.

Conforme alerta Maria de Fátima Gomes (2001:21)

“Não basta, portanto, concordar com a importância dos processos avaliativos, mas se questionar sobre o potencial da avaliação como instrumento para tornar visível a intensidade das demandas no campo das políticas sociais em nossa sociedade”. Avaliação implica, assim, no exercício de um importante direito democrático: o controle sobre as ações de interesse público. (...) Resgatar os aspectos políticos da avaliação implica em concebê-la para além de um processo burocrático, através de uma abordagem do ponto de vista da defesa da sociedade.

Retomar criticamente os aspectos políticos da avaliação e contextualizá-la implica, em um primeiro momento, em problematizar a constituição da nossa cidadania e de nossa política social que se processou pela exclusão”.

Verifica-se que as dimensões política e ética mostram-se de vital relevância, por direcionar, na maior parte das vezes, o desenvolvimento de processos avaliativos.

“(...) Acredita-se hoje que a avaliação referencia-se num conjunto de valores e noções sobre a realidade social partilhado pelos membros de uma sociedade. Dessa forma, os valores não são entidades superiores à história. A partir de uma determinada concepção de justiça e de outros valores é que uma política será ou não aprovada, tendo, dessa forma, sempre um caráter político-ideológico. Esse caráter político-

---

<sup>19</sup> “A atividade no setor social e médico social é bem mais difícil de avaliar. Seus benefícios, isto é, sua eficácia e sua eficiência, assim como a regularidade jurídica e contábil das ações implementadas, não podem ser avaliadas em curto prazo. Além disso, este setor sofre, em comparação a outros, pela quase ausência de referenciais e de normas relativos aos métodos para alcançar os objetivos, geralmente muito amplos, pouco conclusivos e ainda no aguardo de resultados...”

ideológico, muitas vezes não explicitado, pode reforçar, no nosso caso, os problemas históricos na sociedade brasileira. Frequentemente essa não explicitação serve para fazer política no pior sentido – a política clientelista – para reforçar a estrutura de poder, com o objetivo de atenuar, postergar ou mesmo disfarçar conflitos ou a afirmação de interesses políticos específicos” (GOMES, 2001:20).

A posição de Fátima Gomes não parece causar estranheza ou resistência aos assistentes sociais. Pensada a partir da ótica de valores, o debate sobre a avaliação parece se aproximar daqueles existentes no interior do Serviço Social. Acredita-se que a avaliação, fundada em dimensões éticas, políticas, além de técnicas e metodológicas, dialoga com a profissão de Serviço Social pelas mesmas dimensões desta.

Para melhor aludir ao que está sendo dito, traz-se aqui os Princípios Fundamentais extraídos do Código de Ética Profissional do/a Assistente social de 1993:

- I. Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- II. Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- III. Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- IV. Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida;
- V. Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
- VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças;
- VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões

- teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
- VIII. Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero;
- IX. Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos/as trabalhadores/as;
- X. Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
- XI. Exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (CFESS,1993).

Através da leitura atenta destes princípios, infere-se que a avaliação poderia ser tomada como um instrumento favorável à observância dos referidos princípios éticos que regem a profissão, colaborando para a ação do assistente social pudesse ser desenvolvida da forma mais consciente e transformadora possível.

A autora Ana Maria Vasconcelos (2007:28), discutindo sobre a formação acadêmica e o trabalho dos assistentes sociais, faz menção sobre a importância da avaliação como uma forma de olhar criticamente para o agir profissional e para a profissão:

“(...) é diante das dificuldades de avaliação e apreensão dos resultados e consequências das ações dos trabalhadores sociais (assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.) que, frequentemente, as ‘pontes no Serviço Social estão caindo<sup>20</sup>’, mas nem os assistentes sociais e muito menos a sociedade, principalmente seus segmentos mais explorados e espoliados, estão percebendo”.

---

<sup>20</sup> A autora faz uma caricatura da forma como a qualidade profissional é percebida pela sociedade, citando o exemplo: “Se fica patente, para a sociedade, a qualidade da formação de um engenheiro quando uma ponte desaba...” (VASCONCELOS,2007:28).

A avaliação em Serviço Social é uma atividade que se constitui como competência e atribuição do Assistente social, conforme previsto na Lei nº 8.662 de 1993 que regulamenta a profissão:

“Art. 4º Constituem *competências* do Assistente social:

I - *elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais* junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - *elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos* que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

VII - *planejar, executar e avaliar pesquisas* que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente social:

I - *coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social*;

II - *planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social*” (grifos da autora da dissertação).

Observa-se que avaliação e planejamento são atividades previstas no documento que normatiza a ação profissional do assistente social, podendo ser compreendidas como demandas transversais ao trabalho profissional, apesar de não ter sido suficientemente incorporada pela categoria.

Apesar deste estudo assim entender a relação entre avaliação e Serviço Social, verifica-se uma certa rejeição pela categoria profissional no que diz respeito ao uso da avaliação. Tal percepção se justifica pela experiência profissional da pesquisadora, pelas discussões realizadas com assistentes sociais de diferentes instituições de saúde e pela quase inexistência de referência bibliográfica sobre a temática.

É o autor francês Roland Janvier, que ao discutir a avaliação nos estabelecimentos e serviços sociais e médico-sociais, vai sublinhar a dificuldade da avaliação ser assumida pelos assistentes sociais, e aponta para uma possibilidade de superação desta resistência:

“Les professionnels du travail social ont quelque peine à intégrer dans leur culture la nécessité de l'évaluation... Comment associeront-ils les usagers à l'analyse compréhensive de leurs propres pratiques ? Il pourrait échouer l'ambition évaluative. Une perspective peut lever ces obstacles : démontrer les gains que le professionnels peuvent tirer d'un engagement fort dans l'évaluation de leurs pratiques » (JANVIER, 2007:149)<sup>21</sup>.

Constata-se que a resistência que a avaliação encontra no âmbito do Serviço Social não ocorre por acaso. Cogita-se tal ocorrência possa estar sendo influenciada por fatores como:

- a cultura avaliativa predominante, tanto no senso comum quanto nos meios acadêmicos:

“Se a racionalidade positivista, do sujeito exterior ao objeto que estuda, foi parcialmente superada, até mesmo no discurso dos defensores da tradição científica, ela está de tal forma aculturada que a maioria de nossos pesquisadores e estudiosos continua assumindo esta forma do ‘ser científico’ em seus protocolos e atitudes. Pior, quando se adota a interação do sujeito com o objeto, enquanto inexorável à contextualização do próprio objeto, como é o caso das políticas de saúde, tem-se de pagar um certo ‘pedágio’ aos cânones ditos ‘acadêmicos’ para este reconhecimento. As tentativas nacionais de institucionalização da avaliação (...), ainda que defasadas em relação à sua emergência nas políticas dos anos 1970-1980 (terceiro estágio), foram formuladas com as bases teóricas mais avançadas da literatura especializada, mas tem dificuldade de superar os limites do monitoramento de

---

<sup>21</sup> "Os profissionais de Serviço Social têm dificuldade em incorporar em sua cultura a necessidade de avaliação... Como eles relacionam os usuários na análise global de sua própria prática? Isso poderia colocar em xeque o propósito avaliativo. Uma possibilidade de ultrapassar tais obstáculos é demonstrar os ganhos que os profissionais podem ter ao se comprometer com a avaliação de suas práticas”.

objetivos e metas que caracterizaram a segunda geração de avaliadores” (HARTZ, 2008:52-53).

- a dicotomia existente entre reflexão e ação; teoria e prática: em decorrência dessa separação ainda muito recorrente na área de Serviço Social, a atividade reflexiva é entendida como atribuição daqueles que se encontram nos bancos acadêmicos. Aos assistentes sociais que estão “na ponta”, cabe a execução, com foco na intervenção direta, incorrendo quase que num pragmatismo. Tal separação reforça a dicotomia teoria e prática que leva muitos profissionais afirmarem, ainda hoje, que “na prática, a teoria é outra...” Mais uma vez, se vê reforçada a separação entre os profissionais que “estudam” (os que estão nas academias) e aqueles que “trabalham” (os que executam as políticas).

A este respeito Maria do Carmo Brant de Carvalho bem discorre:

“(...) Quanto mais conscientização, mais se ‘des-vela’ a realidade, mais se penetra na essência fonômica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. (...) A conscientização não pode existir fora da ‘práxis’, ou melhor, sem o ato ação-reflexão. Esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza dos homens. Por isso mesmo, a conscientização é um compromisso histórico. É também consciência histórica: é inserção crítica na história, implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. (...) A conscientização não está baseada sobre a consciência, de um lado e o mundo, de outro” (CARVALHO, 1999:99-100).

E ainda:

“O que está em jogo é a apropriação, pelo Serviço Social, de uma perspectiva teórico-metodológica que, reconstruindo permanentemente o movimento da realidade objeto de ação profissional como expressão da totalidade social, coloque referências concretas para o fazer profissional, possibilitando um Serviço Social consciente, crítico, criativo, que só pode ser

empreendido assim, na relação de unidade entre academia e meio profissional” (VASCONCELOS, 2007:129).

- as condições precárias do mundo do trabalho atual: apesar de se verificar uma ampliação do mercado de trabalho aos assistentes sociais, como se pode verificar na área da Seguridade Social (Previdência, Saúde e Assistência Social), as condições de trabalho às quais os profissionais são submetidos refletem na qualidade da assistência oferecida. Demandas excessivas, ausência de estrutura e recursos para trabalho, tempo de trabalho limitado, metodologia de trabalho que privilegia atendimentos individuais, com abordagens focais e pontuais... O planejamento do trabalho também é pouco comum acontecer. O mais frequente é encontrar profissionais submersos na rotina cotidiana do trabalho, onde, conseguir “apagar os incêndios” já é, por si só, algo satisfatório.

Na atual conjuntura política e econômica, quando a participação do Estado na efetivação das Políticas Sociais segue as diretrizes de uma orientação neoliberal, é cada vez mais visível a redução de investimentos no setor social. Esses investimentos são compreendidos como gastos desnecessários, representam custos aos cofres públicos e estão na contramão da ordem imposta pelos organismos internacionais que preveem a redução dos gastos e o enxugamento da máquina pública.

“A incorporação de avaliações econômicas na definição de prioridades relacionadas com a saúde das populações tem sido feita para fazer face aos crescentes custos da atenção médico-hospitalar e também para garantir a equidade de ações de promoção à saúde e reformas na organização dos sistemas de saúde” (MCDAID *apud* HARTZ, 2005:26).

É visível a grande transferência da administração de serviços públicos, como é o caso da saúde, para o setor privado. É uma privatização do público que se mostra “adornada” sob o véu do imaginário que serviços privados têm melhor qualidade que os públicos, daí a transferência da gestão dos serviços de saúde para as

Organizações Sociais de Saúde (OSS's) que representaria a oferta de um serviço com mais qualidade e eficiência para a população.

“Assim, a entrega dos serviços de saúde a instituições não estatais prestadoras de serviços, e no interior do setor público, a remuneração dos serviços de saúde por procedimentos – seja nas unidades próprias do SUS, seja nas unidades de saúde conveniadas – reduzem a avaliação da qualidade dos serviços pela medida de produtividade. O critério de qualidade passa a ser o quanto se produz em menor tempo com o menor gasto possível e não a repercussão das ações de saúde na qualidade de vida e saúde da população atendida. As unidades de saúde são levadas, assim, a racionalizar tempo e custo, ao mesmo tempo em que aumentam a produtividade dos serviços – qualidade total para o lucro – com objetivo de trazer cada vez mais recursos para as unidades” (VASCONCELOS, 2007:92-93).

A gestão através dessas entidades privadas sem fins lucrativos, orientadas por princípios mercadológicos, estabelecem alguns critérios de qualidade como: produtividade, cobertura, eficiência, eficácia, baseados, quase que essencialmente, na concorrência e na lucratividade.

Neste cenário é crescente a cobrança por metas e produtividade que vem exigindo dos profissionais uma análise que resulte em dados objetivos, para não dizer exclusivamente quantitativos, de sua prática.

Verifica-se grande ênfase em modelos avaliativos que privilegiam análise de custos, produtividade, resultados mensuráveis e, nestas avaliações, há preponderância das análises quantitativas sobre as qualitativas. A este respeito, Maria Ozanira Silva e Silva (2008:158-159) sublinha a necessidade de superação do uso de métodos econométricos originários de estudos econômicos, o que significa a busca de superação do modelo positivista de produzir conhecimento, de enfoques puramente quantitativos, baseados na mensuração de objetivos previamente definidos, incapazes de alcançar a complexidade da realidade social.

A avaliação em sua vertente econométrica-tradicional vem sendo empurrada para o interior das profissões, o mesmo ocorrendo com o Serviço Social. Através desta

prática, o profissional, na maioria das vezes, é que passa a ser alvo da avaliação, devendo responder satisfatoriamente aos imperativos da produtividade, atingindo metas e atendendo às expectativas de seus “clientes – consumidores”.<sup>22</sup>

“Questões cruciais para o planejamento e realização dos serviços de saúde, enquanto direitos sociais, são negadas pela instituição e abandonadas pelos profissionais que executam a política de saúde: que ações de saúde estão sendo realizadas; para que e para quem estão sendo realizadas; quais as ações necessárias tendo em vista a saúde pública como um direito social? Estas questões são impossíveis de ser respondidas a partir da quantificação de procedimentos realizados como um fim em si mesmo” (VASCONCELOS, 2007:93).

É importante destacar que o setor de serviços, diferentemente da área industrial, não tem como produto de sua ação objetos quantificáveis, concretos, passíveis de mensuração objetiva. O que não significa que não tenha uma considerável produtividade.

“(...) o trabalho em saúde, apesar de ser especial, tem sofrido influência das mudanças tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho na atualidade. Não tem as características típicas do industrial, pois está no terreno do setor de serviços, porém, sempre sofreu a influência das organizações produtivas hegemônicas”. (MERHY, 2002:23)

Os principais indicadores utilizados administrativamente na área da saúde para avaliar os serviços apontam para a centralidade da produtividade: taxa de ocupação, número de cirurgias realizadas, número de consultas em determinada especialidade, número de atendimentos, de internações, de altas, de óbitos...

---

<sup>22</sup> O termo cliente-consumidor foi aqui empregado para designar o papel que vem sendo assumido pelos usuários dos serviços antes mesmo que pudessem se efetivar como usuários-cidadãos, possuidores de direitos e de deveres. A lógica concorrencial do mercado vai se sobrepondo à lógica do Estado democrático de direitos. A transição de “cidadão” para “cliente” não é apenas uma mudança de terminologia, pois traz em seu bojo uma outra concepção de sociedade, direitos e serviços, mediatizada pelas regras do mercado.

“Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controlar das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente. As comparações entre metas, fatos, dados, informações, a criação de parâmetros, internos e externos, são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição, áreas ou subáreas” (BITTAR, 2001:22).

No setor de serviços, dentro do qual localizamos os serviços de saúde e, dentro deste, o Serviço Social, a “produção” por assim dizer, ocorre no mesmo momento em que a intervenção é realizada. No momento em que o médico está realizando uma cirurgia ou que o assistente social está entrevistando um usuário, ocorre, simultaneamente, a intervenção profissional e a produção do “produto” mediante a interação com o usuário. O resultado dessa interação não existe separado do sujeito. Pode-se dizer, por analogia, que no Serviço Social, a “matéria-prima”, o “processo de produção” e o “produto” são indissociáveis do sujeito usuário. Acrescenta-se ainda que o “produto” não se dá unicamente após a intervenção ser realizada. Existem processos que se iniciam com o atendimento do assistente social, mas que terão resultados a médio / longo prazo, quando o usuário não mais estará em relação direta com o profissional.

A dinâmica cotidiana dos atendimentos, a desproporção entre o número de técnicos e a demanda a eles posta, lançam os assistentes sociais no desafio de, por um lado, assegurar o atendimento aos usuários e, por outro lado, questionar sobre a qualidade do trabalho desenvolvido.

As demandas apresentadas pelos usuários, tão numerosas quanto complexas; o número reduzido de profissionais para o atendimento; recursos e equipamentos limitados, quando não escassos; a exigência de produtividade e cumprimento de metas que pouco ou nada traduzem, impactam diretamente sobre o assistente social, profissional este que, com frequência, vai “gerenciar” o acesso aos direitos básicos e fundamentais.

Se, de um lado, o cenário político-econômico vai introduzindo novos elementos de avaliação, centrados em análises econométricas dos serviços, por outro lado, o exercício da democracia vai contribuindo para implementação de práticas avaliativas visando aumentar a transparência, favorecendo, com isso, a efetivação de mecanismos de controle social das Políticas Sociais previstos constitucionalmente em 1988, bem como a redução de atos corruptivos e de fraudes, tão comuns no setor público.

“Do ponto de vista ético, a avaliação das intervenções sociais se dirige para mudanças que precisam ser construídas no chão da realidade social: a população brasileira anseia por diminuir as desigualdades e por ver erradicados o *mandonismo* e o *autoritarismo político*. A competente análise de um programa torna mais evidente, para a sociedade, a aplicação de seus recursos, evitando ou denunciando desperdícios. Essa orientação é tanto mais eficaz quanto mais o conceito e a prática avaliativa passam a fazer parte do cotidiano das instituições”. (MINAYO, 2010:20-21).

Recorrendo ao autor francês Bernard Perret (2007:37), estudioso na área da avaliação, “*évaluer permet également à l’administration de rendre compte de son action aux autorités politiques et aux citoyens. Les Anglo-Saxons mettent un accent particulier sur cette dimension de compte rendu à travers la notion d’accountability, un mot clef du management public qui renvoie à un double impératif de démocratie et de gestion économe de l’argent public* ».

Dito isto, retoma-se a questão: a avaliação é realmente importante e /ou necessária ao Serviço Social?

Por todos os motivos já referidos neste estudo, arrisca-se a afirmar que sim. A avaliação é necessária e igualmente importante ao Serviço Social desde que seja tomada em todas as suas dimensões, com vistas às particularidades concernentes à natureza deste tipo de trabalho.

“(…) dans le champ social, l’évaluation n’est pas nouvelle. C’est même une préoccupation ancienne car elle est au coeur de toute pratique relationnelle et de prise en charge. En effet, là

comme ailleurs, l'évaluation se justifie par le souci d'amélioration et de ce fait est un processus continu. Ainsi la question éthique de l'évaluation porte essentiellement sur les pratiques à la fois personnelles, professionnelles, institutionnelles et 'missionnelles' du secteur social. Elles sont personnelles car chaque intervenant social demeure toujours lui-même engagé par ses actes, même s'ils sont réalisés dans le cadre professionnel. Elles sont professionnelles car le travail à réaliser est mis en œuvre par un salarié, avec ses savoirs acquis, ses compétences et son expérience. Elles sont institutionnelles parce que le travail social se réalise dans le cadre d'institutions ou organisations. Enfin, elles sont missionnelles parce que réalisées dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques, au nom d'une mission fixée par l'État. Dans ces divers cadres, l'évaluation s'impose comme une nécessité pour contribuer à la qualité des pratiques dans le champ médico-social » (BOUQUET, 2007 :254)<sup>23</sup>.

A autora ainda, ao discorrer sobre a avaliação das práticas sociais, afirma que este tipo de avaliação responde a uma tripla necessidade: verificar se uma ação possui ou não resultados verdadeiros, verificar se seus efeitos são positivos e permitir controle das ações. E enfatiza que a avaliação das práticas deve ser realizada dentro do contexto na qual ganham sentido e valor (BOUQUET,2007:254-255).

Reafirma-se que a avaliação pode ser utilizada pelos assistentes sociais como uma importante ferramenta, capaz de potencializar o olhar do profissional, num primeiro momento, sobre sua própria ação, e mais amplamente, sobre a realidade social, política e profissional na qual se insere.

---

<sup>23</sup> "(...) No campo social, a avaliação não é algo novo. É uma antiga preocupação porque é entendida como central para toda a prática relacional e de cuidado. Com efeito, a avaliação é justificada pelo desejo de melhorar e, assim sendo, é um processo contínuo. Desta forma, o aspecto ético da avaliação enfoca essencialmente práticas, às vezes pessoais, profissionais, institucionais e missionárias do setor social. As práticas são pessoais porque cada assistente social diariamente, se empenha em suas ações, mesmo quando as ações são realizadas por uma equipe de trabalho. As práticas são profissionais porque o trabalho a ser realizado é efetivado por um assalariado, com seus saberes adquiridos, suas habilidades e sua experiência. As práticas são institucionais porque o trabalho social se realiza por meio de um conjunto de instituições e/ou organizações. Finalmente, as práticas são ideológicas porque realizadas através da implementação de políticas públicas em nome de uma missão definida pelo Estado. Nestes várias dimensões, a avaliação se impõe como uma necessidade de contribuir à qualidade das práticas na área médico-social".

“Captar o movimento da prática profissional na sua historicidade, inserindo-a no quadro das relações sociais fundamentais da sociedade (...) tendo em vista (...) dar respostas às demandas postas ao Serviço Social que rompam com práticas que reproduzem ou mantêm o *status quo* (...) supõe uma competência política, teórica, técnica e ética (...) para um desvendamento do movimento na realidade social que explicita tendências, possibilidades e limites da prática na direção pretendida” (VASCONCELOS, 2007:29).

A capacidade da avaliação se encontra também na possibilidade de desvelar, nas demandas postas pelos usuários, expressões da questão social, auxiliando o profissional a recuperar o objeto central de sua ação, muitas vezes confundido com o próprio usuário<sup>24</sup>.

“(...) É do desvendamento de específicas expressões da *questão social*, em suas múltiplas relações com o movimento da sociedade, enquanto totalidade histórica e, em particular, no campo das políticas públicas, que podem emergir possibilidades de atuação, reconhecendo a trama de interesses nela condensados, impulsionando mudanças, segundo o direcionamento social impresso ao trabalho” (IAMAMOTO, 2009:214 grifos da autora).

Acredita-se que a avaliação seja uma forma de olhar para a atuação do profissional e para a profissão, não com o objetivo de retroceder a uma prática endógena<sup>25</sup> com fim em si mesma, mas como uma forma de apreender a própria profissão na sua dimensão mais ampla, como uma das profissões inseridas na divisão social e técnica do trabalho.

Por fim, a incorporação da avaliação pelos assistentes sociais poderia contribuir para a superação da histórica dicotomia presente na profissão: a separação entre teoria e prática.

---

<sup>24</sup> Acredita-se necessário ressaltar que o objeto de trabalho do Assistente social é, com grande frequência, confundido com o usuário dos serviços. Assim, ao lidar com situações de pobreza e exclusão, o usuário não é o objeto da ação, mas sim o sujeito para o qual se destina a intervenção.

<sup>25</sup> Cf.: O termo “prática endógena” é encontrado em IAMAMOTO, 2009.

### 3 - O CENÁRIO DO ESTUDO

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU - USP, inaugurado em 06 de agosto de 1981, é um Hospital Escola cadastrado no Ministério da Saúde e no Ministério de Educação e Cultura, vinculado diretamente à Universidade de São Paulo.

“Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde”. (MEC, 2012)

A idealização do HU-USP data de fins dos anos 1960, quando fatores como a pressão exercida pelo governo federal para que a Faculdade de Medicina da USP ampliasse o número de vagas oferecidas e a insistência da administração superior da USP para que a Faculdade de Medicina, localizada no bairro Cerqueira César, fosse para Cidade Universitária no Butantã culminaram na criação de um novo curso de medicina, chamado de “Curso Experimental de Medicina” (HU-USP, 2001:88).

Esse curso, que pretendia reformular o ensino médico proporcionando uma maior integração com demais áreas da saúde, diferentemente do que ocorria no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, onde o ensino médico era cada vez mais especializado, pretendia também levar os alunos para a comunidade, saindo dos muros institucionais. Para isso, necessitava de um local que pudesse servir de campo de ensino e prática. Iniciava-se o projeto de um Hospital Escola diferenciado, que anos depois viria a se constituir o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

O projeto de criação do HU foi desenvolvido e acompanhado pelas Faculdades de Medicina, Odontologia, Saúde Pública, Ciências Farmacêuticas, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia. O Hospital, desde sua concepção, tinha por

missão servir de campo de ensino, prática, especialização, aprimoramento e residência às diferentes áreas que o constituíam.

“Um fato pouco conhecido é que o HU foi concebido nos anos 60 para ser um local de integração dos cursos da área da saúde, situação que já era difícil no Hospital das Clínicas, onde a especialização cada vez maior de suas clínicas também dificultava o ensino de graduação em Medicina. Depois de vários atrasos nas obras, em 6 de agosto de 1981 o Hospital Universitário foi inaugurado. Representou, à época, a união dos interesses dos alunos de graduação e da população do Butantã” (HU-USP, s/a:05).

O Hospital Universitário está localizado na Cidade Universitária, Zona Oeste da cidade de São Paulo e se insere geograficamente no Distrito de Saúde Butantã.

**Figura 1- Mapa do Município de São Paulo**



O HU-USP possui 36 mil metros quadrados de área construída, distribuídos nos seis andares que constitui o edifício predial.

**Figura 2 - Foto Aérea do Hospital Universitário da USP**



Seu espaço físico compreende: 5 consultórios de Triagem, 13 consultórios de Pronto Atendimento, 11 leitos de Observação em Pronto Atendimento Adulto, 12 leitos de Observação em Pediatria, 02 leitos de Observação em Obstetrícia; 8 salas de Centro Cirúrgico, 4 salas de Centro Obstétrico; 7 leitos de Recuperação Pós-Anestésica; 10 leitos de Hospital Dia; 235 leitos para internação (em serviços de Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Ginecologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Berçário), 14 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulta, 6 leitos de Terapia Intensiva Pediátrica e 5 Neonatal; 57 consultórios de Atendimento Ambulatorial; salas para o Programa de Assistência Domiciliária (PAD) e para o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD); 17 salas de aula, 5 anfiteatros, creche para os filhos dos funcionários e área de lazer para a confraternização dos funcionários do Hospital.

Administrativamente, a instituição possui uma Superintendência que é subordinada ao Conselho Deliberativo do hospital, que é formado pelos diretores das faculdades de Medicina, Odontologia, Ciências Farmacêuticas, Saúde Pública, Escola de Enfermagem e Instituto de Psicologia, as mesmas faculdades que estiveram presentes na idealização do hospital. O HU-USP é uma unidade de ensino, pesquisa e assistência da Universidade de São Paulo e está vinculado diretamente a ela. Não é uma fundação de direito privado e nem está vinculado a alguma Organização Social de Saúde, como se observa na maior parte dos hospitais universitários.

Em termos de financiamento, o HU-USP é mantido por meio de dotação orçamentária da Universidade de São Paulo e de repasse de recursos do Sistema Único de Saúde. Não há recursos de seguradoras ou planos de saúde, conforme é comum se ouvir dizer.

O quadro de recursos humanos do hospital é constituído por aproximadamente 1800 funcionários, compreendendo servidores de nível básico (manutenção, cozinha, higienização, zeladoria e segurança, dentre outros); servidores de nível técnico (técnicos administrativos, secretárias, técnicos em enfermagem, laboratório, radiologia, nutrição, farmácia, etc.) e servidores de nível superior (administradores, analistas, assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, etc.).

O HU-USP está certificado junto aos Ministérios da Saúde e da Educação como Hospital de Ensino<sup>26</sup>. Sua missão é oferecer assistência à saúde em nível de complexidade secundária<sup>27</sup>, contribuir para o ensino de diferentes profissões da área da

---

<sup>26</sup> Conforme Portaria Interministerial nº 2400 de 02 de outubro de 2007, que estabelece a certificação para Hospitais de Ensino, disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400\\_02\\_10\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html), acesso em 10 de março de 2012.

<sup>27</sup> “É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e

saúde, desenvolver pesquisas, possibilitando o progresso científico e tecnológico, e inovações que possam favorecer a melhoria da qualidade dos serviços de atenção à saúde.

Na área de ensino, o HU-USP objetiva ser campo de ensino e prática para alunos de graduação e pós-graduação dos cursos da área da saúde e campo para especialização e aperfeiçoamento dos profissionais da área da saúde: médicos, enfermeiras, nutricionistas, odontólogos, farmacêuticos, farmacêuticos químicos, administradores hospitalares, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, outros profissionais.

No que se refere à pesquisa, é objetivo do HU-USP servir de campo para pesquisa científica na área da saúde. O hospital possui programas próprios de pesquisa, mas também participa da pós-graduação de outras unidades e na capacitação de seus servidores. A instituição tem sido local para trabalho de campo de investigações realizadas por pesquisadores das unidades envolvidas com o hospital. Possui seu próprio Comitê de Ética em Pesquisa, vinculado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (USP, s/a:27).

Na área de assistência, o HU-USP é um hospital geral<sup>28</sup> de média complexidade que oferece atendimento nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria. Conta ainda com apoio das áreas de Oftalmologia, Ortopedia, Fonoaudiologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria e com Serviço de Diagnóstico Terapêutico, Anestesia, Endoscopia, Patologia e Radiologia (USP, s/a: 29).

Classificado como estabelecimento de atendimento de nível secundário, conforme a hierarquização do Sistema Único de Saúde, o HU-USP é um hospital regionalizado, atendendo preferencialmente a população residente no Distrito de Saúde

---

citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia". BRASIL, 2009:208.

<sup>28</sup> "Hospital Geral: É o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças de várias especialidades médicas. Poderá ter sua atuação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, previdenciário) ou com finalidade específica (hospital de ensino)". GONÇALVES, 1983:78.

do Butantã e no bairro do Jaguaré, denominada institucionalmente como “Comunidade Butantã”, que soma aproximadamente 478 mil habitantes<sup>29</sup>.

Por ser um hospital da Universidade de São Paulo, atende também a “Comunidade USP”, formada por alunos, funcionários, docentes e seus dependentes, que compreende cerca de 450 mil pessoas<sup>30</sup>.

Em termos numéricos, a população potencialmente atendida totaliza cerca de 922 mil usuários.<sup>31</sup>

O atendimento à saúde é assegurado através de três principais modalidades: Pronto Atendimento, Internação e Consultas Ambulatoriais.

O Pronto Atendimento compreende:

- Clínica Médica para a Comunidade USP, de segunda a sexta-feira, das 7 às 17 horas;
- Clínicas: Pediátrica, Médica, Ortopédica, Cirúrgica e Obstétrica de domingo a domingo, 24 horas por dia, destinado a todos os usuários que procurarem pelo hospital;
- Clínicas: Ginecológica, Oftalmológica, Otorrinolaringológica e Bucomaxilofacial: oferecem atendimento aos usuários, porém com acesso intermediado pelas Clínicas Médica,

---

<sup>29</sup> Dados da Prefeitura Municipal de São Paulo, censo 2010, disponível em [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados\\_demograficos/index.php?p=12758](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758) acesso em 10 de março de 2012.

<sup>30</sup> Segundo Anuário Estatístico da Universidade de São Paulo, 2011, ano base 2010, disponível em <http://www5.usp.br/usp-em-numeros/>, acesso em 17 de julho de 2012.

<sup>31</sup> Faz-se presente uma discussão sobre a população destinatária do atendimento do HU-USP. De um lado, existe a reivindicação do HU para atendimento exclusivo à comunidade USP, entendendo que a comunidade Butantã traz um aumento considerável na demanda para o Hospital, tornando impraticável uma assistência ágil e de qualidade. Por outro lado, há aqueles que defendem que a proposta inicial do HU, no momento de sua idealização, era o atendimento à comunidade Butantã, por se tratar de uma população geral que melhor estaria adequada à finalidade acadêmica. Para estes, a abertura do HU para a comunidade USP significa uma distorção da finalidade do hospital. O que se verifica é um jogo de tensões entre diferentes sujeitos sociais, dada a demanda excessiva à qual o HU é chamado a responder e sua capacidade operacional, motivos pelos quais este debate é frequentemente atualizado.

Cirúrgica ou Pediátrica, de domingo a domingo, das 7 às 19 horas.

A Unidade de Internação é constituída pelas áreas:

- Hospital Dia, Berçário, Pediatria, Alojamento Conjunto (onde são atendidas as pacientes da Obstetrícia e Ginecologia), Enfermarias de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica (que compreende os atendimentos em Cirurgia e Ortopedia), Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulta.

Para a internação do usuário, procura-se atender aos critérios de regionalização (quando possível) ou de pertencimento à Comunidade USP, uma vez que, conforme já foi dito, a capacidade de atendimento não é compatível com a demanda institucionalmente posta. Quando o usuário não pertence a nenhuma dessas duas “comunidades”, ou quando o tratamento necessário é de maior complexidade (nível de assistência terciária), o hospital, através do Serviço Social, procura transferir o usuário a outro serviço do SUS.

O atendimento Ambulatorial nas áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ginecologia, Dermatologia, Psiquiatria, Fonoaudiologia e Nutrição, é oferecido preferencialmente à Comunidade USP. Porém, vagas à Comunidade Butantã são reservadas para agendamento através das Unidades Básicas de Saúde.

Fazendo uso das palavras de Lebrão<sup>32</sup>, “*a verdade é que existem dois hospitais dentro do HU: um com certas especialidades para a comunidade ‘uspiana’ e outro mais restrito, para a comunidade Butantã*” (HU-USP, 2001:4-5).

O HU-USP colabora com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde da Supervisão Técnica de Saúde do Butantã<sup>33</sup> oferecendo atendimento à saúde em nível secundário e de média complexidade, conforme já referido.

---

<sup>32</sup> Superintendente do hospital no período de 2000 a 2004

A rede de serviços na Supervisão Técnica de Saúde do Butantã, de acordo com o nível de complexidade, é formada por:

- Nível de Atenção Básica:
  - 14 Unidades Básicas de Saúde, das quais, 05 possuem o Programa de Saúde da Família;
  - 5 AMA's – unidades de Assistência Médica Ambulatorial: funcionam como Pronto Atendimento em Clínica Médica e Pediatria, uma vez que os usuários são atendidos sem agendamento de consulta, de segunda a sábado, das 7 às 19 horas;
  - Pronto Socorro Municipal Dr. Caetano Virgílio Netto.
  
- Nível de Atenção Secundária:
  - Centro de Atenção Psicossocial – (CAPS) responsável pela assistência em Saúde Mental da população adulta<sup>34</sup>;
  - Ambulatório de Especialidades Jd. Peri Peri;
  - Serviço de Atendimento Especializado em Doença Sexualmente Transmissível e AIDS – SAE DST/AIDS Butantã;
  - Hospital Municipal e Maternidade Prof. Mário Degni;
  - Hospital Universitário da USP.

Não é objetivo deste estudo aprofundar a discussão sobre a rede de serviços do SUS, mas apenas para efeito de ilustração, citam-se problemáticas vivenciadas pelos

---

<sup>33</sup> É importante esclarecer que de acordo com a organização do Sistema Único de Saúde, obedecendo à diretriz da descentralização administrativa, em nível local, os serviços de saúde são subordinados a uma Supervisão Técnica de Saúde que, por sua vez, responde a uma Coordenadoria Regional de Saúde. No presente estudo, a Supervisão Técnica de Saúde é a do Butantã, que não deve ser confundida com o bairro que possui o mesmo nome, uma vez que ela é mais ampla que este último e abrange os bairros: Butantã, Morumbi, Raposos Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia.

<sup>34</sup> Não há serviço de saúde mental para crianças e adolescentes na região.

usuários, como: dificuldade no acesso ao serviço de saúde; falta de vagas para atendimento dos profissionais de saúde, demora na realização de exames, horário de funcionamento dos serviços, que muitas vezes inviabiliza o tratamento para aqueles que, além de “pacientes”, são também trabalhadores e não podem se ausentar do serviço para cuidar da saúde. Soma-se o fato de que não existe na região Oeste serviço de atenção terciária para atender a população. Estas situações repercutem diretamente na saúde e na qualidade de vida dos usuários, como também na dinâmica e na demanda por atendimento no HU-USP.

Procurou-se, neste primeiro momento, contextualizar e caracterizar o HU-USP em seus principais aspectos por acreditar que tais informações são importantes para que se compreenda de qual instituição de saúde está se falando. A partir deste solo institucional é que se dará a estruturação do Serviço Social que se procurará descrever a seguir.

## A TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL DO HU-USP

*"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos."*

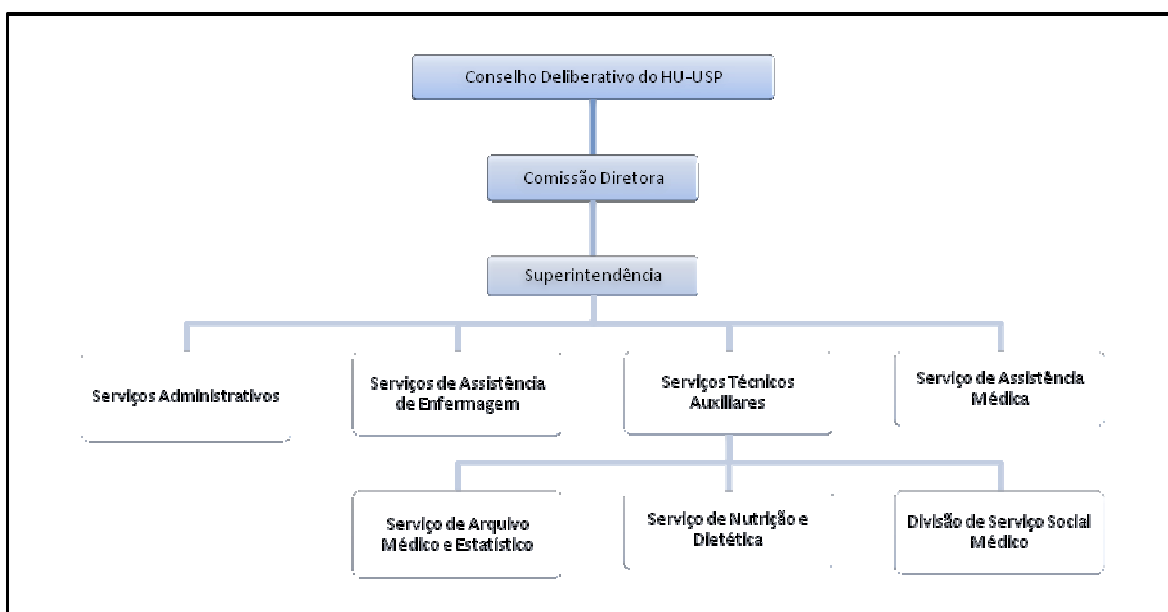
*Paulo Freire*

Inicialmente denominado *Divisão de Serviço Social Médico*, o Serviço Social do Hospital Universitário da USP-SP compõe a equipe multiprofissional da instituição desde sua inauguração, ocorrida em agosto de 1981.

Na ocasião, a equipe do Serviço Social Médico era constituída por três assistentes sociais e dois Técnicos para Assuntos Administrativos – TAA's -, que desenvolviam suas atividades de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas.

Do ponto de vista organizacional, a Divisão de Serviço Social Médico integrava a área de Serviços Técnicos Auxiliares, juntamente com o Serviço de Nutrição e Dietética e o Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos. A estrutura pode ser verificada no organograma abaixo:

Figura 3 - Organograma do Hospital Universitário em 1981



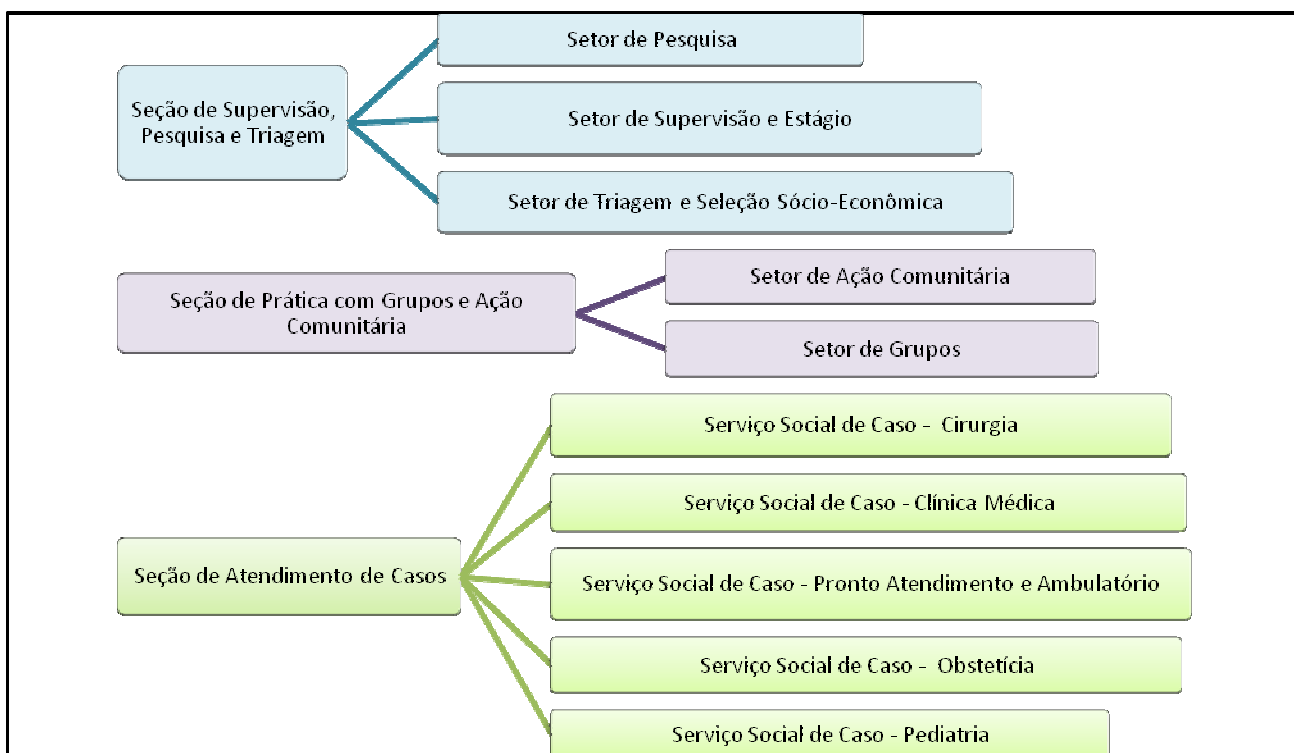
Fonte: HU-USP, 1981:04

A Divisão de Serviço Social Médico tinha por objetivo “*Integrar-se à equipe multiprofissional propiciando um melhor atendimento da problemática médico-social do paciente, favorecendo assim, a dinamização dos leitos hospitalares; equacionar e propor soluções para intervenções nos problemas que impedem o pleno aproveitamento da assistência médica oferecida pelo Hospital Universitário*” (HU-USP, 1981:02).

Verifica-se a presença da lógica médico-centrada, influenciando diretamente nos objetivos e nas ações do Serviço Social.

A Divisão de Serviço Social Médico era organizada em três seções, conforme ilustração abaixo:

Figura 4 - Organização da Divisão de Serviço Social Médico do HU-USP



(Fonte: HU-USP, 1981:06)

Dentre as funções definidas para a Divisão de Serviço Social Médico, destacam-se:

“- Triagem socioeconômica, através da prática de entrevista de plantão, para verificação das condições de vida dos indivíduos a serem admitidos para o tratamento no Hospital Universitário

e estabelecimento da possibilidade de pagamento de taxa para esse tratamento<sup>35</sup>;

- Tratamento médico social, pela prática do Serviço Social de Caso, com pacientes, familiares e colaterais, visando ao acompanhamento do tratamento hospitalar;

- Participação, através de trabalho de comunidade e saúde pública, em programas da equipe de saúde com a participação da comunidade e recursos do Hospital Universitário;

- Reabilitação, pela prática do Serviço Social junto aos pacientes em seguimento médico, e seus familiares, garantindo, desta forma, a continuidade do tratamento no Hospital Universitário ou em outros recursos da comunidade” (HU-USP, 1981:09).

Observa-se que o Serviço Social se organizava de acordo com a forma como a profissão concebia sua atuação à época: Serviço Social de caso, grupo e comunidade.

Se estas foram as funções estabelecidas para a Divisão de Serviço Social, centradas na atividade médica e na redução dos conflitos e tensões que se apresentassem durante a assistência médico-hospitalar, é importante que se saliente que o delineamento de uma profissão no interior de uma instituição não é auto-determinado. A existência da correlação de forças certamente influencia na forma como cada profissão vai se estabelecer. Tal análise pode ser evidenciada nas palavras de Yamamoto (2009:107):

“(...) o processo de trabalho em que se insere o assistente social *não é por ele organizado e nem é exclusivamente um processo de trabalho do assistente social*, ainda que nele participe de forma peculiar e com autonomia ética e técnica. Cuida-se de evitar uma superestimação artificial da profissão, como se os processo de trabalho nos quais se inscreve o profissional se moldassem em função do Serviço Social, conformando-se como processos de trabalho *exclusivamente do assistente social*. (...) É função do empregador organizar e atribuir unidade ao processo de trabalho na sua totalidade, articulando e distribuindo as múltiplas funções e especializações requeridas pela divisão social e técnica do trabalho entre o conjunto dos assalariados” (Grifos do autor).

---

<sup>35</sup> Na ocasião, o Serviço Social realizava a triagem sócio-econômica, mas, segundo a atual diretora do serviço que pertencia a equipe em 1981, a proposta de cobrança de alguma taxa para o atendimento nunca foi efetivada.

Outro aspecto curioso é a forma como o assistente social era identificado institucionalmente. Todos os profissionais tinham como uma das obrigatoriedades o uso de uniforme, que variava de acordo com a “categoria funcional”, conforme estabelecido pela instituição. Aos assistentes sociais era obrigatório *o uso de avental cor-de-rosa, meia comprida cor da pele, sapato fechado ou tipo “Chanel”*. E a recomendação segue: os cabelos, quando longos, devem ser presos e as unhas aparadas<sup>36</sup>.

Essa normatização de apresentação institucional dos assistentes sociais só foi possível pelo fato de que, na equipe, desde o início do serviço até hoje, houve apenas profissionais do gênero feminino, traduzindo uma tendência da própria categoria. Esse perfil, não necessariamente “acidental” reflete, de um lado, a forma como a profissão era concebida e, de outro, a origem histórica da profissão.

“(…) Alguns traços, aparentemente dispersos, organizam o perfil social e histórico do assistente social. Trata-se de uma profissão atravessada por *relações de gênero* enquanto tem uma composição social predominantemente *feminina*. (...) Este *recorte de gênero* explica, em parte, os *traços de subalternidade* que a profissão carrega diante de outras de maior prestígio e reconhecimento social e acadêmico. Por outro lado, a recorrência a posturas e comportamentos messiânicos e voluntaristas tem a ver com a *forte marca da tradição católica oriunda das origens da profissão*. (...) *O compromisso com valores humanistas*, presente na cultura profissional, vem sendo, ao longo de sua história, depurado de um humanismo abstrato para um humanismo histórico-concreto (...) o que passa pela afirmação de valores de democracia, dos direitos humanos e de cidadania para todos”. (IAMAMOTO, 2009: 64-65)

Esse breve resgate histórico do Serviço Social do HU-USP foi aqui intencionalmente apresentado para registrar os primeiros passos dados pelos assistentes sociais, como também para subsidiar a leitura atual do serviço, num caminhar que é histórico, institucional, social, não só para o Serviço Social do hospital, mas para a categoria profissional como um todo. Dito de outra forma, retomar alguns aspectos da

---

<sup>36</sup> Conforme estabelecido em Portaria interna, nº 21, datada de 27 de novembro de 1981.

história do Serviço Social no HU-USP é também revisitar a edificação da própria profissão, com seus avanços, lutas e conquistas.

### **O Serviço Social nos dias de hoje**

Nesses trinta e um anos de existência, o Serviço Social do HU-USP vem construindo seu caminhar na história da instituição e na história de vida de muitos de seus usuários.

Atualmente a equipe do Serviço Social é composta por dezenove funcionários, sendo dez Assistentes sociais, das quais uma exerce a função de Chefe Técnica do Serviço; e nove Técnicos para Assuntos Administrativos – T.A.A.'s.

O perfil do grupo de Assistentes sociais traz algumas características que poderão subsidiar a discussão sobre a temática deste estudo e, por este motivo, é aqui apresentado.

É um grupo homogêneo no que diz respeito ao gênero, uma vez que toda equipe de assistentes sociais é composta por mulheres. No que diz respeito à idade, verifica-se a presença de dois grupos: de 26 a 35 anos (com quatro profissionais) e de 51 a 60 anos (com seis profissionais). O fator idade, se isoladamente tomado, pouco implica na dinâmica do trabalho. Porém, se sobreposto ao tempo de formação e de atuação destes mesmos profissionais, pode ampliar a leitura do significado do tempo, não se restringindo ao fator idade.

Existe uma correspondência entre a idade e o tempo de formação uma vez que a mesma concentração dos profissionais permanece: graduados entre 1973 e 1983: seis profissionais; graduados entre 2000 e 2007: quatro profissionais.

Se levadas em consideração as mudanças ocorridas na sociedade brasileira no decorrer de 1973 e 2007, na própria política de saúde, bem como aquelas ocorridas no interior da profissão e da formação acadêmica em Serviço Social, esse intervalo de

tempo traz acontecimentos de vital importância, não só para a profissão, mas para a sociedade, de modo geral.

Fez-se referência, no presente estudo apenas a alguns fatos como o fim do regime militar no Brasil; o processo de redemocratização do país frente ao fim da ditadura, a eclosão de diversos movimentos sociais, dentre os quais se situa o Movimento pela Reforma Sanitária, que culminou com a garantia constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado; a promulgação da “Constituição Cidadã”, como foi chamada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que representou um marco na ruptura com o Serviço Social tradicional; a promulgação da Lei que Regulamenta a Profissão de Serviço Social e a aprovação do novo Código de Ética Profissional do Assistente social; a conquista de direitos para populações mais vulneráveis, que se configurou nos Estatutos da Criança e do Adolescente, do Idoso, da Pessoa com Deficiência, na Lei Maria da Penha, a Política Nacional de Assistência Social, a Lei Orgânica da Saúde, dentre outros.

Entretanto, se esse período de pouco mais de trinta anos apresentou avanços no que diz respeito à democracia e à conquista de direitos sociais, também apresentou retrocessos, principalmente no que diz respeito à efetivação dos direitos socialmente conquistados e no acesso a esses direitos, retrocesso também decorrente da retomada da orientação neoliberal e da regressão do papel (ainda tímido) do Estado na consolidação e efetivação dos direitos através de políticas sociais.

Ainda no que diz respeito ao perfil do grupo de assistentes sociais, há predominância de formação em Instituição de Ensino Superior privada (oito em dez). Duas profissionais realizaram graduação em outra área após a formação em Serviço Social (Enfermagem e Direito) e todo o grupo possui algum tipo de formação complementar, entre atualização, aperfeiçoamento, especialização e mestrado.

Sobre a experiência profissional, apenas uma profissional possui outro emprego além do HU-USP. A carga horária realizada é de 30 horas semanais, conforme Lei 12.317 de 26 de agosto de 2010.

No que diz respeito ao tempo de atuação na área da saúde, todas as assistentes sociais possuem tempo de atuação na área da saúde igual ou superior ao tempo ingresso no HU-USP, conforme pode ser constatado no quadro seguinte.

Quadro 1 – Formação das Assistentes sociais e tempo de atuação profissional no HU-USP:

<b>Ano de graduação</b>	<b>Instituição de Ensino Superior</b>	<b>Tempo de atuação na área da saúde</b>	<b>Tempo de atuação no HU</b>
1973	Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU – São Paulo / SP (privada)	37 anos	24 anos
1977	Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU – São Paulo / SP (privada)	32 anos	27 anos
1980	Instituição Toledo de Ensino – ITE – Bauru / SP (privada)	30 anos	30 anos
1980	Faculdades Metropolitanas Unidas – FMU – São Paulo / SP (privada)	32 anos	30 anos
1982	Instituição Toledo de Ensino – ITE – Bauru / SP (privada)	26 anos	26 anos
1983	Faculdade Paulista de Serviço Social – FAPSS – São Paulo / SP (privada)	15 anos	10 anos
2001	Universidade Estadual Paulista – UNESP – Franca / SP (pública)	10 anos	10 anos
2005	Universidade Católica de Santos – UNISANTOS – Santos / SP (privada)	07 anos	07 anos
2006	Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG – Ponta Grossa /PR (pública)	07 meses	07 meses
2007	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP - São Paulo / SP (privada)	03 anos	03 anos

Quadro elaborado pela autora a partir dos dados obtidos através do Formulário para elaboração do perfil dos assistentes sociais do Hospital Universitário – HU-USP aplicado em junho de 2012 (Anexo 01).

O horário de atendimento do Serviço Social, comparado ao existente em 1981, foi ampliado para domingo a domingo, 24 horas por dia, estando o Assistente

social presente de segunda a sábado, das 7 às 19 horas e o Técnico para Assuntos Administrativos de domingo a domingo, 24 horas por dia.<sup>37</sup>

A distribuição das profissionais obedece a seguinte divisão<sup>38</sup>:

- manhã (das 7 às 13h, de segunda a sexta-feira): cinco assistentes sociais;
- tarde (das 13 às 19h de segunda a sexta-feira): quatro assistentes sociais;
- sábados, das 7 às 19h: uma assistente social;

A chefe do serviço cumpre horário administrativo, de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas.

A distribuição dos assistentes sociais por unidade de atendimento está assim organizada:

- a) Unidades com atendimento presencial do assistente social de segunda a sábado, das 7 às 19h: Prontos-Socorros (Pediatria e Adulto) e Triagem Social;
- b) Unidades com atendimento presencial do assistente social de segunda a sexta-feira, das 7 às 13h ou das 13 às 19h: Unidades de Internação (Berçário, Alojamento Conjunto, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, UTI's) e Programa de Assistência Domiciliária – PAD - do HU-USP;
- c) Unidades com atendimentos por chamada ou por solicitação, de segunda a sexta-feira, das 7 às 19h: Ambulatórios, Pronto Socorro Obstétrico, Hemodiálise e Hospital Dia.

---

<sup>37</sup> Está previsto no plano de metas do Serviço Social a ampliação do horário de atendimento do assistente social para o horário de funcionamento integral do serviço, porém, por motivo de ausência de quadro de RH, a proposta ainda não foi implementada. No horário que o assistente social não está presente (período noturno e aos domingos) os técnicos realizam as atividades administrativas e tomam nota das demandas específicas ao Serviço Social, repassando-as aos assistentes sociais.

<sup>38</sup> Esta é uma divisão geral do serviço. Nem sempre conta-se com a quantidade de profissionais citada, dada a necessidade de reorganização da escala de funcionários em função de férias, afastamentos e folgas, estas necessárias para adequar a carga horária em função da redução para 30 horas semanais.

Nas unidades onde o assistente social faz atendimento presencial, realiza-se a chamada “busca ativa” dos casos<sup>39</sup>: o profissional visita os usuários em atendimento, discute casos com os demais membros das equipes, buscando evidenciar possíveis demandas para intervenção; participa-se de reuniões em equipe para planejar uma conduta multidisciplinar; recebe as demandas postas pelos próprios usuários, por familiares destes, ou pela equipe.

Nas unidades de atendimento por chamada ou por solicitação, o assistente social não está presente fisicamente, dado o limite do quadro de profissionais, mas atende às solicitações dos membros das equipes, dos usuários e de familiares destes. Geralmente o acesso ao Serviço Social, nestes casos, se dá por encaminhamentos internos.

Na triagem social os usuários, familiares e profissionais recorrem diretamente ao Serviço Social por motivos dos mais diversos, desde informações sobre a Universidade, o hospital, o sistema de saúde, os direitos sociais, dentre outros. São inicialmente atendidos pelos TAA's, que realizam as orientações gerais e direcionam aos Assistentes sociais quando se trata de matéria específica do profissional<sup>40</sup>.

As principais demandas apresentadas aos assistentes sociais são reflexos da situação de exclusão e vulnerabilidade social à qual estão submetidos os usuários atendidos pelo hospital. O quadro abaixo apresenta o registro das principais demandas atendidas pelo Serviço Social nos anos de 1991 e 2011:

---

<sup>39</sup> Chama-se de “busca ativa” a ação proativa do assistente social em verificar possíveis demandas à sua intervenção, através de visitas aos usuários internados no hospital ou em atendimento domiciliar inserido no PAD.

<sup>40</sup> O Serviço Social se apresenta institucionalmente como um serviço de “porta aberta”, o que, de um lado, facilita o acesso dos usuários e, por outro, traz uma demanda diversa, intensa, que não necessariamente trata de matéria desta área profissional, dada a ausência de um Serviço de Informações e de Acolhimento no Hospital.

Quadro 2 – Demandas atendidas pelo Serviço Social do HU-USP, por clínica e ano.

<b>PRONTOS-SOCORROS</b>	
<b>1991*</b>	<b>2011**</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ usuários desacompanhados (com rotina específica para o <i>menor***</i>);</li> <li>▪ usuário em situação de <i>indigência</i>;</li> <li>▪ acidentes em geral;</li> <li>▪ usuários com suspeita de maus-tratos e espancamento;</li> <li>▪ tentativa de suicídio;</li> <li>▪ transferência do usuário para recursos externos ou hospital de retaguarda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ acidente de trabalho e urbano;</li> <li>▪ situação de rua / dependência química;</li> <li>▪ família resistente em oferecer suporte;</li> <li>▪ paciente desacompanhado, que reside só ou não tem familiares;</li> <li>▪ paciente em cuidados paliativos, com doença crônica ou em longa permanência;</li> <li>▪ tentativa de suicídio;</li> <li>▪ violência doméstica e urbana.</li> </ul>
<b>CLÍNICA OBSTÉTRICA (ALOJAMENTO CONJUNTO E BERÇÁRIO)</b>	
<b>1991</b>	<b>2011</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intenção de doar o recém-nascido;</li> <li>▪ usuária <i>menor de idade***</i>;</li> <li>▪ orientação sobre <i>Registro de Nascimento</i>;</li> <li>▪ orientação sobre licença maternidade, <i>auxílio-natalidade</i>, auxílio transporte e enxoval.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ intenção de doar o recém-nascido;</li> <li>▪ mãe e/ou pai dependente(s) químico(s);</li> <li>▪ pais adolescentes com frágil retaguarda familiar;</li> <li>▪ recém-nascido com doença crônica / longa permanência;</li> <li>▪ orientação sobre direitos sociais.</li> </ul>
<b>CLÍNICA CIRÚRGICA</b>	
<b>1991</b>	<b>2011</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orientação sobre licença-médica, auxílio-doença, aposentadoria e outros benefícios previdenciários;</li> <li>▪ acidente de trabalho não caracterizado;</li> <li>▪ necessidade de medicação e equipamentos ortopédicos;</li> <li>▪ usuário vítima de tentativa de suicídio, ferimento por arma branca, ferimento por arma de fogo ou com sequelas;</li> <li>▪ necessidade de transferência para outro recurso;</li> <li>▪ usuário com internação prolongada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ orientação sobre benefícios previdenciários e direitos sociais;</li> <li>▪ acidente de trabalho e/ou urbano;</li> <li>▪ usuário com internação prolongada;</li> <li>▪ necessidade de seguimento em serviço especializado saúde;</li> <li>▪ paciente crônico ou com deficiência;</li> <li>▪ paciente reside só ou não possui retaguarda familiar;</li> <li>▪ paciente vítima de violência urbana.</li> </ul>

<b>CLINICA MÉDICA</b>	
<b>1991</b>	<b>2011</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ usuário em situação de <i>indigência</i>*** ou abandonado pela família;</li> <li>▪ orientação sobre licença-médica, auxílio-doença, e outros benefícios;</li> <li>▪ necessidade de vaga em recurso social ou de saúde (<i>sanatórios</i>, abrigos, casas de repouso, etc.) ou exames externos;</li> <li>▪ atendimento ao usuário e familiar com diagnósticos de HIV e/ou tuberculose.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dependência química / tentativa de suicídio;</li> <li>▪ paciente crônico / em cuidados paliativos / longa permanência;</li> <li>▪ necessidade de tratamento especializado</li> <li>▪ orientação previdenciária;</li> <li>▪ paciente em situação de rua;</li> <li>▪ conflito familiar / ausência de retaguarda familiar;</li> <li>▪ não adesão ao tratamento.</li> </ul>
<b>CLÍNICA PEDIÁTRICA</b>	
<b>1991</b>	<b>2011</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ausência de <i>Registro de Nascimento</i>;</li> <li>▪ <i>menor</i> em situação de guarda ilegal ou com suspeita de maus tratos;</li> <li>▪ avaliação e acompanhamento de mães <i>menores</i>;</li> <li>▪ treinamento do familiar de paciente portador de sequelas;</li> <li>▪ acompanhamento e encaminhamento de crianças com doenças crônicas;</li> <li>▪ integração com <i>creches</i> para a recuperação nutricional das crianças;</li> <li>▪ orientação e encaminhamento da família para tratamento de tuberculose;</li> <li>▪ acompanhamento e encaminhamento dos casos de HIV positivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ausência de documentos e/ou de responsável legal;</li> <li>▪ guarda irregular / suspeita negligência / maus tratos;</li> <li>▪ auxílio transporte, medicação, equipamento médico-hospitalar;</li> <li>▪ conflito familiar;</li> <li>▪ orientação sobre direitos;</li> <li>▪ tentativa de suicídio;</li> <li>▪ acidente doméstico e/ ou urbano;</li> <li>▪ paciente com doença crônica ou com deficiência.</li> </ul>

<b>AMBULATÓRIOS</b>	
<b>1991</b>	<b>2011</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (sem registro específico de atendimento deste setor no período analisado)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ausência de família / responsável legal;</li> <li>▪ avaliação paciente psiquiátrico / dependência química;</li> <li>▪ encaminhamento para serviço de saúde especializado;</li> <li>▪ não adesão ao tratamento;</li> <li>▪ orientação sobre direitos sociais / previdenciários;</li> <li>▪ planejamento familiar;</li> <li>▪ conflito familiar / avaliação de dinâmica e retaguarda sócio-familiar;</li> <li>▪ suspeita de negligência / guarda irregular / violência intrafamiliar;</li> <li>▪ auxílio transporte para acesso ao hospital.</li> </ul>

\*Fonte: Material elaborado pelo Serviço Social do HU-USP para o Encontro de Hospitais Universitários do Estado de São Paulo, Campinas, UNICAMP, 1991.

\*\* Fonte: Estatística Qualitativa do Serviço Social do HU-USP 2011.

\*\*\*Termos em itálico referem-se a denominações correntes na ocasião, não mais usuais nos dias de hoje.

O Serviço Social do HU-USP atualmente tem por objetivo *uma ação interventiva, considerando a autonomia do usuário como sujeito principal no processo decisório. Esta ação se pauta no compromisso ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo do Serviço Social, construindo permanentemente a identidade profissional. Dessa forma, sua ação é permeada por atividades que se traduzem em acolhimento, humanização, trabalho em equipe, mediação e interlocução com recursos da comunidade*, conforme consta no Plano de Metas do Serviço Social de 2009.

Do ponto de vista organizacional, Serviço Social responde diretamente à Superintendência do hospital, não mais estando ligado ao setor de Serviços Técnicos Auxiliares.

A centralidade do trabalho do Serviço Social continua sendo a área assistencial, voltada para o atendimento às demandas dos usuários e seus familiares, dos profissionais da equipe e da instituição.

O trabalho realizado pelos assistentes sociais é registrado em relatórios que posteriormente irão compor o prontuário multiprofissional do paciente. Para efeitos administrativos, os atendimentos são contabilizados estatisticamente em dois instrumentais do serviço: estatística quantitativa - onde os “procedimentos” como número de entrevistas, reuniões, convocações, etc. são registrados -, e a estatística qualitativa, onde são discriminadas as situações / demandas atendidas.

Os resultados da estatística quantitativa são informados mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde, juntamente com os dados quantitativos de todo o hospital, e já foi também um importante recurso para subsidiar a justificativa de necessidade de ampliação do quadro funcional do serviço.

A estatística qualitativa vem sendo aprimorada, no sentido de possibilitar ao grupo uma melhor visualização do trabalho desenvolvido e das problemáticas vivenciadas pelos usuários.

Não há, por parte da chefia do Serviço Social ou da administração do hospital, uma cobrança por metas ou produtividade, o que já é muito comum em outros serviços de saúde e que, de modo geral, parece pouco contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho bem como para a vida dos usuários.

Além da área assistencial, o Serviço Social também desenvolve atividades ligadas às áreas de ensino e pesquisa, representando a USP na comissão formada pelas universidades públicas paulistas – USP, UNESP e UNICAMP - que, a cada dois anos, promovem o Congresso Nacional de Serviço Social na Saúde (CONASSS); ministra aulas aos alunos residentes e especializando do hospital; realiza encontros, palestras, entre outros.

Desta forma, busca-se estar em consonância com a missão da Universidade de São Paulo e do Hospital, desenvolvendo atividades nas áreas de ensino, pesquisa e assistência, mesmo tendo, nesta última, a centralidade de sua ação.

Foi a partir deste cenário institucional e profissional que o presente estudo se realizou, procurando destacar, no cotidiano de trabalho vivido pelas Assistentes sociais, o lugar dedicado às práticas avaliativas bem como o entendimento a respeito da avaliação. O resultado desta pesquisa pode ser verificado no capítulo intitulado *Diálogo entre colegas: falando de avaliação*.

## 4 - DIÁLOGO ENTRE COLEGAS: FALANDO DE AVALIAÇÃO.

Este capítulo apresenta a discussão central do presente estudo, num diálogo entre os sujeitos, a literatura e a percepção da pesquisadora. A participação dos sujeitos foi assegurada por meio da pesquisa de campo realizada no HU-USP com o grupo de assistentes sociais. Desta forma, foi possível aprofundar a discussão sobre avaliação, saúde e serviço social, cujo conteúdo estrutura este capítulo<sup>41</sup>.

Partindo da associação livre de ideias, para os sujeitos deste estudo, o termo *Avaliação* está relacionado a: *conhecimento, coleta de dados, dados numéricos, imagem, indicadores, medir, instrumentais, melhoria, metas, mudança, parecer, planejamento, processo, reciclagem, recuperar, reflexão, registro de demandas, relatórios, resultados, objetivos, comportamento, necessidade, oportunidade.*

Verificando essa multiplicidade de representações pode-se dizer que, no senso comum, a avaliação evoca diferentes entendimentos, experiências de vida, pontos de vista, sentimentos. O conjunto destes elementos constitui o imaginário coletivo do grupo de Assistentes sociais no que diz respeito à avaliação.

Neste imaginário estão presentes concepções diversas, como pode ser constatado nos relatos que seguem:

“Avaliação, para mim, remete a uma sensação de **reflexão, crescimento, e também exposição de fragilidades e dificuldades**. Para descrever estas experiências, percebo que há uma cisão entre aquelas **avaliações** que considerei **saudáveis**, e aquelas que, de alguma forma, considerei **negativas**, pela **forma autoritária e unilateral** que ocorreram” (sujeito a).

---

<sup>41</sup> Estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo com o grupo de assistentes sociais. Dados obtidos através da aplicação dos instrumentais Questionário para assistentes sociais e Roteiro para a realização do Grupo Focal, respectivamente anexos 02 e 03. Para fins deste estudo, com a utilização da metodologia de Grupo Focal, o registro das falas dos sujeitos foram identificados como Sujeito a, b, c, d, e, f, g e h, apenas para indicar que se trata de um diálogo e não da fala de um único sujeito. O interesse maior desta metodologia, bem como deste trabalho, é apreender o conteúdo manifesto e não os seus sujeitos particularmente.

“[Avaliações são] Momentos importantes, porém, na maioria das vezes **desgastantes frente às reflexões, desvelamento de sentimentos, pensamentos, opiniões e pareceres.** Oportunidade de **revermos conceitos** para nossas atividades profissionais, pessoais e nossos relacionamentos” (sujeito c ).

“É um **momento de exposição**, em que às vezes me vi na **defesa muito intensa de pontos de vista**, onde tive que superar essa posição, buscando que aí estava uma **oportunidade para evidenciar acertos, erros e buscar correções**, sempre que necessário”. (sujeito e)

“**Somos avaliados na vida o tempo todo. Essas avaliações podem ser positivas, promover mudanças, crescimento, aperfeiçoamento.** No entanto, em **situações específicas de avaliação** como entrevistas, arguições, provas, relacionamentos durante a vida, **sempre passei por momentos de grande ansiedade, grande nervosismo.** Considero que esse comportamento, muitas vezes, **impossibilitou meu crescimento**”. (sujeito b)

Percebe-se nestes relatos, que a avaliação é entendida como algo que tem um grande potencial positivo de contribuir ao crescimento profissional, pessoal e ao aprimoramento da ação realizada.

Outro aspecto apontado pelos Assistentes sociais diz respeito às experiências vivenciadas individualmente, onde a avaliação assumiu um caráter negativo, permeada de autoritarismo, exposição do avaliado, potencializando nervosismo, ansiedade e desgaste dos sujeitos.

Fato é que o medo da punição, da exposição e do erro também interfere na incorporação da avaliação como um instrumento constitutivo da atuação profissional, conforme ilustrado na transcrição abaixo:

“Naquele momento, a atenção de todos os avaliadores está centrada em você, então, **se você errar... vai ser um erro grande.** (...) errar quando você está no foco, é muito diferente” (Sujeito b).

A avaliação, no senso comum, contempla uma multiplicidade de entendimentos conforme apresentado pelos sujeitos deste estudo.

Ao lançar luz sobre o trabalho do assistente social, a avaliação acaba evidenciando não só a ação, mas o agente. E, tanto a exposição em si, como a forma como ela se dá, são apontadas como aspectos delicados, que podem comprometer o processo avaliativo.

**“Quando somos avaliados, estamos em evidência: nossa fala, comportamento, escrita, leitura estão sendo “medidos”. Quem nos avalia está colhendo informações para “medir” nossa capacidade, nosso discernimento em determinado tema. A maioria das pessoas fica ansiosa e com receio durante avaliações ...”** (sujeito d).

A avaliação é compreendida como algo que naturalmente faz parte da vida, avaliação do tipo assistemática e informal, dita ainda como avaliação “inconsciente”, uma vez que não pressupõe metodologia ou qualquer forma de sistemática:

**“Essa avaliação que a gente faz, eu nem sei o quanto ela é consciente. Eu vou ser bem sincera, eu nem sei o quanto essa avaliação que a gente faz está no nível da consciência. Porque a gente não tem tempo pra pra pra fazer isso, mas eu sei que todo mundo aqui pra pra fazer isso. Mas eu acho que está meio no inconsciente da gente chegar e decidir, bom agora a gente vai por esse caminho, e vai indo...”**(sujeito a).

A avaliação que ocorre quase que naturalmente, vai influenciar na avaliação formal que geralmente é encontrada no ambiente de trabalho e, não raro, tem na pessoa do avaliador o detentor do poder. Do avaliador dependerá a sua boa ou má avaliação.

Não raro, a avaliação é pensada na dualidade avaliador versus avaliado, sujeitos estes nem sempre postos num mesmo “lado” no processo avaliativo.

**“Na avaliação você tem o avaliador e o avaliado. Aí permeia nessa relação uma série de questões até de ordem pessoal. Essas relações pessoais elas têm seu peso, é inegável. Agora, eu fico pensando muito nisso: uma avaliação, pra ela ter o resultado ‘puro’... Eu não sei como se pode fazer uma avaliação com resultado fiel, puro, num grupo de relações [tão diferentes]...”**(sujeito c).

É corrente a visão do avaliador como detentor do poder e do saber, de um lado e o avaliado, como o mero executor que está sendo analisado para ser corrigido, do outro. A avaliação como um processo participativo, desenvolvido por uma coletividade de atores, é uma concepção diferente de avaliação que necessita ganhar espaço no entendimento sobre a temática.

“Sua função básica [do avaliador] consiste em promover situações e/ou propor uma tarefa que favoreça o diálogo, a discussão, a busca e a análise crítica sobre o funcionamento real de um programa. Sua ação seguinte é estimular a iniciativa do grupo na reformulação e recondução do programa. (...) é necessário que ele reúna habilidades de relacionamento interpessoal uma vez que a proposta enfatiza, em todos os seus momentos, o trabalho coletivo” (SAUL, 2000:107).

É evidente, tanto nos depoimentos quanto na literatura, que a cultura do medo é ainda hoje muito recorrente quando se fala em Avaliação. Essa cultura dicotomizada, centrada no certo e errado, no bom e mau, aprovado e reprovado, perpassa todos os espaços e relações nas quais a avaliação se faz presente, interferindo na implementação da avaliação como elemento constitutivo do planejamento de trabalho e das políticas públicas.

Na área da administração pública, ainda ocorre o predomínio da cultura autoritária e punitiva da avaliação, como pode ser evidenciado nas palavras de Saul (1999:96):

“Não pode deixar de ser mencionado, no quadro de traços da cultura avaliativa brasileira, o caráter autoritário de que se vêm revestindo os estudos avaliativos, constituindo-se assim num exercício de poder que implica ameaça percebida, em maior ou menor grau, pelas pessoas nele envolvidas”.

Thereza Lobo (1999:79) destaca que uma postura comum na administração pública brasileira é entender a avaliação como uma atividade de caráter meramente fiscalizatório, quase policialesco, e não como elemento de controle institucional, administrativo e como possibilidade de avançar no controle social dos programas sociais.

Segundo a autora, o sentido de aprendizagem para mudança de rumo, que se espera com uma avaliação que mescle insumos quantitativos e qualitativos, não admite o caráter controlador formalístico que a administração pública se acostumou a reverenciar.

Percebe-se que o imaginário que envolve a temática da avaliação é ainda carregado de um certo “peso ameaçador”, centrado na exposição do profissional, focado em erros e falhas, permeado pela cultura do medo, sendo avaliação sinônimo de exercício de poder fiscalizatório e controlador.

Esta visão vem interferindo negativamente na efetivação da avaliação e na não apropriação, por parte dos profissionais, de uma avaliação que pudesse contribuir para a adequada análise e reflexão sobre a prática realizada, sobre sua condição de trabalhador, sobre a política pública em execução. No caso do Serviço Social, a não incorporação da avaliação no cotidiano de trabalho pode influenciar no não direcionamento da práxis conforme previsto no seu Projeto Ético Político Profissional.

Assim sendo, é importante verificar como a avaliação está sendo compreendida no âmbito da prática profissional dos assistentes sociais. Compreender de que avaliação está se tratando é uma necessidade para evitar que vivências pessoais como as relatadas possam interferir negativamente na efetivação da avaliação no campo profissional.

No que diz respeito à avaliação do trabalho, os sujeitos da pesquisa expuseram suas impressões sobre o que entendem por avaliação da prática, conforme pode ser verificado no diálogo que segue:

“Eu acho que é **pôr um olhar crítico sobre o seu fazer**. É você conseguir **desvelar se os seus objetivos estão sendo atingidos** (...). **O que é que o seu fazer produz** com aquela pessoa ou pessoas que você atende” (sujeito a).

“Mas além de ver se você está conseguindo atingir os seus objetivos, é **como você está conseguindo alcançar os seus objetivos**. **Que processos** você busca para alcançar, **de que modo** você tem feito isso. Acho igualmente importante **não só avaliar o**

**resultado mas como você está alcançando este resultado”** (sujeito b).

“Avaliação eu vejo de uma forma mais ampla: você parar pra **avaliar o teu conhecimento e o que você faz com ele”** (sujeito c).

“Eu vejo como uma ferramenta valiosa, **uma oportunidade de eu desvelar melhor a minha prática, pra onde ela está me levando e do que precisa ser nela injetado para uma melhoria**, mesmo que, de coisas simples. É uma **oportunidade de rever, redefinir e poder criar algo novo que responda ao que a prática está pedindo”** (sujeito h).

As falas destes sujeitos encontram eco nas palavras de Maria do Carmo Brant de Carvalho (1999:92), para quem a avaliação pode desencadear um processo de aprendizagem social na medida em que socializa e acrescenta novas informações e conhecimentos que estão na maioria das vezes departamentalizados e segmentados nas diversas equipes de trabalho e beneficiários. Postas em comum, estas informações permitem a apreensão do programa na sua totalidade e a apropriação do saber-fazer social, o que resulta, na democratização do conhecimento e na transparência da ação pública.

Segundo Brousselle (2011:44), *“avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam constituir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”*.

A avaliação é tomada como uma possibilidade de crescimento, de aperfeiçoamento, não apenas do profissional, mas do serviço, da política que se está executando. Verifica-se que o entendimento sobre a temática vai se expandindo na medida em que a discussão se processa. Parte-se de uma compreensão da avaliação a partir do solo da prática, caminhando-se para o nível do planejamento das ações e para o campo das intencionalidades.

“Quando penso em avaliação, pra mim vem [à mente] o **planejamento de ações**, que a gente sempre conversou sobre isso...” (sujeito d).

“Pra mim é uma **ferramenta** que vai **avaliar** os seus **processos de trabalho**, os seus **resultados** e que pode oferecer subsídios para **novas políticas, novas ações**” (sujeito e).

Nestes relatos, os sujeitos trazem a avaliação associada ao planejamento e a processos de trabalho.

“(...) em termos pessoais, planejar ou não, pode ser uma escolha pautada, exclusivamente, por sentimentos, crenças e valores. Todavia, se pensarmos a ação coletiva, social e institucional, o planejamento pode ser necessário para melhor realizar o trabalho e para explicitar objetivos e compromissos compartilhados. (...) No caso das instituições de saúde, em que a quantidade e a complexidade das tarefas a serem realizadas, bem como o volume de recursos e pessoas envolvidas na sua realização não podem correr o risco do imprevisto, essa necessidade torna-se premente. (...) O planejamento tem muito a ver com a ação, ao contrário do que imagina o senso comum. Planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Planejamento é compromisso com a ação. Planejar é pensar, antecipadamente, a ação. É uma alternativa à improvisação. É a oportunidade de usar a liberdade relativa de um sujeito, individual ou coletivo, para não se tornar uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade” (PAIM, 2006:767).

Sob esta ótica, a avaliação tem uma importância central no que se refere à apropriação do trabalho pelo trabalhador, ou seja, à apropriação crítica por parte do Assistente social de todas as etapas que constituem o seu fazer profissional, como parte de um trabalho socialmente determinado.

Essa apropriação pode implicar num redirecionamento ético político da ação profissional frente às demandas às quais busca responder.

Fazendo uso das palavras de Carvalho (1999:88-89), *“diante da complexidade que a questão social assume no mundo contemporâneo, e no Brasil em*

*particular, a avaliação de Políticas Programas Sociais torna-se igualmente um imperativo ético. É que a avaliação sistemática e contínua deve ser instrumento estratégico na oferta de informações substantivas que possibilitem o exercício do controle social”.*

Outra fala apresentada por um dos sujeitos remete à avaliação entendida como

**“ uma forma de servir a determinados interesses”** (sujeito g).

Partindo do pressuposto que *não existe possibilidade de qualquer modalidade de avaliação ou análise de política pública que possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra* (ARRETCHE, 1999), a avaliação, como foi dito, é uma forma de servir a determinados interesses.

Neste sentido, é relevante destacar que, da multiplicidade de atores envolvidos no processo avaliativo, resultará uma multiplicidade de interesses no direcionamento e no uso da avaliação, entendimentos estes, não necessariamente convergentes.

Pensando especificamente na área da saúde, a diversidade de interesses pode ser ilustrada da seguinte forma:

“(…) quando o governo tenta implementar o bem coletivo que é a saúde, segue uma lógica democrática, respeitando os desejos dos cidadãos e os valores da sociedade. Quando os gestores querem definir os serviços a serem oferecidos a uma determinada população, dentro de uma dotação orçamentária, agem de acordo com uma lógica tecnocrata. Quando a indústria farmacêutica ou os seguros estabelecem os preços de seus produtos, agem em função de uma lógica econômica. Finalmente, quando os clínicos se esforçam para propiciar aos seus pacientes o melhor atendimento possível dentro dos conhecimentos médicos existentes, obedecem a uma lógica profissional. Estas quatro lógicas coexistem em qualquer sistema de saúde e não são intercambiáveis. Se, em teoria, a avaliação tem a capacidade de produzir informações úteis para cada instância de decisão, acredita-se que os resultados das

avaliações que satisfazem às expectativas de uns não serão compatíveis com as expectativas de outros. (...) Os diferentes atores no sistema de saúde têm necessidades distintas em termos de informação e, por esta razão, não conseguem chegar a um consenso quanto ao método de avaliação a ser implantado” (CONTANDRIOPOULOS, 2006:709).

A questão da intencionalidade na avaliação, elemento central na realização e no direcionamento de práticas avaliativas, foi também objeto de ampla discussão da qual alguns fragmentos foram destacados:

“[uma boa avaliação é] **isenta de valores pessoais, morais, religiosos, mas com todos os valores éticos**” (sujeito c).

“Mas os **valores morais nem sempre são negativos...**” (sujeito h).

“Eu também **não acho que tem que ser isenta de valores morais...**” (sujeito a).

“**Tem que tem valor moral, se não, ela fica amoral**” (sujeito g).

“Você **não pode colocar o seu valor. Deve respeitar o valor do outro...**” (sujeito b).

“Você, como ser humano, tem direito de ter os seus valores, de julgar, mas **enquanto profissional, você tem que estar isenta, colocar isso de lado e ter a sua ação**” (sujeito f).

“**Uma boa avaliação tem que ser fundamentada em ética e ser isenta de valores pessoais, mas considerando os valores do outro**” (sujeito e).

“Mas o que faz o meu valor pessoal não interferir na minha conduta que possa prejudicar [o usuário] é a **ótica do direito**” (sujeito d).

Pode-se dizer que o grupo se dividiu entre aqueles que acreditam que a avaliação parte da neutralidade valorativa do avaliador e os que acreditam na impossibilidade dessa neutralidade, uma vez que o avaliador se constitui enquanto sujeito social na relação com a sociedade na qual se insere e que esta tem suas regras, seus valores éticos e morais, dos quais o avaliador não pode se isentar.

Retomando a concepção de valor em Agnes Heller (2000), compreende-se que:

*“Valor é tudo aquilo que faz parte do ser humano genérico e contribui, direta ou indiretamente, para a explicação deste ser genérico. Mas os homens e as mulheres jamais escolhem valores, assim como jamais escolhem o bem ou a felicidade. Escolhem, sim, ideias concretas finalidades concretas, alternativas concretas. Seus atos concretos de escolhas estão, naturalmente, relacionados com sua atitude valorativa geral, assim como seus juízos estão relacionados à sua imagem de mundo. (...) O valor é, portanto, uma categoria ontológico-social e algo objetivo: mas sua objetividade é social. Por outro lado, ele é independente da avaliação dos indivíduos, pois seu lócus de expressão são as relações e as situações sociais” (Heller *apud* MINAYO, 2010:67).*

Partindo desta concepção, entende-se que os valores são construídos num processo que é contínuo, conflituoso, contraditório, complementar e está sujeito a constantes alterações, dada a sua processualidade história, humana e social.

Retornando à questão da isenção de valores, o grupo caminhou na construção de um entendimento que os valores pessoais existem e que não devem ser negados. Pelo contrário, devem ser reconhecidos e “monitorados” para que não influenciem no adequado direcionamento da ação profissional e da avaliação. Tal discussão é apresentada por Arretche (1999:29-30), ao afirmar:

*“É certo que qualquer forma de avaliação envolve necessariamente um julgamento, vale dizer, trata-se precipuamente de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público particular, de analisá-la a partir de uma certa concepção de justiça (explícita ou implícita). Neste sentido, não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra. Nesta perspectiva, qualquer linha de abordagem das políticas públicas supõe, de parte do analista, um conjunto de princípios cuja demonstração é, no limite, impossível, dado que corresponde a opções valorativas pessoais. Neste sentido, o uso adequado dos instrumentos de*

análise e avaliação é fundamental para que não se confunda opções pessoais com resultados da pesquisa”.

De acordo com os sujeitos deste estudo, o horizonte que deve guiar a ação é a ótica do direito. E pensar a avaliação sob a ótica do direito, enquanto Direito socialmente conquistado e Constitucionalmente reconhecido, é pensar a avaliação para além das inúmeras tipologias e variáveis metodológicas.

Assim, pode-se afirmar que:

“A avaliação contribui para tornar as políticas e os programas mais coerentes graças a uma análise sistemática que descreve e explica as atividades, os efeitos, as justificativas e as consequências sociais dessas políticas e programas. O objetivo último da avaliação é a melhoria social, para a qual pode contribuir auxiliando as instituições democráticas a escolher melhor, supervisionar, aperfeiçoar e tornar coerentes as políticas e programas sociais” (MARK, HENRY E JULNES, 2000, *apud* BROUSSELLE, 2011:44).

Pensar a avaliação sob a ótica do direito leva a transcender interesses particulares de determinadas parcelas societárias para encontrar sua *utilidade social*. O objetivo central da avaliação deveria estar em fazer emergir o valor social do objeto a ser avaliado, respondendo às perguntas: a serviço de quem / a serviço de que está a avaliação?

O objetivo da avaliação foi outro tema abordado no grupo focal, como se pode verificar nos relatos que seguem:

**“Uma coisa é você atender, atender, atender ... e você, quando para vê: o que é que eu estou atendendo? Como eu estou atendendo? E uma avaliação te propicia trazer à luz esse conhecimento mais formal, mais sistematizado de sua prática.** Eu concordo quando se fala que se espera da avaliação conhecimento. **E aí aquele chavão** que eles falam mas **que eu acho que é uma verdade, que é quando você vê pontos fortes e pontos fracos de sua prática – você não vai também só ver o que não está legal”** (sujeito f).

“[o objetivo da avaliação é] **o aprimoramento dos processos de trabalho**, que melhore os processos de trabalho avaliados, que você tenha uma outra visão e que, enfim, **resulte em uma qualidade melhor, um produto melhor**” (sujeito b).

“É você **encontrar caminhos menos tortuosos pra desempenhar o seu trabalho**, é você **enxergar com mais clareza, porque você às vezes está ali míope, com tudo aquilo que está à sua frente**”. (sujeito c).

“Fazer da avaliação até uma forma de se **criar fatos novos, que agregue melhorias, que demonstre a sua chegada nos objetivos, que demonstre o que esta prática está produzindo e se o que ela produz é apenas interesse da instituição, é de interesse do usuário, a serviço de quem eu estou?**” (sujeito h).

“O processo de avaliação do serviço que resulta num indicador, seja qualitativo ou quantitativo, **leva a mudanças estruturais num serviço**, na política, com a instituição entendendo a sua necessidade e dando encaminhamentos” (sujeito a).

De acordo com os participantes, a avaliação tem por objetivo aprimorar os processos de trabalho, implementar novas ações visando melhorias, propiciar um olhar mais ampliado e crítico sobre o fazer profissional.

Existe uma grande proximidade entre a fala dos sujeitos e o que a literatura aponta como objetivo da avaliação, conforme pode ser verificado nas palavras de Jean-Marc Lesain-Delabarre (2007:57):

“Savoir mesurer les effets des services rendus, réperer les capacités de mobilisation des acteurs sociaux, chercher les erreurs ou les inadéquations (et non pas les coupables), promouvoir l’engagement de chacun dans l’amélioration et la pertinence des actions conduites... tels sont certains impératifs majeurs des approches évaluatives »<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> “Saber mensurar os efeitos dos serviços realizados, incentivar a capacidade de mobilização e de participação dos atores sociais, buscar os erros ou as inadequações (e não os culpados), promover o envolvimento de cada um no aprimoramento e pertinência das ações realizadas... Estes são alguns dos principais direcionamentos das práticas avaliativas”.

A pergunta feita por uma das participantes “*A serviço de quem estou?*” é fundamental ao se pensar a atuação profissional. É a pergunta chave que deveria orientar as ações.

Em Serviço Social, a resposta a esta pergunta está explicitada no Projeto Ético Político Profissional do Assistente Social de 1993 ao estabelecer como direcionamento ético e político a opção pela classe menos favorecida, pela democracia, pela sociedade de direitos, justa, sem qualquer tipo de discriminação onde haja redistribuição da riqueza socialmente produzida.

Apesar de legalmente previstos na lei que regulamenta a profissão, a avaliação, assim como o planejamento e as atividades relacionadas à gestão ainda não foram suficientemente apropriadas como ferramenta e campo de trabalho para a categoria profissional dos assistentes sociais, conforme já explicitado no capítulo Avaliação, Serviço Social e Saúde.

De acordo com os participantes deste estudo, este distanciamento está relacionado à própria profissão, como pode ser visto:

“Quando você pega os profissionais de administração, de economia, de outras profissões, eles tem já indicador, eles tem outras ferramentas pra avaliar. **Em Serviço Social a gente vai tateando de acordo com a realidade da gente, de acordo com as coisas que a gente faz no dia-a-dia.** Então a gente não encontra muito a questão da avaliação tão estabelecida teoricamente, tão definida na nossa profissão. **Isso não é uma prática nossa ainda...**” (sujeito d).

Esta constatação é também registrada no documento *Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*:

“As novas demandas como gestão, assessoria e a pesquisa, consideradas como transversais ao trabalho profissional e explicitadas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), na maioria das vezes, não são assumidas como Competências ou atribuições profissionais” (CFESS, 2010:28).

Uma vez posta a questão da não apropriação da avaliação pelo Serviço Social, o grupo de Assistentes sociais participantes deste estudo buscou elementos que pudessem iluminar a (s) razão (ões) desta não apropriação não apenas pelo Serviço Social do HU-USP, mas a profissão socialmente estabelecida.

Segundo o grupo de Assistentes sociais do HU-USP, alguns aspectos podem dificultar a avaliação em Serviço Social:

“Eu acho que **o nosso objeto a gente não consegue avaliar porque o nosso objeto não é quantificável**. Não é fácil fazer uma avaliação, seja nossa – profissional-, seja do grupo ou do próprio atendimento” (sujeito g).

“Eu acho que **a gente lida muito com a subjetividade**, com o ser humano, cada situação é uma situação, cada caso é um caso” (sujeito d).

“Em administração eles têm isso, mas a gente não. Eles têm a materialidade da coisa, **a gente tem a subjetividade...**” (sujeito c).

“Eu acho que **nós não temos metodologia de avaliação**. Nós temos um ensaio, temos uma coisa ainda muito embrionária, mas eu acho que a gente vê importância, faz o tempo todo, mas não tem metodologia pra isso. Principalmente essa questão subjetiva, a gente não tem ainda o **‘como é que eu avalio a minha prática considerando as questões subjetivas que ela envolve’**” (sujeito a).

Percebe-se, pelos relatos acima, que um dos primeiros obstáculos postos à efetivação da avaliação em Serviço Social diz respeito ao próprio *objeto de trabalho*. De acordo com os profissionais participantes deste estudo, o Serviço Social trabalha com a subjetividade do usuário, mesmo que buscando nesta subjetividade a materialidade concreta resultante da questão social. Assim sendo, distancia-se da objetividade e, conseqüentemente, da possibilidade de quantificar adequadamente o trabalho realizado.

Neste ponto, é possível se interrogar sobre qual é (ou deveria ser) a matéria de trabalho do Serviço Social. Sabe-se que na área da saúde há uma forte tendência do

Serviço Social recorrer a abordagens fundamentadas na área “psi”<sup>43</sup> e/ou buscar especializações correspondentes à subdivisão existente na área médica. Entretanto, ambas as tendências devem ser vistas com cautela pelo risco de se aprofundarem em áreas não específicas do Serviço Social e distanciarem-se dos princípios teórico-metodológicos e ético-políticos que direcionam a profissão.

Esta discussão se faz presente no documento *Parâmetros Para Atuação de Assistentes sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2010:28-29):

“Outra questão é a tentativa de obscurecer a função social da profissão na divisão social e técnica do trabalho, pois o problema não está no uso de referências que abordam o campo psi ou sobre doenças, mas sim quando este profissional, no cotidiano de seu trabalho profissional, se distancia do objetivo da profissão, que na área da saúde 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. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e nem se reduzir a defesa de uma suposta particularidade entre o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina”.

Fazendo uso das palavras de Iamamoto (2009): “(...) o Serviço Social, enquanto profissão lida fundamentalmente com as diferentes expressões da questão social, vista como *conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura decorrente do fato da produção social ser cada vez mais coletiva e da apropriação privada (monopolizada) das condições e dos frutos do trabalho*” (grifos do autor – IAMAMOTO *apud* BAPTISTA, 2009:18).

Um segundo obstáculo à prática da avaliação diz respeito à *mensuração da “produtividade”* do Serviço Social, conforme mencionado por um dos sujeitos.

---

<sup>43</sup> Um exemplo desta tendência é a discussão sobre as Práticas Terapêuticas em Serviço Social, ou Serviço Social Clínico, que pode ser conferida nos documentos: Resolução CFESS Nº 569, de 25 de março de 2010 disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS\\_569-2010.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/RES.CFESS_569-2010.pdf) (acesso em 05 de julho de 2012); Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas, disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/doc\\_CFESS\\_Terapias\\_e\\_SS\\_2010.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf) (acesso em 05 de julho de 2012)

Neste cenário de retração do investimento do Estado na área social, a ênfase em práticas avaliativas tem demandado, cada vez mais, análises centradas em produtividade, custos, metas, em suma, na econometria de efetividade, eficiência e eficácia.

Ao abordar a temática da avaliação em programas de saúde, os autores Oswaldo Tanaka e Cristina Melo (2004:17) chamam a atenção para o fato de que, nesta área, deve-se ter em mente que esses programas têm uma população-alvo/usuários que são parte do processo de organização e prestação de atividades. Para tornar o processo de avaliação mais complexo, existe o fato de que o produto final de atividades/serviços de saúde não é um objeto material resultante da transformação dos insumos utilizados no processo de atenção. O produto final ou resultado caracteriza-se por algo que não é visualizado, apalpado, armazenado, materializado.

Entretanto, os estudos avaliativos em saúde tem a tendência de focar dados relativos à produtividade, como os indicadores de desempenho hospitalar que priorizam informações como: média de permanência, taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade institucional, por exemplo.

O Serviço Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, seguindo a mesma tendência, elaborou o Manual de Indicadores do Serviço Social na Saúde, que estabelece índices como: *índice de atendimento do Serviço Social por unidade de atendimento hospitalar; índice de ocupação do leito por motivo social; índice de resolutividade social; índice de treinamento / desenvolvimento de profissionais do Serviço Social; índice de horas de assistente social para assistência, ensino, pesquisa e atividades técnico administrativas; índice de atendimento do Serviço Social por motivo; índice de atendimento do Serviço Social por complexidade; índice de atendimento do Serviço Social por categoria de intervenção*<sup>44</sup>.

Registrando aqui a originalidade deste documento, o manual descreve cada um de seus índices, apresentando a definição, fórmula de cálculo origem dos dados, periodicidade, usuário da informação, abrangência da medição, unidade de medida e

---

<sup>44</sup> Conferir documento “Manual de Indicadores do Serviço Social para Serviços de Saúde” anexo 07.

benchmarking. A ressalva que se faz é o uso exclusivo de dados numérico / quantitativos que, para o Serviço Social, parecem insuficientes.

A pertinência e a relevância de dados essencialmente quantitativos como indicadores para o Serviço Social são temas presentes nas discussões sobre produtividade, estatística, avaliação e indicadores como se pôde verificar na realização do grupo focal deste estudo:

**“(...) a gente trabalha tanto, todo o tempo... e **você vai ver lá na estatística não tem nada**, tem dois ou três ‘pauzinhos’<sup>45</sup>... É um absurdo, porque aquilo que deveria ser uma fotografia da nossa realidade [a estatística] **não reflete nada!** (...) Eu acho que **falta um instrumento de avaliação** e aí essa estatística não é adequada porque parece que você não fez nada. (...) Então eu acho que falta pra gente, por muitos motivos, um **instrumento adequado** de fazer isso e que daí **possibilitasse uma avaliação melhor**” (sujeito c).**

É fato que a informação quantitativa é um importante instrumento de registro de trabalho. O que se questiona é o uso quase que exclusivo deste. É necessário que esses dados quantitativos venham acompanhados de análises interpretativas que levem em consideração aspectos qualitativos não previstos nas avaliações correntes, e que são de fundamental relevância dada a natureza do Serviço Social.

Segundo Thereza Lobo, (1999:79):

**“(...) há uma tendência histórica na administração pública brasileira de privilegiar-se o levantamento de informações quantitativas, de ordem econômico-financeira. (...) As avaliações quantitativas são fundamentais. (...) O que se questiona é a manutenção exclusiva desta forma de avaliação. Uma definição de estratégia que atenda a necessidade da tomada de decisões no plano governamental e possibilite o controle social deve, necessariamente, incluir formas diferenciadas de avaliação qualitativa”.**

---

<sup>45</sup> A profissional faz referência à forma de contabilizar os atendimentos, onde, para cada procedimento, é anotado uma ocorrência, que aqui é chamada por “pauzinho”.

Sem aprofundar aqui a polêmica entre dados quantitativos e qualitativos, o que se quer destacar é a necessária combinação entre informações de natureza quanti e quali, que resulte numa maior e melhor visibilidade do trabalho realizado e que, por isso mesmo, possa servir de instrumento para a avaliação.

A complexidade que envolve a análise de “produtividade” em Serviço Social decorre ainda da própria natureza da profissão e da área na qual se insere. Contudo, a ausência de consenso no que diz respeito à questão da produtividade não é exclusiva do Serviço Social, como apresenta Brousselle (2011:132):

“Não há consenso acerca dos conceitos de ‘produtividade’ e de ‘medida de produtividade’ no campo dos serviços e, menos ainda quando se trata dos serviços de saúde. A produtividade, de maneira genérica, mede a razão exsumos / insumos (outputs / inputs). Fala-se de ‘produtividade econômica’ quando os fatores são expressos em unidades monetárias, e de ‘produtividade técnica’ quando são expressos de outra forma, por exemplo, em quantidade de serviços, quantidade de mão de obra, etc. (...) No campo dos serviços, e em especial naquele dos serviços de saúde, os exsumos (serviços) são, de certa forma, o próprio trabalho”.

E ainda:

“(...) a avaliação no campo da saúde demanda um quadro conceitual integrador, pois ela resulta de uma ‘casamento forçado’ entre tradições muito diferentes: a da avaliação econômica, a da avaliação baseada na epidemiologia e na prática clínica e, cada vez mais, a da avaliação oriunda das ciências sociais” (BROUSSELLE, 2011:42).

Se a avaliação da produtividade na área de serviços, em especial, em serviços de saúde, ainda é um campo em construção, o mesmo pode ser dito no que se refere à avaliação da ‘produtividade’ em Serviço Social, com destaque para o pensamento corrente de que o trabalho do Serviço Social é muito subjetivo para ser avaliado, conforme se verificou nos depoimentos citados.

Um terceiro obstáculo remete à *ausência de referencial teórico-metodológico* em avaliação no Serviço Social.

“A gente fica só na matriz teórica da dialética mas, aqui entre nós, o que diz a dialética? Então, **a gente não tem aporte aqui para discutir a questão [da avaliação] profundamente.** A gente fala na superfície. Eu acho que a gente está ainda nesta matriz [dialético-marxista] porque a gente não está planejando a ação. A gente não está vendo a necessidade de um novo paradigma para a profissão. Nem falando só do serviço nosso aqui do HU, mas um novo paradigma para a profissão. Parece que as pessoas estão engessadas...” (sujeito c).

“**Se a gente pensa que o suporte teórico pode embasar o processo de avaliação de nossa prática, então eu tenho nesse suporte alguns pensamentos onde a gente se ampara.** Eu tenho isso presente, de sempre ter um enfoque dentro dos nossos referenciais: a visão sistêmica, a integralidade...” (sujeito a).

Através destes relatos, fica evidente a fragilidade do referencial teórico-metodológico. A discussão parte do pluralismo teórico em Serviço Social e culmina num ecletismo, o que retrata ainda mais a ausência de direcionamento vivenciada pelos profissionais. Por outro lado, a ausência de literatura que subsidie práticas avaliativas, mencionada pelos sujeitos, também foi constatada na revisão bibliográfica do presente estudo.

Um quarto elemento que interfere de modo a inibir o avanço da avaliação diz respeito à *dicotomia teoria-prática*, bem como ao privilégio desta última. De acordo com os participantes desta pesquisa, o Serviço Social é uma profissão focada no pragmatismo, no qual a reflexão teórica é pouco presente:

“Eu acho que **a gente está muito envolvida na prática** e você muitas vezes **não consegue parar pra avaliar**, e a coisa meio que vai acontecendo, num processo natural e a gente não para... Porque **a gente tem a tendência de ser prática e não teórica**” (sujeito a).

“Com certeza eu confio que cada um de nós, em sua prática, avalia continuamente aquilo que está fazendo. O que a gente não consegue, e acho que muitos grupos profissionais por aí devem ter a mesma dificuldade - até por **esse imediatismo que é esperado do assistente social de atender, atender, atender** -

é reservar um espaço formal pra isso [a avaliação]. Acho que a gente não consegue se presentear com isso” (sujeito d).

“Historicamente nossa profissão surge como uma **profissão de tarefas, de assistencialismo, de demanda imediata**. Se a gente for pensar no percurso histórico, a **gente veio pra resolver demandas bem pontuais que não exigiam do profissional um olhar mais ampliado**. Passando pelo caráter tarefeiro, pelo caráter inicial da Igreja, depois o assistencialismo, **não era requisitado do profissional um olhar mais ampliado, uma nova proposta de gestão...** Acho que isso não fazia parte. E aí talvez nas outras profissões isso talvez já fosse presente...” (sujeito b).

A histórica separação entre teoria e prática reaparece com grande intensidade no diálogo acima. De um lado, a centralidade da prática interventiva, quase que pragmática; de outro, a capacidade reflexiva analítica, entendida como um adicional à intervenção profissional. O que se questiona é a manutenção desta cisão estéril, uma vez ambas, teoria e prática, se retroalimentam recíproca e dialeticamente.

Neste sentido, Battini (*apud* BAPTISTA,2006:33) considera que a investigação é constitutiva da prática profissional, responsável pela sua reconstrução teórico-metodológica e pela superação das representações teóricas e ideais introjetadas pelo Serviço Social na sua tradição.

Ainda na mesma perspectiva, Baptista (2006:32-33) encaminha sua reflexão ao afirmar que o conhecimento constitui um instrumental do trabalho profissional na sua ação sobre o objeto e é, ao mesmo tempo, preliminar e concomitante à sua construção. As mediações entre elaboração teórica, projeção e a intervenção ocorrem de maneira complexa: os assistentes sociais têm que responder a questões muito concretas de uma sociedade extremamente diversificada. Diante de problemas muito específicos, esses profissionais não têm apenas que analisar o que acontece, mas devem estabelecer uma crítica, tomar uma posição de decidir por determinado tipo de intervenção. O modo como fazem isso é que vai determinar a relação que estabelecem com a teoria.

“(...) a teoria e a prática constituem (...) aspectos inseparáveis do conhecimento e devem ser consideradas na sua unidade, levando em conta que a teoria não só se nutre na prática social e histórica como também representa uma força

transformadora que indica à prática os caminhos da transformação” (Kameyama, apud BAPTISTA, 2009:56).

Tal dicotomia, no Serviço Social, traz sérias implicações:

“Nesse processo de separação entre ‘aqueles que pensam’ e ‘aqueles que agem’, no Serviço Social, o *saber* se acantonou na academia, e o *não saber*, na prática: as pessoas que aspiram ao saber abandonam a prática e partem para a academia; produzem um conhecimento transmitido no processo de formação, o qual deixa de ser utilizado pelo fato de muitas vezes ser considerado, pelas pessoas que assumem responsabilidades práticas, inadequado para subsidiar sua ação” (BAPTISTA, BATTINI, 2009:7-8).

A crença de que o saber se dá apenas no campo acadêmico tem reforçado ainda mais esta separação, conforme acima referido. No entanto, é cada vez mais crescente o número de profissionais que está realizando reflexões teóricas a partir do solo fértil se sua própria prática, conforme pode ser verificado principalmente nas temáticas dos estudos de pós-graduação.

Esta dicotomia que ainda perdura no Serviço Social pode trazer rebatimentos à realização de avaliações, entendidas, muitas vezes, como atividades teóricas. É importante ter claro que as avaliações visam superar o aparente, ultrapassando o imediatismo pragmático e buscando enxergar a totalidade, conforme descrito no documento elaborado pelo Espaço Regional de Saúde Pública de RHÔNE-ALPES:

« L'évaluation n'est pas un travail déconnecté de l'action. C'est au contraire une façon de refermer la boucle du projet en revenant aux intentions de départ et aux objectifs visés. L'évaluation est un exercice 'démocratique' qui permet de prendre du recul, avec tous les partenaires, par rapport à une action » (ERSP, 2008:5)<sup>46</sup>.

Retomando a problemática da dificuldade em se ter uma avaliação sistemática, o grupo sinalizou para a ausência de espaço-tempo para sua realização:

---

<sup>46</sup> "A avaliação não é um trabalho desconectado da ação. Pelo contrário, é uma forma de fechar o ciclo, retornando para as intenções originais do projeto e aos seus objetivos previamente estabelecidos. A avaliação é um exercício 'democrático' que permite retornar e analisar, com todos os seus sujeitos, uma determinada ação".

**“Esse espaço [para avaliar a atuação] a gente já tentou criar várias vezes... A gente tentou parar pra formar grupo materno-infantil e outros. Era pra gente avaliar a nossa prática. Só que a assistência nos consome. E todo mundo sabe disso...”** (sujeito i).

**“Tenho receio de não estarmos fazendo avaliação. Só fazemos avaliação quando a instituição nos cobra”.** (sujeito d).

Nas duas situações apontadas pelos participantes, a avaliação não possui um espaço sistematizado para sua efetivação. Parece meio contraditório que, ao privilegiar a assistência, a avaliação não se faça presente, pois ela seria um instrumento a serviço dessa mesma prática. Entretanto, é assim que ocorre. Não há tempo para se repensar e avaliar a prática e, muitas vezes, quando ela ocorre, não tem como objetivo aprimorar o trabalho, mas responder às demandas administrativas.

Há que se pensar no espaço-tempo destinado à avaliação. Se pensada como um processo contínuo, a avaliação implica em dedicação, tempo, metodologia, sistemática. É um grande investimento. Entretanto, a possibilidade de desvelar a prática e nela introduzir mudanças (se pensada a avaliação no nível mais imediato da prática), pode ter um valor imensurável para os profissionais, para os usuários, para a instituição e para a efetivação de Políticas Públicas.

No que se refere aos resultados da avaliação, novamente o medo foi apontado como uma preocupação :

**“O medo de não ficar satisfeito com o resultado é um receio do profissional”** (sujeito d).

**“Eu acho que o medo do erro. De errar e chegar à conclusão que tem que começar tudo de novo, que está tudo errado, voltar pra faculdade... Eu acho que eu faço um bom trabalho, mas se eu for parar e avaliar... Então, se a gente for avaliar tudo o que faz, o medo é de recomeçar. E recomeçar do zero”** (sujeito h).

Percebe-se, mais uma vez, que a avaliação evoca de modo particular o caráter pessoal do avaliado. Mesmo que a proposta seja avaliar o serviço, o medo de errar, de começar de novo, do zero, diz respeito ao profissional e não à ação.

O resultado de uma avaliação, mesmo quando bem conduzida, pode levar a resultados não esperado pelos participantes. Esta é uma realidade. E a constatação de divergências de expectativas, por si só, já pode conduzir a um processo reflexivo para compreender a disparidade encontrada.

No entanto, o que se percebe é, novamente, o poder que a cultura do medo exerce sobre as pessoas no que diz respeito a avaliações. A autora Thereza Lobo (1999:77-78), ao tratar desta questão, afirma:

“(...) predominância de uma cultura autoritária na administração pública brasileira (...) que se coloca como um dos principais obstáculos a suplantarem para se ter uma avaliação consequente. O constrangimento visível e explícito das autoridades públicas com a perspectiva de serem investigadas e avaliadas as ações resultantes dos programas que dirigem é fator de inibição das práticas avaliativas. A ameaça sentida, e não necessariamente real, de perda de poder, com a possível vinda à luz de práticas indesejáveis e resultados inexpressivos ou inexistentes mesmo, diante dos gastos incorridos, impede qualquer iniciativa que alguns mais afoitos, ou mais conscientes, queiram tomar. (...) O rompimento de barreiras desta natureza levaria a assumir-se a avaliação como uma atividade regular de governo. E ter-se-ia o significado real da avaliação”.

Há ainda, conforme apresentado pelo grupo, um segundo receio no tocante aos resultados da avaliação: a não aplicabilidade prática:

“E o receio seria de **a avaliação ser só mais um processo**, só uma palavra, um momento para justificar alguma coisa que tem, que existe e que foi feita. **Uma coisa pobre**” (sujeito i).

“Sempre que eu me pego pensando mais efetivamente em avaliar o que estou fazendo, eu sempre fico fervilhando de ideias pra melhorar, pra enriquecer aquela prática. E o meu receio é de **não conseguir dar efetividade pra isso**, não pelo vigor profissional mas **pela estrutura, quer seja material, de quadro de pessoal, institucional**. E pra efetivar isso você precisa ter um conjunto de coisas que vão te dar suporte” (sujeito a).

A este respeito, TANAKA e MELO (2004:51) ressaltam que a apresentação e a difusão dos resultados é um aspecto da avaliação quase sempre colocado em segundo plano. No entanto, uma avaliação não servirá para subsidiar a tomada de decisões e intervenção concreta sobre o que foi avaliado, se seus resultados não forem comunicados adequadamente.

Ainda na literatura, Aguilar & Ander-Egg reforçam a problemática da não utilização dos resultados da avaliação:

“A aplicação dos resultados de uma avaliação é aqui destacada como o ponto central dela, considerando o caráter de investigação social aplicada de que os estudos avaliativos se revestem, embora seja muito frequente a não utilização direta de resultados e recomendações de muitas avaliações, sendo que a literatura aponta algumas causas que incidem na utilização escassa ou nula dos resultados de uma avaliação, entre estas: quando a avaliação não for nem útil devido à incompetência técnica da equipe de avaliação (...); quando os responsáveis por tomar decisões para introduzir as mudanças no programa discordam, rejeitam ou desconsideram os resultados apresentados, assumindo a avaliação como mero formalismo; quando os resultados ou conclusões da avaliação ferem interesses que os responsáveis não querem ou não podem modificar” (AGUILAR & ANDER-EGG, *apud* SILVA, 2008:138).

É importante que se tenha claro, ao iniciar uma avaliação, a qual propósito ela pretende responder, qual seu objetivo e mandatário, uma vez que esses fatores poderão interferir diretamente na possibilidade de aplicabilidade de seus resultados.

No entanto, cabe destacar que, quando bem conduzido, o próprio processo da avaliação, por si só, pode resultar em componentes positivos aos profissionais e ao trabalho. A possibilidade de parar para avaliar a ação, por exemplo, tem um impacto para o serviço e também para os profissionais implicados na ação e no processo avaliativo. Assim pensada, a avaliação passa a compor um processo dialético de ação – reflexão – ação da prática profissional.

Ao discutir sobre os impactos da não existência de uma avaliação sistemática, o grupo situou que, para o Serviço Social do HU-USP, uma primeira consequência se verifica não uniformização de condutas:

“O que a gente observa, às vezes, é uma mesma situação, cada uma de nós tem uma conduta diferente, pensa diferente, **não existe uma uniformização das condutas**” (sujeito c).

Outra consequência está diametralmente ligada ao não direcionamento e planejamento do trabalho:

“Vamos do jeito que vamos, que estamos. Aí, a gente corre o risco de se perder no meio do caminho. (...) **É tão serio isso, a falta de avaliação no Serviço Social. E se não tem avaliação, não tem planejamento. (...) Então, como estamos trabalhando? Que devolutiva podemos dar pra superintendência, ou indiretamente, para o nosso usuário se nós não estamos nos avaliando?** Se está faltando avaliação no serviço social em geral, está faltando planejamento. **Se está faltando planejamento de ações, eu acho que o Serviço Social tem muito a ser desenvolvido...**” (sujeito f).

“A **ausência de avaliação** [no serviço] **está refletindo num sentimento de isolamento**, porque cada uma procura uma estratégia pra não errar. Uma se coloca no isolamento dela, se põe em xeque quando pensa: será que eu não aprendi ou será que não tinha, que era diferente? **A insegurança, o isolamento que a gente tem por não ter avaliação...**” (sujeito a).

Não é de se estranhar o fato de que o Serviço Social, desde sua origem, é uma profissão que se caracteriza principalmente por suas ações interventivas. Entretanto, ser interventivo não é sinônimo de ser pragmático, como já foi dito, e esta parece ser uma dificuldade a ser superada ainda por muitos profissionais, conforme mostra os relatos acima.

“O que está em jogo é a apropriação, pelo Serviço Social, de uma perspectiva teórico-metodológica que, reconstruindo permanentemente o movimento da realidade objeto da ação profissional como expressão da totalidade social, coloque referências concretas para o fazer profissional, possibilitando

um Serviço Social consciente, crítico, criativo (...)" (VASCONCELOS, 2007:129).

As Assistentes sociais, ao discutirem sobre os aspectos que gostariam que fossem contemplados na Avaliação no Serviço Social do HU-USP, sinalizaram o que acreditam ser relevante nesse processo:

a) Avaliar a ação do serviço:

"Eu fiquei pensando que quando a gente pensa em avaliação bate até um medo, porque é alguém avaliando o outro. **Mas talvez no serviço são todos avaliando o serviço e não as pessoas.** (...) Porque se o foco fica no profissional, a avaliação soa como algo persecutório, como apontar falhas. Mas **se a gente conseguisse construir um espaço em que a avaliação fosse de fato pra avaliar o serviço e os processos, desfocaria da [profissional]"** (sujeito d).

"**É claro que toda ação tem um executor, mas o foco não é o executor, é a ação"** (sujeito g).

"Eu acho que é importantíssimo que a gente tenha esse espaço de auto-avaliação, mas um momento maior deveria ser de **avaliar o serviço em si, não só as condutas, mas a conduta do serviço social.** Então o nosso maior tempo é atendendo o quê? É atendendo plantão, atendendo a demanda ou atendendo algo que a gente propôs a fazer, como um grupo, coisas a que a gente não tem porque a gente não consegue?" (sujeito c).

O foco principal da avaliação não estaria na pessoa do profissional, mas nas ações do serviço. Segundo o grupo, para que a avaliação pudesse ter aplicabilidade para o serviço – e viabilidade, uma vez que resistências naturalmente iriam surgir – o foco deveria centrar sobre as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social, partindo de uma verificação crítica sobre o que se faz, por que, para quem e como. Neste sentido, a avaliação não teria por objetivo apontar falhas individuais ou expor os profissionais (receio manifestado pelo grupo), mas melhor compreender a própria dinâmica do serviço e sua inserção no contexto institucional hospitalar, inserindo-o nos debates da política de saúde, das políticas sociais, e da própria profissão.

b) Saber por onde iniciar a avaliação:

“Avaliar questões desde **quadro de pessoal, área física, recursos materiais, processos de trabalho, métodos, rotinas, indicadores quali e quanti, operacionalização**, isso dentro de uma ótica macro. Então é mais ou menos por aí” (sujeito h).

“Se eu fosse avaliar hoje **começaria pela gestão do serviço**. Como o serviço está sendo gerido. **Começaria do macro e iria pro micro. Primeiro a gestão pra depois a gente chegar no usuário, na prática, na assistência...**” (sujeito f).

“De certa forma, o gestor do serviço ele imprime nesse serviço muito de como ele gostaria que fosse o serviço dele. Ele dá a cara dele com todas as ‘cores’ que ele gosta. Mas aí, se fizer só isso [avaliar apenas o gestor ou a gestão], fica uma coisa meio tendenciosa, meio parcial. Eu acho que tem que abrir isso. (...) **Avaliar o gestor e de seus subordinados**” (sujeito d).

“Eu pensei que talvez **eu começaria pelo grupo, não pelo gestor**, incluindo o gestor, mas o grupo todo. **Assistentes sociais, técnicos e gestor. Eu acho que eu começaria por aí**” (sujeito a).

“E se antes de fazer a avaliação de todos, que cada um tivesse um instrumento para **avaliar própria conduta**? Porque, **já que a gente não faz avaliação nem do outro, nem da gente, a gente não pode dizer que está se avaliando**. (...) A gente geralmente não tem um instrumento e **a gente faz a avaliação, cada um no seu cantinho, no isolamento de si**, acaba avaliando o seu serviço somente quando alguma coisa sai do trilho, quando alguma coisa não aconteceu” (sujeito b).

“Então, eu acho que eu **começaria por mim mesma, o que eu faço, o que não faço, o que deixo de fazer**, e aí teria um **momento pra gente expor a nossa avaliação no coletivo e então começar a criar e entender**. Porque, se a gente não sabe como a gente faz – a gente sabe porque a gente faz – mas digo que a gente não sabe teoricamente, a gente não traz isso pro campo das ideias e só fica no campo da execução, **a gente não sabe, mas ainda assim, a gente executa uma ação**” (sujeito c).

“Eu acho que isso vem de encontro com o que eu sinto falta. Eu acho que **começaria por tentar construir um instrumento pra fazer a avaliação de serviço, de avaliação prática profissional tua**. (...) Uma outra coisa que **eu acho que precisaria avaliar é a**

**pertinência do que se faz no serviço social aqui**, que eu acho que existe um nó que é uma angústia de muitos anos, porque **eu ainda enxergo que há práticas que não têm uma especificidade com o Serviço Social (...)**” (sujeito h).

Verifica-se uma grande variedade de percepções no tocante ao objeto da avaliação, variando desde aspectos estruturais, gerenciais, técnicos, individuais a metodológicos. Enfim, à diversidade de sujeitos corresponde uma multiplicidade de posicionamentos que, de acordo com a análise que aqui se apresenta, reflete a forma como cada um dos assistentes sociais percebe o seu momento profissional, as dificuldades postas pela prática e o entendimento / expectativa que possui a respeito da avaliação.

Não é objetivo deste estudo apresentar como seria então esta avaliação mesmo porque, conforme o que já foi apresentado até aqui, acredita-se que o caráter democrático e participativo da avaliação deva estar presente em todos os seus momentos, incluindo aquele no qual se dará seu o desenho metodológico.

As possibilidades que a incorporação da avaliação no cotidiano de trabalho apresenta são diversas. Como todo novo processo, as resistências ocorrem quase que naturalmente. Entretanto, é importante que se possa ultrapassar este momento para que frutos como o abaixo descrito possam ser vivenciados por um número cada vez maior de profissionais:

“E a partir disso, você redefine, ou não, as suas metas, pra onde você vai, o que você quer de cada processo de trabalho teu, se isso vai contribuir na gestão do hospital, na gestão do serviço, ou vai contribuir tecnicamente para o seu dia-a-dia. Pode até não ser para a gestão, mas para você profissional (...). Ainda que você não saia com nada formatado no momento de avaliação. Mas o fato de ter parado, pensado criticamente e coletivamente, eu acho que é um ganho” (sujeito d).

Acredita-se que uma forma sistemática de olhar a prática profissional sirva para o aperfeiçoamento do trabalho realizado e também para a produção de novos saberes, que vão sendo incorporados cotidianamente pelo profissional. Esses

conhecimentos vão implicando em novas tensões, reflexões e mudanças na forma de ser e de existir do serviço, num espaço que, sabe-se, não é livre de conflitos, interesses divergentes e disputas. Mas é neste solo que as profissões vão se construindo social e historicamente: através da ação concreta, mediatizada por trabalhadores, na relação direta com os usuários que trazem, também de forma concreta, problemáticas que requerem, cada vez mais, a ação crítica, consciente, ética e transformadora por parte dos profissionais. É nesta perspectiva que se entende a potencialidade intrínseca da avaliação.

O diálogo que aqui se buscou realizar entre pesquisadora, colegas assistentes sociais e estudiosos da área faz evidenciar que muito ainda se precisa caminhar rumo à efetivação de práticas avaliativas, mas muito já está construído, mesmo que não se traduza ainda em práticas concretas.

Os sentidos ético e democrático que motivam a realização de avaliações são elementos constitutivos do Projeto Ético e Político do Serviço Social. Talvez o que se interponha na relação entre avaliação e Serviço Social esteja relacionado a uma vertente da avaliação – tecnocrática, econométrica, controladora, autoritária – que, apesar de ainda hegemônica, não é absoluta nem exclusiva.

É preciso que, ao lado destas práticas tradicionais de avaliação, outras de caráter mais participativo e democrático estejam ganhando espaço. E isso, segundo se acredita, não se faz pelas vias da negação ou da recusa, mas pelos caminhos do enfrentamento e da superação, caminhos estes diariamente percorridos por muitos assistentes sociais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atual contexto em que se processa a efetivação das políticas sociais, impregnado pelos ditames da orientação neoliberal de minimização da intervenção do Estado na área social, favorece a proliferação de práticas avaliativas, o que vem ocorrendo mais acentuadamente desde a década de 1990.

Pensando neste cenário, no qual se inserem e se engendram as políticas sociais, o uso adequado do recurso público torna-se, cada vez mais, imperativo. Se, por um lado, existe uma preocupação ética com a transparência dos investimentos públicos, num cotidiano onde denúncias de corrupções e desvios de verbas parecem não mais escandalizar nem mesmo a opinião pública, por outro lado, existe uma preocupação de ordem econômica ligada à redução de investimentos, entendidos como gastos, nas políticas sociais.

Ora, se a necessidade primeira é o controle dos gastos através de avaliações centradas em custo, efetividade, eficácia, produtividade, metas e resultados, uma segunda necessidade, também urgente, porém mais negligenciada, é a avaliação que evidencie o *melhor* custo.

Neste sentido, exemplos de avaliações que se debruçam em informações de natureza quantitativa e que são complementadas com a incorporação de elementos qualitativos, aparecem como uma alternativa possível ao enfrentamento e superação da herança tradicional das avaliações de base funcionalista econométrica.

Na área dos serviços, a discussão sobre avaliação apresenta peculiaridades, uma vez que a lógica produtivista originária do setor industrial - por mais que se pretenda - não pode ser aplicada como tal. Em serviços de saúde, esta é uma discussão que ganha relevância dada a natureza desta esfera, cujo trabalho se processa na interação imediata entre profissionais, usuários, instituição, recursos (tecnológicos, humanos, materiais), condições sociais e ambientais e política.

A lógica da produtividade industrial não responde à forma como se estrutura o trabalho em saúde e, menos ainda, no que diz respeito ao trabalho do assistente social.

Evidenciar a “produtividade” da saúde já é algo complexo mas, ainda assim, pode-se dizer, em termos numéricos e de forma bastante genérica, que um bom serviço é aquele que realiza maior número de consultas, cirurgias, atendimentos, internações, etc. ao menor custo possível. Como falar então do Serviço Social? A autonomia (já relativa) do assistente social vem sendo enquadrada em planilhas de produtividade, onde os instrumentos de mensuração são pré-determinados por uma administração que consegue traduzir em números qual a produtividade esperada de uma atuação eficiente do Serviço Social.

Quantificar entrevistas, visitas domiciliares ou reuniões está longe de ser, por si só, uma informação significativa para a profissão. Acresce-se a isto, o fato de que a mera quantificação do trabalho não traduz a complexidade, muito menos a qualidade ou o compromisso ético do assistente social.

Falar de avaliação em saúde no âmbito do Serviço Social, implica em analisar não apenas a produtividade, os números, o quanto se gasta, a quantidade de consultas, entrevistas, reuniões realizadas. Dado o atual contexto e a natureza dos serviços, este tipo de avaliação parece ultrapassado e insuficiente. É importante que se ampliem olhar e interrogações para alcançar o cerne da questão, avançando-se da abordagem pontual com vistas à coletividade, recuperando os princípios de uma saúde pública, coletiva, direito de todos. A avaliação deve ser capaz de fazer emergir o valor dos serviços. E aqui não se trata do valor econômico, mas do valor social, que está diretamente associado à noção de utilidade social razão pela qual esses serviços possuem seu lugar na sociedade.

É nesta vertente que se buscou, neste estudo, apreender o(s) significado da avaliação do trabalho para os assistentes sociais do Serviço Social do HU-USP e compreender o lugar que a avaliação ocupa no cotidiano.

Por meio de pesquisa bibliográfica, pôde-se verificar que, do ponto de vista conceitual, a avaliação se situa num cenário polissêmico, com uma imensa gama de tipologias técnicas e metodológicas. Acredita-se que tal diversidade esteja relacionada aos diferentes usos, atores, mandatários e intencionalidades que compõem o universo da avaliação. Na pesquisa de campo, os sujeitos também fizeram referência a esta

questão, ao apresentarem seus entendimentos sobre o significado e objetivo da avaliação.

*A hipótese original norteadora desta pesquisa – para os sujeitos deste estudo, a avaliação ainda é concebida como um instrumento externo, utilizado para realizar julgamentos negativos, apontar erros, punir e expor o profissional. Por esse motivo, a avaliação do trabalho ocupa o lugar do não lugar – foi confirmada em todos os seus aspectos.*

De fato, a cultura autoritária que a avaliação assumiu a partir das práticas escolares é, ainda hoje, muito presente, se não determinante, no imaginário coletivo do grupo estudado. Com grande frequência a palavra medo esteve associada à avaliação nas falas dos sujeitos, o que nos permite afirmar que a herança autoritária, policialesca, fiscalizatória seja um entrave significativo à incorporação da avaliação como constitutiva do trabalho dos participantes da pesquisa.

Ao contrário do que se imaginou, o grupo manifestou grande interesse pela introdução da avaliação no cotidiano de trabalho, exemplificando como gostaria que fosse realizada, observando aspectos como periodicidade, sistemática, planejamento para a qualificação das ações desenvolvidas.

Outro ponto que chamou a atenção no diálogo do grupo foi a reflexão sobre os impactos decorrentes da não realização da avaliação. A ausência desta atividade pode estar contribuindo para a não uniformidade (dentro do limite do necessário institucional e profissional) das condutas, ao não direcionamento das ações e ao não planejamento do trabalho.

A avaliação compreendida como instrumento de análise da prática e de correlação dialética desta com a teoria, poderia favorecer um olhar mais aprofundado sobre as demandas “pontuais” e “individuais” atendidas pelo Serviço Social e pela instituição. Um olhar de totalidade, do entendimento das relações que se estabelecem necessariamente entre o micro/individual com o macrossocial/coletivo, seria possível livrar o usuário da condição de responsável por sua situação – visão que ainda é muito presente - , e compreendê-lo como alguém inserido em uma sociedade onde uma lógica

maior – a do sistema capitalista – o condiciona, determinando, muitas vezes, seu modo de existir e seu (não) acesso aos direitos sociais. Isso seria transcender do imediatismo das demandas pontuais para o entendimento das expressões da questão social que se manifestam concretamente na vida dos usuários que buscam o atendimento do Serviço Social.

Ao mesmo tempo em que a avaliação permite uma melhor análise da intervenção, possibilita o desvelamento do próprio trabalho. O rompimento com uma prática alienada e alienante implica também no resgate da dimensão teleológica do trabalho, com o que a avaliação poderia contribuir.

A temática da avaliação vem aos poucos ganhando espaço nas discussões entre assistentes sociais. Há uma crescente procura por cursos de capacitação e especialização nas áreas de administração e gestão pública, o que parece representar um avanço, a busca pela apropriação de conhecimentos e instrumentos de gestão e avaliação. Contudo, ainda se posta o desafio de estreitar os caminhos teóricos e práticos entre avaliação e Serviço Social.

A negação da temática da avaliação, ou mesmo a resistência à sua efetivação, não a torna desnecessária. Pelo contrário, agindo desta forma, os assistentes sociais se posicionam do lado de fora do processo de discussão e construção de desenhos metodológicos de práticas avaliativas, que correspondam aos referenciais teóricos e metodológicos que lhe são sustentação e ao projeto ético-político que lhe aponta a direção. Tal postura faz com que outras áreas do saber venham pensar e propor (ou impor) formas de avaliação (como o que vem acontecendo no que diz respeito às metas, estatísticas e produtividade pré-estabelecidas) que pouco retratam o trabalho realizado e menos ainda contribuem ao seu aperfeiçoamento.

O que se pretende é que, no lugar da avaliação ser assumida como mais uma obrigação burocrática, realizada dentro dos referenciais positivistas e tradicionais, que possa ser compreendida dentro de suas mais amplas dimensões, fundamentada em princípios éticos, democráticos, sob a ótica do direito e da justiça social.

Avaliar é mais que um momento de um processo, é uma cultura, uma forma de qualificar continuamente a ação, os processos de trabalho, a política que se executa. Refletir sobre a prática, avaliar o trabalho e a própria profissão pode ser um dos caminhos a oferecer pistas sobre qual o rumo está sendo tomado e onde se pretende chegar.

Se é frequente entre os assistentes sociais a sensação de que se trabalha muito e pouco se faz, isso talvez ocorra porque o resultado do trabalho não está sendo evidenciado nem mesmo para aquele que o executou.

A prática corrente do assistente social de apagar incêndios, de atuar sempre na emergência talvez careça de um repensar, de outra sistemática de ação. Mesmo para apagar incêndios é necessário técnica, critérios, planejamento e avaliação. Esta última, não se apresenta como a detentora de todas as respostas ou a solução para todos os problemas enfrentados pelos profissionais, mas pode se colocar como um óculos, um instrumento a serviço do profissional, cuja utilidade não existe por si só. Assim como o óculos que, isoladamente não possibilita a visão, a função da avaliação se dá a partir do sujeito que a utiliza. As intencionalidades do avaliador é que determinarão que tipo de “óculos” escolher. E é importante que se tenha claro que, dependendo do que se pretende enxergar, alguns óculos, mesmo que de boa qualidade, não são indicados, o mesmo ocorrendo com a avaliação. Não se fala de metodologia boa ou ruim, mas de adequada ou não ao objeto que se pretende avaliar.

Concluindo esta pesquisa, optou-se por recorrer às palavras de Terezinha Azerêdo Rios (1999:112) que tão bem sintetizam a temática aqui abordada:

*“Ver claro, para evitar os elementos que prejudicam nosso olhar, evitar as armadilhas que se acham instaladas em nós e em torno de nós, nas situações que vivenciamos.*

*Ver fundo, não se contentando com a superficialidade, com as aparências. A atitude crítica é uma atitude radical, não no sentido de ser extremista, mas de ir às raízes, buscar os fundamentos do que se investiga.*

*Ver largo*, na totalidade, o que implica procurar verificar o objeto no contexto no qual se insere, com os elementos que o determinam e os diversos ângulos sob os quais se apresenta. Temos o vício de julgar que nosso ângulo é, senão o único, pelo menos o melhor, quando consideramos a realidade.

Com humildade, devemos reconhecer que a contradição é uma característica fundamental do real. Ele se apresenta multifacetado e exige um esforço de abrangência para seu conhecimento. Um exercício de crítica *à moda da filosofia*, como costume dizer, caracteriza-se, além do mais, por olhar a realidade em busca de sua significação, de seu *sentido*.

Desde já podemos verificar que, num trabalho de avaliação, sua contribuição será no intuito de estabelecer um questionamento contínuo do que se avalia, procurando, revendo e ampliando seu significado”.

Que a avaliação, *econométrica* em seu aspecto predominante; *participativa* no tocante aos atores; *democrática* em seu sentido político; *ética* na direção do ideal possa sair dos gráficos estatísticos e alcançar os diferentes espaços da vida social.

Que esta avaliação seja incorporada pelo Serviço Social, que faça parte do cotidiano de trabalho dos assistentes sociais, que esteja presente na relação entre profissionais e usuários e que, sobretudo, se faça evidenciar através da adoção de políticas, programas e projetos que estejam, verdadeiramente, a serviço da equidade e da justiça social.

Que a avaliação permita recuperar o sentido de políticas e de ações profissionais, fazendo ressurgir, do interior destes, o seu valor.

Que a avaliação além de fazer emergir o valor de algo que se pretende avaliar, possa fazer emergir o seu próprio valor.

E que o valor da avaliação não se constitua na via da economia, mas no caminho ético e político da utilidade social.

É esta a avaliação que se acredita ter importância para a ação profissional.

É esta a avaliação que motivou a realização deste estudo.

É esta a avaliação que se pretende oferecer, como uma singela contribuição, àqueles que, assim como esta pesquisadora e como Terezinha Rios, procuram *ver mais claro para caminhar mais longe*.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. RICO, Elizabeth Melo (org.) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais – IEE, 1999. p. 29-39.
- BARREIRA, Maria Cecília Roxo N. & CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (orgs.) **Tendência e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC-SP, 2001.
- BAPTISTA, Myrian Veras, BATTINI, Odária. **A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento**. São Paulo: Veras Editora, 2009. Vol. I.
- BAPTISTA, Myrian Veras. **A investigação em Serviço Social**. São Paulo / Lisboa: Veras Editora / CPIHTS, 2006.
- \_\_\_\_\_. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. 2.ed. São Paulo, Lisboa: Veras Editora, CPIHTS, 2010
- BELLONI, Isaura, MAGALHÃES, Heitor de, SOUSA, Luzia Costa de. **Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas: uma experiência em educação profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2007. (Coleção Questões de Nossa Época, v.75).
- BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de Termos Técnicos da Assistência Social**. Belo Horizonte: ASCOM, 2007.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde, RAS**, vol. 3, nº 12 – Jul-Set, 2001, 21-28.
- BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel e SAINSAULIEU, Ivan. Les enjeux sociaux et politiques de l'évaluation. *In* : BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel e SAINSAULIEU (orgs). **Les défis de l'évaluation** en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod, 2007. p.1-7.
- BOUQUET, Brigitte. L'évaluation au regard de l'éthique. *In* : BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel e SAINSAULIEU (orgs). **Les défis de l'évaluation** en action sociale et médico-sociale. Paris: Dunod, 2007. p. 253-266.
- BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel et SAINSAULIEU, Ivan. **Les défis de l'évaluation** en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod, 2007.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm), acesso em 28 de julho de 2012.

- BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde (LOS)**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>.
- BRASIL. Lei 8662 de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf), acesso em 26 de setembro de 2011.
- BRASIL, **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**. 1986. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf), acesso em 23 de maio de 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo Saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2009. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.
- BROUSSELLE, Astrid ... [et al](orgs.) **Avaliação: conceitos e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. Tradução de Michel Colin.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa ... [et al] orgs. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Avaliação Participativa – uma escolha *metodológica* In RICO, Elizabeth Melo (org.) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais – IEE, 1999. p. 87-109.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e dá outras providências. Disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011\\_CFESS.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf), acesso em 24 de setembro de 2011.
- CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**, 2010, disponível em <http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf>, acesso em 26 de março de 2012.
- COHEN, Ernesto e FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(3):705-711, 2006, disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliando-institucionaliza-avaliacao\\_contandriopoulos.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliando-institucionaliza-avaliacao_contandriopoulos.pdf), acesso em 26 de março de 2012.

- DEMO, Pedro. **Mitologias da avaliação: como ignorar, em vez de enfrentar problemas.** Campinas-SP: Autores Associados, 1999. (coleção polêmicas do nosso tempo, v.68).
- DUARTE, Geraldo. **Dicionário de Administração.** 2. Ed. Fortaleza: Conselho Regional da Administração do Ceará – CRA/CE e Realce Editora e Indústria Gráfica Ltda., 2005.
- ERSP, Espace Régional de Santé Publique. **L’Evaluation en 9 Etapes - Document Pratique - Pour L’Evaluation des Actions Santé et Social,** 2 édition revue et corrigée. RHÔNE-ALPES: ERSP, 2008, disponível em [www.ersp.org](http://www.ersp.org), rubrique méthodologie/évaluation, acesso em 29 de junho de 2012.
- FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de Programas e Serviços. *In:* CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa... [et.al.] (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. (Saúde em Debate; v. 170) p.715-739.
- GADOTTI, Moacir. Prefácio do Livro DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa.** 4.ed. Campinas-SP: Autores Associados, 1994. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, v.25),
- GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. Avaliação de políticas sociais e cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. *In:* SILVA E SILVA, Maria Ozanira (org.) **Avaliação de Políticas e Programas Sociais:** teoria e prática. São Paulo: Veras Editora, 2001.
- GONÇALVES, Ernesto Lima (coord.). **O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea.** São Paulo, Pioneira, 1983.
- HARDY, Jean-Pierre. L’évaluation, seul mode de régulation soutenable dans le secteur social et médico-social. *In:* BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel e SAINSAULIEU (orgs). **Les défis de l’évaluation** en action sociale et médico-sociale. Paris: Dunod, 2007. p. 153-169.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo e VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria (orgs.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em Saúde. *In:* PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p50-55.
- HOUAISS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- HU-USP. **Memórias e Origens:** publicação comemorativa dos vinte anos do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP/CCS, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Hospital Universitário da USP.** São Paulo: Impressão SJS, s/ano.

- \_\_\_\_\_. **Memórias e Origens:** publicação comemorativa dos vinte anos do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP/CCS, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Plano de Integração do Serviço Social Médico no Hospital Universitário.** Serviço Social do HU-USP. Documento Interno, 1981.
- \_\_\_\_\_. **Propostas do Serviço Social Médico.** Serviço Social do HU-USP. Documento Interno, 1986.
- IAMAMOTO, Marilda Vilela. As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. *In* MOTA, Ana Elizabete (org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** São Paulo, Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006, p161-217.
- \_\_\_\_\_. **Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2009.
- JANVIER, Roland. L'Évaluation des les Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux. *In* BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel e SAINSAULIEU (orgs). **Les défis de l'évaluation** en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod, 2007. P133-152.
- LESAIN-DELABARRE, Jean-Marc. Problématiques de 'évaluation dans le champ médico-social. *In* BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel e SAINSAULIEU (orgs). **Les défis de l'évaluation** en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod, 2007. p. 57-72.
- LOBO, Thereza. Avaliação de processos e impactos em programas sociais – algumas questões para reflexão. *In* RICO, Elizabeth Melo (org.) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate.** 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais – IEE, 1999. P75-84.
- MEC. Ministério de Educação e Cultura. **Portal do Ministério.** Hospitais Universitários. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article), acesso em 26 de junho de 2012.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde e Cartografia do Trabalho Vivo** São Paulo: HUCITEC,2002. (Coleção Saúde em Debate).
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) **Avaliação por triangulação de métodos:** Abordagem de Programas Sociais. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
- OFFREDI, Claudine e RAVOUX, Françoise (orgs.). **La notion d'utilité sociale au defi de son indentité dans l'évaluation des politiques publiques.** Paris: L'Harmattan, 2010. (Collection La Librairie des Humanités).
- PAIM, Jairnilson. Planejamento em saúde para não especialistas *In* CAMPOS, Gastão,Wagner.Sousa [et al] (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, Hucitec, Fiocruz, 2006. (Saúde em Debate, 170)

- PEPE, Vera Lúcia Edais [et al.] A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. *In* **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n.5, Agosto, 2010. p. 2405-2414.
- PERRET, Bernard. L'évaluation, um nouveau mode de construction de l'action publique? *In* : BOUQUET, Brigitte, JAEGER, Marcel e SAINSAULIEU (orgs). **Les défis de l'évaluation** en action sociale et médico-sociale. Paris: Dunod, 2007. p. 29-39.
- PIRES, Denise Elvira. Precarização do Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 317-320.
- RIOS, Terezinha Azerêdo. Avaliar: ver mais claro para caminhar mais longe. *In* RICO, Elizabeth Melo (org.) **Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto de Estudos Especiais – IEE, 1999. p. 111-116.
- SAUL, Ana Maria. **Avaliação Emancipatória: desafios à teoria e à prática de avaliação e reformulação de currículo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, 2007, p. 29-41. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>, acesso em 20 de maio de 2012.
- SILVA, Maria Ozanira Silva e. (org.) **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática**. São Paulo: Veras Editora, 2001.
- TANAKA, Oswaldo Y. e MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer**. São Paulo: EDUSP, 2004.
- VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social; cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

## Anexo1 - FORMULÁRIO PARA ELABORAÇÃO DO PERFIL DOS ASSISTENTES SOCIAIS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO HU-USP

### I – Identificação (será resguardado o sigilo de tais informações)

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 3. Sexo ( ) feminino ( ) masculino
4. Estado civil: \_\_\_\_\_ 5. Religião: \_\_\_\_\_

### II – Formação Profissional

6. Instituição de Ensino Superior no qual se graduou em Serviço Social: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 7. Cidade: \_\_\_\_\_ 8. Ano: \_\_\_\_\_
9. Possui graduação em outra área? ( ) Não ( ) Sim (citar qual/quais) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
10. Realizou curso de atualização, aprimoramento, especialização ou pós-graduação? ( ) Não  
 ( ) Sim (citar qual/quais) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. Em algum momento de sua formação profissional (graduação em Serviço Social ou Pós-Graduação) algumas das temáticas abaixo estiveram presentes?
- a) gestão ( ) não ( ) Sim, na graduação ( ) Sim, na Pós-Graduação
- b) planejamento ( ) não ( ) Sim, na graduação ( ) Sim, na Pós-Graduação
- c) avaliação e monitoramento ( ) não ( ) Sim, na graduação ( ) Sim, na Pós-Graduação

### III -. Experiência Profissional (como Assistente social)

- a) Tempo de atuação na área da saúde \_\_\_\_\_
- b) Tempo de trabalho no HU-USP \_\_\_\_\_
- c) Áreas em que já trabalhou como Assistente social \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- d) Trabalha atualmente em outra instituição? ( ) não ( ) sim (citar área) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO)

## Anexo 2 - QUESTIONÁRIO PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS

### Instruções:

Sua participação é fundamental para que possamos coletar informações sobre a percepção dos Assistentes sociais a respeito da Avaliação no cotidiano de trabalho do Assistente social na área da saúde. Não há necessidade de identificar-se, uma vez que nossa atenção está centrada no conteúdo das informações. Não há qualquer intenção em realizar julgamento ou avaliação do participante com relação às respostas apresentadas. Desta forma, solicitamos que procure responder a este questionário sem fazer uso de outras fontes de informação (amigos, livros) e que reserve um período de 20 a 30 minutos para preenchê-lo da maneira mais completa possível e, caso necessite, utilize o verso das folhas.

**Agradecemos sua disponibilidade em participar deste estudo!**

1) Cite as cinco primeiras palavras que lhe vêm à cabeça quando se fala em “Avaliação”:

---

---

2) Em nossa vida passamos por diversos momentos em que somos avaliados, seja na família, na escola, no trabalho, nos relacionamentos ou no convívio social. Como você descreveria experiências deste tipo?

---

---

---

---

---

---

---

3) Da mesma forma como somos avaliados, somos também avaliadores. Cite o que considera importante para se realizar uma boa avaliação. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

4) Complete os quadros abaixo assinalando **uma** das alternativas para cada sentença:

Com relação ao seu trabalho no HU-USP nos últimos seis meses:	Sim	Um pouco	Não	Não sei
a) Parou para pensar sobre a forma como realiza seu trabalho				
b) Questionou-se sobre a qualidade do atendimento oferecido aos usuários				
c) Dispôs de tempo hábil para desenvolver suas atividades				
d) Sentiu-se satisfeito / realizado ao desenvolver seu trabalho				
A Avaliação das ações do Assistente social:				
	Concordo plenamente	Concordo parcialmente	Discordo	Não sei
É importante para o profissional				
É importante para a instituição				
É importante para o usuário				
Deve ser realizada <i>pela</i> direção do serviço				
Deve ser realizada <i>com</i> a direção do serviço				
Não é realizada porque existem outras prioridades para o Assistente social				
Serve apenas para fornecer números e quantificar o trabalho				
Pode contribuir para mudanças nas ações				
Pode ser utilizada no aprimoramento do trabalho				
Produz resultados a serem divulgados para usuários / instituição				
Produz resultados sigilosos, de divulgação apenas para o Serviço Social				
É uma prática difícil de ser incorporada no cotidiano de trabalho				
Deve ser realizada somente mediante solicitação da direção do serviço				
Pode ser realizada pelos próprios profissionais				
Deve ser realizada por um especialista "de fora" do serviço				

6) Gostaria de fazer algum comentário sobre a avaliação no contexto da ação profissional? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

## Anexo 3 - ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL

### Instruções:

A realização da pesquisa através da metodologia de Grupo Focal visa captar as diferentes concepções existentes sobre o objeto em estudo através da interação e discussão entre os sujeitos da pesquisa. Não há preocupação com as respostas dadas por de cada um dos participantes; pelo contrário, o que se objetiva com esta metodologia é compreender quais são e como se constroem as concepções, percepções e entendimentos sobre o objeto de estudo. Desta forma, solicita-se que os participantes procurem, na medida do possível, não falar concomitantemente, para que todos possam se ouvir e para que não haja prejuízo na transcrição do registro da discussão do grupo. A condução deste grupo focal será realizada pela pesquisadora e contará com o auxílio de um observador externo, que auxiliará no registro de observações e informações relevantes à compreensão do processo de construção coletiva. Será utilizado também o recurso de gravação de áudio, para posterior transcrição e análise do conteúdo. Solicita-se a todos os sujeitos desta pesquisa que participem expressando suas opiniões e fomentando uma proveitosa discussão. Caso algum dos sujeitos se sinta desconfortável durante o decorrer da sessão, que tem duração prevista de 1h30 a 2 horas, poderá retirar-se da sala de discussão.

- 1) Acredito que quando se realiza uma avaliação, busca-se...
- 2) Quando penso em avaliação, tenho receio de...
- 3) Comente a afirmação: “A avaliação é uma faca de dois gumes”.
- 4) Comente o que entende por avaliação
- 5) São resultados esperados para uma boa avaliação...
- 6) Se eu fosse avaliar o trabalho do Serviço Social no HU, começaria por...
- 7) Pensando no meu trabalho no HU, posso dizer que a avaliação...

## **Anexo 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM DIREÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**

1) Retomando a história do Serviço Social no Hospital Universitário:

- a. Quando o Serviço Social passou a compor o quadro de serviços do HU?
- b. Tem algum documento que institui o Serviço Social no HU?
- c. Como se organizava o Serviço Social (denominação, organograma, hierarquia interna, metodologia de trabalho, local de trabalho, etc)?
- d. O que era esperado institucionalmente do Serviço Social? À quais demandas o Serviço Social foi chamado a responder?
- e. Cite momentos que considera marcantes positiva e/ou negativamente no decorrer destes 30 anos de Serviço Social no HU.

2) Analisando o Serviço Social do HU atualmente:

- a. O que mudou no Serviço Social (organograma, hierarquia, demandas, quadro de funcionários, etc.)?
- b. Qual o papel do Serviço Social na instituição atualmente?
- c. Como o Serviço Social se organiza para responder às demandas?
- d. É realizada alguma forma de avaliação do trabalho do Assistente social e/ou do Serviço Social?
- e. Que instrumentos o Serviço Social utiliza para a avaliação?

3) Em sua opinião, o que significa avaliação de trabalho? Qual a importância da avaliação?

4) No trabalho do Assistente social, encontra instrumentos utilizados para avaliação do trabalho? Qual(is)?

5) Gostaria de fazer algum comentário sobre a avaliação no contexto da ação profissional?

(AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO)

## **Anexo 5 -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO DA PESQUISA:** Avaliação da Prática e a Prática da Avaliação: Desafios ao Serviço Social na Saúde.

**OBJETIVOS DA PESQUISA:** Esta pesquisa tem como objetivo principal: apreender o(s) significado de avaliação do trabalho para os Assistentes sociais do Serviço Social do HU-USP e compreender o lugar que a avaliação ocupa no cotidiano de trabalho. Como objetivos específicos: a) Caracterizar o Serviço Social do HU, apresentando sua equipe e o trabalho que desenvolve; b) Verificar quais práticas de avaliação estão sendo desenvolvidas e/ou demandadas ao Serviço Social do HU-USP; c) Discutir as tendências da avaliação na área da saúde.

**METODOLOGIA:** Esta pesquisa terá por eixos principais: a) pesquisa documental e bibliográfica e b) pesquisa de campo. Esta última será realizada no HU-USP, local escolhido de forma intencional por se configurar no espaço institucional de atuação profissional da pesquisadora. Serão sujeitos deste estudo os Assistentes sociais do Serviço Social do HU-USP. Não se prevê critérios de exclusão. Os Assistentes sociais serão convidados a participar da pesquisa de forma voluntária e espontânea, tendo assegurado seu anonimato e preservado os aspectos éticos. Para a realização da pesquisa se campo, serão utilizados os seguintes instrumentais: *i*) formulário para identificação do perfil da equipe do Serviço Social; *ii*) entrevista semi-estruturada com a Assistente social responsável pela direção do Serviço Social; *iii*) questionário a ser aplicado aos Assistentes sociais sobre a temática em investigação; *iv*) grupo focal a ser realizado com os Assistentes sociais, através de um roteiro semi-estruturado, buscando discutir coletivamente a temática. Concluída a pesquisa de campo, os dados coletados através dos diferentes instrumentos serão organizados e analisados. As categorias analíticas serão elaboradas *à posteriori*, mediante as reflexões que emergirem da aplicação do questionário e do grupo focal, em particular. A interpretação dos resultados se dará à luz do referencial dialético-marxista.

**BENEFÍCIOS:** Os benefícios previstos neste estudo referem-se à possibilidade de aperfeiçoamento da prática profissional dos sujeitos da pesquisa motivada pela reflexão sobre sua práxis. Não estão previstos outros benefícios ou favorecimentos direcionados aos participantes desta pesquisa.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Em conformidade com os princípios éticos, os sujeitos desta pesquisa têm a liberdade de consentir ou não em participar, bem como de interromper sua participação em qualquer momento da realização da pesquisa, sem qualquer penalidade ou prejuízo. É assegurado o acesso, a qualquer tempo, a informações sobre a metodologia de pesquisa, riscos, benefícios esperados e esclarecimento de eventuais dúvidas. É assegurado também aos participantes o anonimato e o sigilo na análise dos dados coletados.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO:** A participação como sujeito desta pesquisa não prevê custos, motivo pelo qual também não há previsão de qualquer forma de ressarcimento.

**DURAÇÃO:** Esta pesquisa terá duração de no máximo 10 dias após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / HU-USP.

**IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Mariangela Belfiore Wanderley – Orientadora, docente do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Contatos: Rua Ministro

Godói, 969, Perdizes – São Paulo – SP, fone: (11) 3670-8512; Nancy Mieko Igarashi – pesquisadora, mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP. Contatos: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565- 2º andar, Serviço Social, Cidade Universitária, São Paulo-SP, fone: (11) 7999-4604 e-mail: [nancymieko@hu.usp.br](mailto:nancymieko@hu.usp.br)

**IDENTIFICAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP – HU - USP:** Av. Prof. Lineu Prestes, 2565, Cidade Universitária CEP 05508-000 – São Paulo – SP, Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452. E-mail: [cep@hu.usp.br](mailto:cep@hu.usp.br).

---

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do sujeito da pesquisa)

\_\_\_\_\_  
Nancy Mieko Igarashi

(pesquisadora)

## ANEXO 6 – TIPOLOGIAS DE AVALIAÇÃO

Critérios	Momento: Quando realizar a Avaliação?
<b>Ex ante (antes):</b>	realizada ao se iniciar a elaboração do programa/projeto para subsidiar a decisão quanto a sua implementação. Verifica a pertinência, viabilidade, eficácia, coerência interna, rentabilidade econômica das ações em relação aos objetivos propostos. São exemplos: análise custo-benefício, análise custo-efetividade <sup>1,2</sup>
<b>Durante</b>	(também denominada de gestão, contínua, concorrente, monitoração ou concomitante): realizada no decorrer da execução do programa, levanta informações sobre seu andamento, ponderando resultados com o objetivo de avaliar mudanças situacionais, verificar cumprimento do programa conforme o que foi estabelecido inicialmente para subsidiar possíveis alterações. Exemplo: avaliação de processos <sup>1</sup> .
<b>Ex post (depois):</b>	realizada durante ou após a execução do projeto, buscando obter elementos para fundamentar decisões sobre a continuidade ou não do programa e sobre a manutenção ou não de sua proposta original. Avalia eficiência, efeitos e impactos. Exemplo: avaliação de processo (quando realizada durante), avaliação de impacto (quando realizada ao término do programa) <sup>1,2</sup> .
Tempo: Avaliar à partir de qual tempo?	
<b>Retrospectiva:</b>	analisa o desempenho de um programa já realizado, implementado no passado. Olha para trás e busca aprender com experiências já executadas <sup>1</sup> .
<b>Prospectiva:</b>	indica como poderá ser, em termos de probabilidade, o desempenho do programa no futuro. É um olhar prospectivo que projeta no futuro o que se objetiva com o programa <sup>1</sup> .
<b>Formativa:</b>	realizada durante o processo de implementação do programa. É o olhar sobre o que está sendo implementado no momento mesmo de sua execução <sup>1</sup> .
<b>Contínua:</b>	envolve avaliações formativa e retrospectiva. Analisa o que está sendo desenvolvido no momento presente elaborando reflexões a partir de experiências anteriores, buscando um acompanhamento contínuo do programa, corrigindo falhas já evidenciadas em programas implantados <sup>1</sup> .
<b>Integrativa:</b>	ocorre em dois momentos distintos do programa: antes e depois de sua execução <sup>1</sup> .
Avaliador: Quem avalia?	
<b>Avaliação externa:</b>	realizada por pessoas que não integram o quadro da instituição executora do programa. Supostamente são especialistas com experiência e conhecimento de metodologia de avaliação. Pode apresentar o inconveniente de os avaliadores não dominarem satisfatoriamente a realidade e as especificidades do programa, o que pode interferir no resultado da avaliação <sup>1,2</sup>
<b>Avaliação interna:</b>	realizada por pessoas que fazem parte da instituição executora do programa. Pode favorecer a realização da avaliação por dois motivos: a) conhecimento

	prévio da realidade institucional, do programa e dos membros das equipes; b) possibilidade de menor resistência e maior colaboração por parte da equipe. Porém, pode apresentar o inconveniente de menor objetividade face ao envolvimento e à identificação entre o avaliador e o avaliado <sup>1,2</sup> .
<b>Avaliação mista:</b>	procura combinar a avaliação externa com a interna, visando superar limitações e preservando as vantagens de ambas. Pode ser também combinada com a auto-avaliação realizada por pessoas envolvidas diretamente na execução do programa <sup>1,2</sup> .
<b>Avaliação participativa:</b>	direcionada para minimizar a distância entre avaliadores e beneficiários. Por ser um tipo de avaliação que requer a participação da comunidade em todo o processo da avaliação (planejamento, programação, execução, operação e avaliação), é utilizada, particularmente, em pequenos projetos <sup>1,2</sup> .
<b>Destinatário ou demandatário: Para quem se avalia?</b>	
<b>Dirigentes superiores</b>	(legisladores, executivos locais, políticos, diretores): definem as políticas e estabelecem as prioridades entre os projetos de acordo com os objetivos da instituição ou com os grandes objetivos das políticas. Comumente orientados pela lógica política, centram-se mais nas demandas que nas necessidades, sendo sensíveis a pressões de grupos que se organizam para defender seus interesses <sup>1,2</sup> .
<b>Administradores</b>	(gestores, financiadores): são responsáveis pela distribuição dos recursos para a concretização dos objetivos estabelecidos. Devem ter a preocupação de otimizar a relação insumo-produto. São orientados por uma racionalidade baseada nos procedimentos, na aplicação de normas e na competência legal <sup>1,2</sup> .
<b>Técnicos</b>	(planejadores, executores, avaliadores): responsáveis pela execução do programa, devem centra-se em aspectos operativos, orientados pela lógica dos fins/resultados, traduzindo os modelos para a prática <sup>1,2</sup> .
<b>Usuários do programa</b>	(beneficiários, grupos de pressão, movimentos sociais): responsáveis pela transformação de problemas em demandas sociais que integrarão ou não as agendas públicas, sendo orientados pela lógica das necessidades e dos resultados <sup>1,2</sup> .
<b>Função: Para que realizar a avaliação?</b>	
<b>Avaliação Somativa:</b>	realizada após o término do programa e tem por finalidade prestar contas a uma audiência externa (órgão financiador) ou gestor. Destinada a tomada de decisão sobre determinado programa com base em uma visão global: encerrá-lo, mantê-lo, expandi-lo. Para isso, mostra-se relevantes informações sobre custos e resultados <sup>3,4</sup> .
<b>Avaliação formativa:</b>	realizada durante a implementação de um programa e tem por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo. Objetiva o aperfeiçoamento de um dado programa, diagnosticando suas fragilidades e vulnerabilidades. Neste tipo de avaliação os trabalhadores diretos e gestores mais próximos, além de outros grupos de interesse, devem estar envolvidos de modo que garanta sua participação na superação dos problemas identificados <sup>3,4</sup> .

<b>Objetos: O que avaliar?</b>	
<b>Estrutura:</b>	avalia todos os tipos de recursos utilizados na execução do programa: equipe (RH), recursos materiais, organizacionais <sup>3</sup> .
<b>Processo:</b>	avalia tudo o que medeia a relação profissional-usuário <sup>3</sup> .
<b>Resultado:</b>	está relacionado tanto com o produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto com a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população <sup>3</sup> .
<b>Qual nível do programa avaliar?</b>	
<b>Ações:</b>	diz respeito às ações desenvolvidas pelos agentes / profissionais individualmente <sup>3</sup> .
<b>Serviços:</b>	corresponde a um grau de maior complexidade de organização das ações onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, coordenadas ou não, voltadas para uma população alvo e para um problema determinado <sup>3</sup> .
<b>Estabelecimento:</b>	corresponde a unidades institucionais que compreendem diferentes níveis de complexidade, onde serviços são desenvolvidos por meio de ações <sup>3</sup> .
<b>Sistema:</b>	seria o nível mais complexo da organização das práticas. Compreende os níveis do Estabelecimento, Serviços e Ações, podendo congrega diversos estabelecimentos e suas coordenações. Exemplo: avaliação do Sistema de Saúde em nível municipal, estadual ou federal <sup>3</sup> .
<b>Disponibilidade do programa</b>	
<b>Cobertura:</b>	mede a proporção da população que se beneficia do programa ou intervenção. Pode ser pensada em relação a intervenções de diversos tipos. Responde à pergunta: Em que medida os recursos existentes são suficientes para atender a população-alvo? <sup>3</sup>
<b>Acessibilidade:</b>	é a relação entre os recursos e os obstáculos postos ao acesso dos recursos. Esses obstáculos podem ser geográficos (distância, transporte), organizacionais (meio para ser admitido, fluxos internos, filas, senhas, tempo de espera injustificável) e econômicos (falta de recursos materiais por parte do demandatário), dentre outros <sup>3</sup> .
<b>Equidade:</b>	usada no sentido que lhe é dado no âmbito judiciário, qual seja, tratar desigualmente os desiguais e priorizar para as intervenções grupos sociais com maiores necessidades <sup>3</sup> .
<b>Mérito: Por que Avaliar?</b>	
<b>Ordem moral:</b>	se refere à exigência de probidade dos gestores na gestão do programa e, dos usuários na apropriação dos benefícios <sup>1</sup> .
<b>Ordem política:</b>	se refere a verificação dos propósitos da política ou programa em relação aos princípios de justiça minimamente aceitos bem como a possibilidade de as avaliações contribuírem para o controle social dos programas sociais e servirem de instrumento de pressão social sobre o Estado <sup>1</sup> .
<b>Ordem instrumental:</b>	se relaciona com a geração de informações para monitorar o programa <sup>1</sup> .
<b>Ordem técnica:</b>	refere-se à possibilidade de a avaliação contribuir para clarificação do problema social que motivou o programa, tendo em vista a construção de um referencial

	comum; para a sistematização da prática em desenvolvimento; para correção, melhoria e avanço técnico do programa para melhor servir à população alvo e para identificação de resultados e impactos <sup>1</sup> .
<b>Ordem econômica:</b>	tem em vista a racionalização e melhor aplicação de recursos <sup>1</sup> .
<b>Metodologia: Como avaliar?</b>	
<b>Abordagem quantitativa:</b>	procura medir o impacto ou efeito do programa com relação ao que foi previamente estabelecido. Baseada no positivismo, considera a realidade como algo regulado por leis naturais e, sendo assim, é passível de ser mensurável através do uso de ferramentas estatísticas. São exemplos: análise de cobertura, concentração, eficiência, acesso, custo <sup>5</sup> .
<b>Abordagem qualitativa:</b>	busca compreender as relações, as visões e o julgamento dos diferentes atores sobre o programa do qual participam, entendendo que suas vivências e reações fazem parte da construção da intervenção e de seus resultados. Fundamenta-se nas ciências sociais e atua levando em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores <sup>5</sup> .
<b>Avaliação de custos</b>	
<b>Avaliação da Eficiência:</b>	tem por objetivo reestruturar a ação para obter, ao menor custo e ao menor esforço, melhores resultados. Deve ser necessariamente crítica, estabelecendo juízos de valor sobre o desempenho e os resultados que o mesmo propicia <sup>6,7</sup> .
<b>Avaliação da Eficácia:</b>	é analisada a partir do estudo da adequação da ação para o alcance dos objetivos e das metas previstos no planejamento e do grau em que os mesmos foram alcançados <sup>6,7</sup> .
<b>Avaliação da Efetividade:</b>	diz respeito, mais propriamente, ao estudo de impacto do planejado sobre a situação, à adequação dos objetivos definidos para o atendimento da problemática objeto da intervenção, ou melhor, ao estudo dos efeitos da ação sobre a questão objeto do planejamento <sup>6,7</sup> .

<sup>1</sup> SILVA, 2001; <sup>2</sup> COHEN & FRANCO, 2008; <sup>3</sup> HARTZ, 2005; <sup>4</sup> FURTADO, 2006;

<sup>5</sup> MINAYO, 2010; <sup>6</sup> BAPTISTA, 2010; <sup>7</sup> BARREIRA & CARVALHO, 2001.

(Quadro elaborado pela autora a partir das referências acima citadas)

**ANEXO 7 - MANUAL DE INDICADORES DO HC - FMUSP**





**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO 2008**

*Governador do Estado de São Paulo* José Serra  
*Secretário de Estado da Saúde* Luiz Roberto Barradas Barata



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

*Presidente do Conselho Deliberativo* Marcos Boulos  
*Vice-Presidente* Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho  
*Superintendente* José Manoel de Camargo Teixeira  
*Chefe de Gabinete* Haino Burmeister

**COORDENADORIA DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO SOCIAL HCFMUSP**

*Coordenadora*  
 Maria Luiza Granado – Instituto da Criança

*Membros*

Arlene Camargo de Melo Salimene – *Divisão de Medicina de Reabilitação*  
 Bárbara Regina Firmino – *Hospital Estadual de Sepetiba*  
 Filomena Póli Paum – *Hospital Auxiliar de Colômbia* (até dez/2007)  
 Maria José Faro Forte – *Instituto da Criança* (até nov. 2007)  
 Márcia Pinto de Fonseca Habrão – *Instituto de Psiquiatria*  
 Maria Teresa Di Sessa Pandolfo Queiroga Ribeiro – *Instituto Central*  
 Mildred Pitman Castro – *Casa da AIDS*  
 Rosângela Suarti Reis – *Instituto de Ortopedia e Traumatologia*  
 Sandra Yuriko Bin Dias – *Hospital Auxiliar de Suçano*  
 Silvana C.L. Bianchi – *Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores*

**EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO MANUAL**

*Coordenação*  
 Maria José Faro Forte – *Instituto da Criança*  
 Rosângela Suarti Reis – *Instituto de Ortopedia e Traumatologia*

*Participantes do grupo*

Ana Maria dos Santos Costa / Elaine Fonseca Amara da Silva / Maria Luiza Granado – *Instituto da Criança*  
 Bárbara Regina Firmino – *Hospital Estadual Sepetiba*  
 Filomena Póli Paum – *Hospital Auxiliar de Colômbia*  
 Helyely Gonçalves da Silva / Márcia Pinto de Fonseca Habrão – *Instituto de Psiquiatria*  
 Maria Thierza Valente – *Instituto da Criança*  
 Maria Teresa Di Sessa Pandolfo Queiroga Ribeiro / Teresa Kiyoko Guaji Hirata – *Instituto Central*  
 Rose Mary Alves Maciel – *Divisão de Medicina de Reabilitação*  
 Sandra Yuriko Bin Dias – *Hospital Auxiliar de Suçano*  
 Susan Mariselaid Gasparini – *Casa da AIDS*  
 Vera Lucia Frazão de Souza – *Instituto de Ortopedia e Traumatologia*

## ÍNDICE

EDITORIAL .....	4
APRESENTAÇÃO .....	5
INTRODUÇÃO .....	7
Capítulo I – INDICADORES COMO FERRAMENTAS DE GESTÃO .....	9
Capítulo II - INDICADORES EM SERVIÇO SOCIAL .....	12
1. Índice de atendimento do Serviço Social em internação .....	12
2. Índice de atendimento do Serviço Social em ambulatório .....	13
3. Índice de atendimento do Serviço Social em Pronto Socorro .....	14
4. Índice de ocupação de leito por motivo social .....	15
5. Índice de resolutividade social .....	16
6. Índice de treinamento/desenvolvimento de profissionais do Serviço Social .....	17
7. Índice de horas de assistente social para:	
a) assistência .....	18
b) ensino .....	19
c) pesquisa .....	20
d) atividades técnico-administrativas .....	21
8. Índice de atendimento do Serviço Social por motivo .....	22
9. Índice de atendimento do Serviço Social por complexidade .....	23
10. Índice de atendimento do Serviço Social por categoria de intervenção .....	24

### AGRADECIMENTO

A todos os profissionais de Serviço Social do HCFMUSP pelo empenho e colaboração

À Superintendência do HCFMUSP pelo apoio na publicação.

Ao Núcleo de Planejamento e Gestão do HCFMUSP pela assessoria.

A todos que, de forma direta ou indireta, vêm contribuindo com as Unidades de Serviço Social do HCFMUSP.

## EDITORIAL

As instituições de saúde estão progressivamente atingindo sua maturidade administrativa incorporando a profissionalização de seus dirigentes e se preocupando mais e mais com seus resultados.

A prestação de serviços de saúde é atividade essencial e de interesse público, independentemente de quem prestar o serviço ser do setor público ou privado.

A prestação de serviços de saúde vincula-se a políticas de Estado e não apenas a decisões e vontade de governos.

Essa realidade emergente na área da saúde exige novas posturas das categorias profissionais que atuam nesse segmento.

A preocupação dos gestores, até então mais centrada na eficiência, deve ser deslocada para a eficácia e para a efetividade, ou seja, não é somente com a utilização dos recursos que teremos com que nos preocupar, mas também se estamos atingindo nossos objetivos por meio dos resultados alcançados e, finalmente, qual o impacto que esses resultados estão determinando na melhoria das condições de saúde da população.

A busca da excelência e da qualidade dos serviços prestados passa a ser exigência e imperativo para os gestores de unidades e serviços de saúde.

A adoção de novas práticas, de novos paradigmas referenciais para os serviços de saúde, exige ferramentas adequadas de acompanhamento e de aferição.

O planejamento estratégico, o controle e a avaliação permanente e continuada dos serviços prestados, permitem que se tenha noção exata das atividades realizadas através de medições baseadas em indicadores previamente definidos por consenso entre os pares.

Esses indicadores passam a ser importantes sinalizadores da evolução das atividades dos serviços tanto pelo acompanhamento de sua série histórica, mas também por serem fundamentais para a comparação dentro serviços de um mesmo hospital ou de hospitais diversos, estabelecendo-se assim a possibilidade de se aprimorar e evoluir.

É com satisfação que cumprimentamos a Coordenadoria das Atividades do Serviço Social do Hospital das Clínicas da FMUSP por mais essa iniciativa na criação desse Manual de Indicadores que, sem dúvidas, será mais um rico referencial das atividades desses serviços na realidade de saúde do nosso País.

*José Manoel de Camargo Teixeira*

## APRESENTAÇÃO

A Coordenadoria das Atividades do Serviço Social - CASS -, foi criada por portaria da Superintendência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP, em 01/06/1976, com a denominação de Comissão de Coordenação do Serviço Social, para promover o entrosamento sistemático entre o Serviço Social dos Institutos, Hospitais Auxiliares e demais Unidades de Saúde que compõem o HC. Tem por objetivo coordenar e implementar uma política de assistência, ensino, pesquisa e de administração de pessoal comum ao Serviço Social do Hospital!.

Este órgão é diretamente subordinado à Superintendência do HC e atua em consonância com as diretrizes institucionais. É constituído pelos Diretores do Serviço Social dos Institutos e por Assistentes Sociais Chefes dos Hospitais Auxiliares e das Unidades de Saúde do Hospital das Clínicas, ou seja:

- Casa da AIDS
- Divisão de Medicina de Reabilitação - DMR
- Hospital Auxiliar de Gotoxó - HAC
- Hospital Auxiliar de Suzano - HAS
- Hospital Estadual de Sapopemba - HESAP
- Instituto Central - ICHC
- Instituto da Criança - ICr
- Instituto de Ortopedia e Traumatologia - IOT
- Instituto de Psiquiatria - IPq
- Instituto do Coração - InCor
- Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores - SAMSS

Com o propósito de avaliar sistematicamente o resultado de suas ações e melhorar a qualidade de seus processos de trabalho, a CASS sentiu a necessidade de criar um instrumento de apoio à gestão de Serviço Social que gerasse conhecimento, controle, racionalização e que demonstrasse os resultados efetivos de sua prática na Instituição.

Dessa preocupação, surgiram, na CASS, debates referentes à importância de se construir Indicadores de Serviço Social em serviços de saúde, passíveis de comparação entre os serviços desta Instituição e no âmbito extra-institucional. Criou-se então, um grupo de trabalho, que inicialmente elaborou e elegeu os indicadores mais relevantes e que retratassem a realidade do Serviço Social. Após essa seleção, o grupo estabeleceu, conforme padrão da Instituição, as fórmulas dos cálculos a serem utilizadas e as variáveis necessárias para a sua aplicação e abrangência.

É importante reconhecer o trabalho e empenho deste grupo, no maior Hospital da América Latina, em definir os indicadores, que vêm padronizar a coleta de dados, analisar e adequar a estatística e medir a produção quantitativa e qualitativa dos atendimentos do Serviço Social de cada Instituto do HC-FMUSP.

A CASS contou com o apoio da alta direção do Hospital das Clínicas, instituição de renome nacional e internacional no cumprimento da proposta de Assistência, Ensino e

Pesquisa, na pessoa do seu Superintendente, Prof. Dr. José Manoel de Camargo Teixeira, que possibilitou o lançamento do “Manual de Indicadores do Serviço Social para Serviços de Saúde”.

Como instrumento sistematizado, este Manual, tem contribuído para a gestão do Serviço Social do Hospital das Clínicas HC-FMUSP, e poderá contribuir também para outros serviços de saúde.

Maria Luíza Granado  
*Coordenadora*  
*Coordenadoria das Atividades do Serviço Social - C.ASS*

#### Referências:

1. CASS. Regimento interno. Revisto e aprovado em maio de 2007. São Paulo: 2007.
2. Os avanços da tecnologia da informação nos estabelecimentos de saúde. Revista Hospitais Brasil. 2004, 2(9): 9.

## INTRODUÇÃO

*Maria José Paro Forte*

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP – HCFMUSP – é uma autarquia estadual vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à Faculdade de Medicina da USP para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde de alta complexidade destinados à comunidade.

A missão-visão do HCFMUSP é “ser instituição de excelência reconhecida nacional e internacionalmente em ensino, pesquisa e atenção à saúde”, sendo seus valores básicos: ética, humanismo, responsabilidade social, pluralismo, pioneirismo e compromisso institucional<sup>1</sup>.

Para a prestação de serviços médicos-hospitalares de forma ética, criteriosa, dedicada, valorizando o paciente e familiares, conta com a atuação de profissionais da área da saúde, entre eles o assistente social.

O assistente social, definido pelo Conselho Nacional de Saúde como profissional da saúde, participa ativamente nas equipes de saúde nos diferentes níveis de serviços: atenção primária, secundária e terciária, desenvolvendo ações de formulação, planejamento, implementação e implantação de políticas e programas sociais, com vistas à ampliação, expansão e garantia da fruição da cidadania.

O assistente social é o profissional especializado na abordagem das questões psicossociais, econômicas e culturais apresentadas pela clientela, numa ação cooperativa e complementar à equipe de saúde.

No HCFMUSP, o Serviço Social integra as equipes multiprofissionais em todas as suas unidades hospitalares. Cada uma das unidades hospitalares conta com uma direção executiva própria. O Serviço Social, seguindo a mesma linha administrativa estabelecida para o HC, também conta com administração própria em cada uma das unidades hospitalares, as quais, em consonância com as diretrizes estabelecidas para o HCFMUSP, vêm trabalhando para o aperfeiçoamento da gestão do Serviço Social buscando conexões relacionadas a gestão de pessoas e processos, desenho e acompanhamento de indicadores, diagnóstico e planejamento organizacional, de forma a desenvolver competência de gerenciar equipe e de elaborar projetos que resultem em produtos ou serviços que agreguem valores à instituição e à sociedade.

Como informação é instrumento de apoio à gestão administrativa e aos processos assistenciais, uma das diretrizes definida para o HCFMUSP é: Consolidar processo decisório baseado em informações e indicadores de desempenho padronizados, em informações comparativas e na avaliação permanente dos resultados.

Os indicadores são instrumentos gerenciais que possibilitam a análise crítica do desempenho do serviço (ou dos processos da organização), para a tomada de decisão e para o replanejamento, guiando as ações gerenciais e de liderança, de forma contínua.

<sup>1</sup> Para maiores informações, consultar o site: [www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br)

## Capítulo I

# INDICADORES COMO FERRAMENTAS DE GESTÃO

*Nancy Val y Val Peres da Mota*

Segundo a ANVISA<sup>1</sup>, os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, permitindo aos gestores a intervenção imediata nas oportunidades de melhoria.

As lideranças de Serviço Social das diferentes unidades hospitalares do HC, côncios de suas responsabilidades de gestão, optaram por trabalhar, em conjunto, na construção de indicadores que pudessem ser utilizados em todas as unidades, sempre considerando as respectivas especificidades. O Serviço Social de cada uma das unidades hospitalares já contava com dados estatísticos colhidos segundo metodologia diversificada e mesmo com alguns indicadores já estabelecidos e implantados. A opção, com vistas inclusive a comparações entre as diferentes unidades hospitalares, foi por adotar indicadores comuns, estabelecidos segundo metodologia adequada.

Neste sentido, o trabalho foi intensamente desenvolvido por um grupo constituído, sob a coordenação da CASS, por representantes do Serviço Social das diversas unidades hospitalares do HC, que em reuniões específicas para discussão dos Indicadores, chegou a um consenso. Com a assessoria do Núcleo de Planejamento e Gestão do HC, na pessoa da Dra. Nancy Val y Val Peres da Mota, o processo culminou na seleção dos indicadores apresentados neste Manual.

Acreditamos que os indicadores em Serviço Social, estabelecido pelos assistentes sociais dos diferentes institutos/hospitais que compõem o Hospital das Clínicas frente às novas demandas estabelecidas para a gestão dos serviços, em muito podem contribuir com profissionais de Serviço Social de diferentes serviços de saúde do país. Trata-se de um primeiro ensaio, sujeito a transformações, aberto a contribuições, tanto internas quanto externas, as quais serão muito bem-vindas.

### Referências:

1. Avaliação em serviços de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/avalia/indicadores> (acesso em 07 de janeiro de 2008).

Este texto se propõe a dar uma introdução ao tema e estimular a curiosidade sobre indicadores, para que os leitores e usuários deste manual aproveitem melhor o conteúdo dos capítulos seguintes referentes especificamente a indicadores utilizados pelo Serviço Social.

Cada vez mais, nas organizações, observamos que não adianta só dizer que fizemos muito, trabalhamos 10 a 12 horas por dia, que somos um número pequeno de profissionais para atender a demanda que se apresenta, se na hora de sermos cobrados por resultados, não conseguimos evidenciar à direção da Instituição tudo o que foi feito. Não bastam números absolutos de atendimento, número de profissionais nas escalas de plantão, ou até mesmo um caso de atendimento de sucesso!

É necessária uma linguagem comum que permita o entendimento do trabalho desenvolvido, para que sejam tomadas decisões baseadas em fatos e desencadeados planos de ação. Para tanto precisamos falar da transformação de um simples dado, colhido no momento do atendimento ao paciente, em conhecimento a ser utilizado pelos gestores do hospital para a melhoria da assistência.

### O que são indicadores?

Para o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde – PNGS<sup>1</sup> –, “indicadores, ou indicadores de desempenho compreendem os dados que quantificam as entradas (recursos ou insumos), os processos, as saídas (produtos), o desempenho de fornecedores e a satisfação das partes interessadas”. É a relação matemática que mede, numericamente, processos e resultados e que permite compará-los com metas pré-estabelecidas. Os indicadores são representados por uma relação, constituída por um numerador e um denominador, expressando a razão entre duas grandezas numéricas. São os sinais vitais da organização, que permitem identificar se o que foi planejado está sendo cumprido, o que está sendo feito e se os resultados estão sendo atingidos.

### O que seria um bom indicador para ser utilizado?

O indicador deve ter algumas características que facilitarão sua utilização ao longo do tempo. São elas:

- simplicidade: quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador, menos distorções apresentará;
- inteligibilidade: deve ser de fácil entendimento aos usuários e às pessoas que irão analisar o mesmo;

- rastreabilidade: é necessário o conhecimento e controle de suas variáveis;
- estabilidade: seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo, não permitindo mudanças aleatórias;
- especificidade: capta eventos bem definidos, facilitando a reprodução do modelo em outras organizações;
- sensibilidade: capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;
- validade: pressupõe medir com fidelidade o evento observado;
- objetividade: não depender da interpretação do observador;
- baixo custo de obtenção: buscar dados em relatórios existentes na instituição, evitando a criação de novos instrumentos de coleta de dados e a construção de sofisticados e complicados modelos de obtenção e tratamento de dados.

### Por que medir?

- para podermos conhecer a real situação do serviço a partir de medidas objetivas; para analisar e eliminar deficiências do serviço a partir de um diagnóstico da organização;
- para comunicar com exatidão o que se espera das pessoas que trabalham na organização (se não dissermos qual é a expectativa de desempenho que o hospital tem para cada funcionário, como será possível este contribuir para alcançar os objetivos comuns?);
- para fornecer retorno a um setor ou serviço, comparando o desempenho com o padrão esperado;
- para recompensar o desempenho;
- para tomar e apoiar decisões em recursos, planos, políticas, esquemas e estruturas.

O sistema de informação de uma organização tem início na coleta dos dados a partir de formulários (informatizados ou não). Passa por um processamento que transforma os dados em indicadores, estes passíveis de serem interpretados de forma agrupada e analisados. São apresentados em forma de relatórios gerenciais, que a partir daí, após análise, podem se transformar em conhecimento. Esse conhecimento, quando devidamente utilizado, permitirá a tomada de decisões pelo gestor<sup>2</sup>, que possibilitará a melhoria dos processos iniciais, que irão retroalimentar a entrada de dados.



### Como selecionar os indicadores a serem utilizados?

Inicialmente precisamos definir o que queremos medir e não simplesmente aproveitar um relatório já existente e que pode não ter utilidade. Observamos que grandes quantidades de números nem sempre se constituem em informação a ser utilizada para a gestão. A partir dessa definição podemos selecionar indicadores relacionados aos principais processos (p.ex.: índice de atendimento do Serviço Social em internação), a indicadores estratégicos do setor (p.ex.: índice de ocupação de leito por motivo social) e relacionados a metas de desempenho global da organização (p.ex.: índice de resolutividade social). Esses indicadores poderão ser interpretados de formas diferenciadas, em diferentes momentos, dependendo das estratégias organizacionais.

### Por que comparar nossos indicadores com outra organização?

A partir da comparação podemos avaliar o desempenho de nossa organização, estabelecer metas desafiadoras e conhecer novas práticas para refinar processos e melhorar resultados.

### Com quem devemos nos comparar?

*“Informação comparativa pertinente é aquela advinda de uma organização considerada como um referencial apropriado para efeitos de comparação, considerando as estratégias da própria organização que busca a informação. Informações comparativas incluem informações advindas de competidores ou de referências de excelência”<sup>1</sup>.*

Podemos nos comparar com serviços equivalentes da área de saúde, com nossos concorrentes, com referências de excelência e dados da literatura.

Para finalizar, importante lembrar que, quando conseguirmos elencar um rol de indicadores que possam ser utilizados por serviços equivalentes da área de saúde, coletados por pessoas treinadas, preocupadas em manter a integridade da informação e a dar continuidade a esse processo ao longo dos meses e anos, é possível estabelecermos metas a serem alcançadas, desencadear melhorias dos serviços e fazer diferença na gestão da organização de saúde.

### Referências:

1. Rumo à Excelência e Compromisso com a Excelência. Fundação Nacional de Qualidade. São Paulo: Fundação Nacional de Qualidade. 2007.
2. Programa de Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. São Paulo: APM/CREMESP:2006. 40p.

## Capítulo II

**INDICADORES EM SERVIÇO SOCIAL****1. Índice de atendimento do Serviço Social em Internação**

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre o número de pacientes atendidos pelo Serviço Social e o número de internações, na mesma Unidade, em um dado período. Considerar como número de pacientes atendidos o primeiro atendimento em cada internação. Indica a cobertura que o Serviço Social apresenta nos atendimentos de pacientes em internação.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (número de pacientes atendidos pelo S. Social no período)/(número de internações no período) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes atendidos: a contagem do primeiro atendimento de cada internação, o que expressa, de fato, a cobertura do atendimento do Serviço Social na internação.</li> <li>• Internações: trata-se da admissão de pacientes para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior que 24 horas.</li> </ul>
<p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes atendidos pelo Serviço Social - Relatório mensal do Serviço Social (contagem manual em planilha ou informatizada)</li> <li>• Número de internações - Estatísticas SAME.</li> </ul>
<p><b>Periodicidade:</b> Mensal</p>
<p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p>
<p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do Serviço Social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul>
<p><b>Abrangência da Medição:</b> Por Unidade de internação de cada Unidade hospitalar do HCFMUSP</p>
<p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p>
<p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul>
<p><b>Observações:</b> A meta deve ser estabelecida por unidade específica, considerando-se as características e objetivos próprios de cada unidade. Correlações e subsídios para tomada de decisão: recomenda-se analisar este indicador em relação ao Índice de Atendimento do Serviço Social em Ambulatório e ao Índice de Atendimento do Serviço Social em Pronto Socorro.</p>

**2. Índice de Atendimento do Serviço Social em Ambulatório**

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre o número de atendimentos realizados pelo Serviço Social nas Unidades de Ambulatório e o total de consultas médicas ambulatoriais na mesma unidade ambulatorial, no mesmo período de tempo. Os atendimentos ambulatoriais do Serviço Social são aqueles realizados em ambulatório pelo Serviço Social, contemplando os atendimentos individuais e grupais. Este indicador expressa a porcentagem de atendimentos realizados pelo Serviço Social, significando a acolhida aos problemas psicossociais apresentados pela clientela usuária dos serviços.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (número de atendimentos efetuados pelo S. Social no período)/(número de consultas médicas no período) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de atendimentos efetuados pelo Serviço Social: a contagem do número de atendimentos realizados pelo Serviço Social, o que expressa a porcentagem de casos com necessidade de atenção especializada a questões psicossociais.</li> <li>• Consultas médicas: contagem do número de consultas médicas no período em uma Unidade específica.</li> </ul>
<p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de atendimentos efetuados pelo Serviço Social – Relatório mensal do Serviço Social (planilha manual ou informatizada).</li> <li>• Número de atendimentos médicos – SAME</li> </ul>
<p><b>Periodicidade:</b> mensal</p>
<p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p>
<p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do serviço social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul>
<p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Ambulatório SUS e não SUS.</p>
<p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p>
<p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul>
<p><b>Observações:</b> A meta deve ser estabelecida por unidade específica, considerando-se as características e objetivos próprios de cada unidade. A porcentagem de casos atendidos pelo Serviço Social corresponde à somatória dos casos atendidos em protocolos pré-estabelecidos e com perfil de paciente que demanda atendimento social.</p>

### 3. Índice de Atendimento do Serviço Social em Pronto Socorro

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre o número de atendimentos realizados pelo Serviço Social nas Unidades de Pronto Socorro e o total de consultas médicas na mesma unidade, no mesmo período de tempo. Os atendimentos do Serviço Social em Pronto Socorro são aqueles realizados pelo Serviço Social na Unidade, contemplando os atendimentos individuais e grupais. Este indicador expressa a porcentagem de atendimentos realizados pelo Serviço Social, significando a acolhida aos problemas psicossociais apresentados pela clientela usuária dos serviços.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (número de atendimentos efetuados pelo S. Social no período) / (número de consultas médicas no período) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de atendimentos efetuados pelo Serviço Social: a contagem do número de atendimentos realizados pelo Serviço Social, o que expressa a porcentagem de casos atendidos na Unidade com necessidade de atenção especializada a questões psicossociais.</li> <li>• Consultas médicas: contagem do número de consultas médicas no período em uma Unidade específica.</li> </ul> <p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de atendimentos efetuados pelo Serviço Social - Relatório mensal do Serviço Social (planilha manual ou informatizada).</li> <li>• Número de atendimentos médicos – SAME</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal</p> <p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p> <p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do serviço social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul> <p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Pronto Socorro SUS e não SUS</p> <p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p> <p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul> <p><b>Observações:</b> a meta deve ser estabelecida por unidade específica, considerando-se as características e objetivos próprios de cada unidade. A porcentagem de casos atendidos pelo Serviço Social corresponde aos casos atendidos com perfil de paciente que demanda atendimento social.</p>
--

### 4. Índice de ocupação do leito, por motivo social

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre o número de horas em que pacientes permanecem ocupando leito, por motivo social, pós alta clínica e o número de pacientes com alta, na mesma Unidade, em um dado período.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (número de horas em que pacientes permanecem ocupando leito, por motivo social, pós alta clínica) / (número de pacientes com alta, no período) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• número de pacientes que permanecem ocupando leito, por motivo social, pós alta clínica: somatória da contagem de horas em que pacientes permanecem ocupando leito, por motivo social, pós alta clínica, no período, em uma Unidade específica.</li> <li>• número de pacientes com alta: contagem do número de pacientes que tiveram alta, no período, em uma Unidade específica.</li> </ul> <p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório diário do Serviço Social, manual ou informatizado.</li> <li>• Informação da Unidade</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal</p> <p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p> <p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarias de Saúde do Estado e do Município</li> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do Serviço Social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul> <p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de internação de cada Unidade hospitalar do HCFMUSP</p> <p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p> <p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul> <p><b>Observações:</b> A definição de horas em que paciente permanece ocupando leito, por motivo social, pós alta clínica, refere-se ao tempo em que paciente fica no aguardo de transporte, comparecimento de familiares, autorização judicial, entre outros.</p>
---

### 5. Índice de Resolutividade Social

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre o número de saídas hospitalares e o número total de pacientes em condições de alta, na mesma unidade, no mesmo período.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (número de saídas hospitalares no período) / (número total de pacientes em condições de alta, na mesma unidade, no mesmo período.) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• número de saídas hospitalares: saída do paciente da unidade de internação por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa, óbito. (Portaria 312 – Ministério da Saúde).</li> <li>• número de pacientes em condições de alta, no período: contagem do número de pacientes com condições de alta, no período, em uma Unidade específica.</li> </ul>
<p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• número de saídas hospitalares – Relatório SAME.</li> <li>• número de pacientes em condições de alta – reuniões da equipe</li> </ul>
<p><b>Periodicidade:</b> mensal</p>
<p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p>
<p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do Serviço Social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul>
<p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de internação de cada Unidade hospitalar do HCFMUSP</p>
<p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p>
<p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul>

### 6. Índice de Treinamento/ desenvolvimento de profissionais do Serviço Social

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre o total de horas/homem de Treinamento e Desenvolvimento e o total do número de horas de trabalho previstas. Todas as atividades computadas devem constar na carga horária trabalhada ou incluída no Banco de Horas. Horas/homem de trabalho previstas são obtidas pelo cálculo do número de funcionários ativos versus as horas a serem trabalhadas no período (mês e ano). Treinamento de Pessoal é o investimento institucional na capacitação e desenvolvimento de profissionais, em atividades internas ou externas, que contribuam para o aprimoramento dos processos de trabalho e aperfeiçoamento pessoal e profissional de seus colaboradores.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (número de horas/atividades de Treinamento e Desenvolvimento) / (número de horas/homem de trabalho previstas) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• número de horas/atividades de Treinamento e Desenvolvimento – somatória do cálculo das horas, por profissional, dedicadas a atividades de Treinamento e Desenvolvimento.</li> <li>• número de horas/homem de trabalho previstas – cálculo do número de horas de trabalho previstas estabelecido pela contagem do número de funcionários ativos multiplicado pelas horas a serem trabalhadas no período.</li> </ul>
<p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório de atividades de cada profissional do Serviço.</li> <li>• Sistema NCD - Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento do HCFMUSP</li> <li>• Escala mensal de trabalho</li> </ul>
<p><b>Periodicidade:</b> mensal</p>
<p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p>
<p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do Serviço Social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul>
<p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço Social do HCFMUSP</p>
<p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p>
<p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul>

## 7. Índice de horas de assistente social

### a) Índice de horas de assistente social para assistência

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre a somatória do número de horas dos assistentes sociais, de determinada Unidade, dedicadas à assistência integral e o total de horas de trabalho previstas para o mesmo período. Por assistência integral entende-se orientações, esclarecimentos, apoio, suporte presencial ou correlacionado à demanda/queixa do cliente. Horas/homem de trabalho previstas são obtidas pelo cálculo do número de funcionários ativos versus as horas a serem trabalhadas no período (mês e ano).</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (somatória do número de horas dos assistentes sociais dedicadas à assistência) / (número de horas de trabalho previstas) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas dos assistentes sociais dedicadas à assistência - cálculo da somatória do número de horas as quais os profissionais dispenderam com atividades de assistência ao paciente/família, incluindo as atividades indiretas como relatórios, contatos telefônicos, discussão de caso, entre outros.</li> <li>número de horas de trabalho previstas - cálculo do número de horas de trabalho previstas estabelecido pela contagem do número de dias úteis do período multiplicado pela carga horária diária do profissional.</li> </ul> <p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas do assistente social dedicadas à assistência - Estatística individual de atividades do período - planilha manual ou informatizada.</li> <li>número de horas de trabalho previstas - calendário do período.</li> <li>carga horária diária do profissional - escala de trabalho.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal</p> <p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p> <p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administração superior</li> <li>Gestores do Serviço Social</li> <li>Profissionais da área</li> </ul> <p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço</p> <p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p> <p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema HCFMUSP</li> <li>Unidades similares de saúde do país</li> </ul>
--

18

Coordenadoria das Atividades do Serviço Social - HCFMUSP

### b) Índice de horas de assistente social para ensino

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre a somatória do número de horas dos assistentes sociais, de determinada Unidade, dedicadas ao ensino e o total de horas de trabalho previstas para o mesmo período. Por ensino entende-se as atividades dedicadas à transmissão de conhecimentos a visitantes, estagiários, aprimorandos, entre outros. Horas/homem de trabalho previstas são obtidas pelo cálculo do número de funcionários ativos versus as horas a serem trabalhadas no período (mês e ano).</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (somatória do número de horas dos assistentes sociais dedicadas ao ensino) / (número de horas de trabalho previstas) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas dos assistentes sociais dedicadas ao ensino - cálculo da somatória do número de horas as quais os profissionais dispenderam com atividades de ensino, incluindo as dedicadas à transmissão de conhecimentos a visitantes, estagiários, aprimorandos, entre outros.</li> <li>número de horas de trabalho previstas - cálculo do número de horas de trabalho previstas estabelecido pela contagem do número de dias úteis do período multiplicado pela carga horária diária do profissional.</li> </ul> <p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas do assistente social dedicadas ao ensino - Estatística individual de atividades do período - planilha manual ou informatizada.</li> <li>número de horas de trabalho previstas - calendário do período.</li> <li>carga horária diária do profissional - escala de trabalho.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal</p> <p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p> <p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administração superior</li> <li>Gestores do Serviço Social</li> <li>Profissionais da área</li> </ul> <p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço</p> <p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p> <p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema HCFMUSP</li> <li>Unidades similares de saúde do país</li> </ul>
--

MANUAL DE INDICADORES DO SERVIÇO SOCIAL PARA SERVIÇOS DE SAÚDE

19

c) Índice de horas de assistente social para pesquisa

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre a somatória do número de horas dos assistentes sociais, de determinada Unidade, dedicadas à pesquisa e o total de horas de trabalho previstas para o mesmo período. Por pesquisa entende-se as atividades dedicadas ao planejamento, elaboração, aplicação e análise de pesquisa, sejam estas próprias da área do Serviço Social ou realizadas em conjunto com outros profissionais da equipe de saúde. Horas/homem de trabalho previstas são obtidas pelo cálculo do número de funcionários ativos versus as horas a serem trabalhadas no período (mês e ano).</p>
<p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (somatória do número de horas dos assistentes sociais dedicadas à pesquisa) / (número de horas de trabalho previstas) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas dos assistentes sociais dedicadas à pesquisa – cálculo da somatória do número de horas as quais os profissionais dispenderam com atividades de pesquisa, incluindo as dedicadas ao planejamento, elaboração, aplicação e análise de pesquisa, sejam estas próprias da área do Serviço Social ou realizadas em conjunto com outros profissionais da equipe de saúde.</li> <li>número de horas de trabalho previstas – cálculo do número de horas de trabalho previstas estabelecido pela contagem do número de dias úteis do período multiplicado pela carga horária diária do profissional.</li> </ul>
<p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas do assistente social dedicadas à pesquisa - Estatística individual de atividades do período – planilha manual ou informatizada.</li> <li>número de horas de trabalho previstas – calendário do período.</li> <li>carga horária diária do profissional – escala de trabalho.</li> </ul>
<p><b>Periodicidade:</b> mensal</p>
<p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p>
<p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administração superior</li> <li>Gestores do Serviço Social</li> <li>Profissionais da área</li> </ul>
<p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço</p>
<p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p>
<p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema HCFMUSP</li> <li>Unidades similares de saúde do país</li> </ul>

d) Índice de horas de assistente social para atividades técnico-administrativas

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre a somatória do número de horas dos assistentes sociais, de determinada Unidade, dedicadas às ações técnico administrativas e o total de horas de trabalho previstas para o mesmo período. Por ações técnico-administrativas entende-se as ações técnicas, administrativas, logísticas e suportativas às atividades inerentes à assistência, como: participação em reuniões ou comissões internas ou externas à instituição, prestação de assessorias e consultorias, supervisão técnica a profissionais e outros. Horas/homem de trabalho previstas são obtidas pelo cálculo do número de funcionários ativos versus as horas a serem trabalhadas no período (mês e ano).</p>
<p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (somatória do número de horas dos assistentes sociais dedicadas a atividades técnico-administrativas) / (número de horas de trabalho previstas) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas dos assistentes sociais dedicadas a atividades técnico-administrativas – cálculo da somatória do número de horas as quais os profissionais dispenderam com atividades técnico-administrativas, incluindo as ações técnicas, administrativas, logísticas e suportativas às atividades inerentes à assistência, como: participação em reuniões ou comissões internas ou externas à instituição, prestação de assessorias e consultorias, supervisão técnica a profissionais e outros.</li> <li>número de horas de trabalho previstas – cálculo do número de horas de trabalho previstas estabelecido pela contagem do número de dias úteis do período multiplicado pela carga horária diária do profissional.</li> </ul>
<p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>número de horas do assistente social dedicadas a atividades técnico-administrativas – Estatística individual de atividades do período – planilha manual ou informatizada.</li> <li>número de horas de trabalho previstas – calendário do período.</li> <li>carga horária diária do profissional – escala de trabalho.</li> </ul>
<p><b>Periodicidade:</b> mensal</p>
<p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p>
<p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administração superior</li> <li>Gestores do Serviço Social</li> <li>Profissionais da área</li> </ul>
<p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço</p>
<p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p>
<p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema HCFMUSP</li> <li>Unidades similares de saúde do país</li> </ul>

### 8. Índice de atendimento do Serviço Social por motivo

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre a somatória dos casos atendidos, segundo motivo de atendimento e o total de atendimentos do Serviço Social, em determinada Unidade, no mesmo período de tempo. Por motivo de atendimento, considerar os grandes grupos descritos no Sistema de Atendimento Social adotado pela CASS - HCFMUSP, ou seja: – I - Estudo sócio - econômico, cultural e rede de apoio; II - Dificuldade em relação à doença; III - Relações Familiares; IV - Necessidade de orientação; V - Dificuldade relacionada à alta do paciente; VI - Dificuldade sócio-econômica; VII - Necessidades específicas; VIII - Programas; IX - Outros.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (somatória do número de casos atendidos segundo motivo de atendimento) / (somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• somatória do número de casos atendidos segundo motivo de atendimento: cálculo do número de casos atendidos, segundo motivo de atendimento, considerando os grandes grupos definidos pelo Sistema de Atendimento Social adotado pela CASS-HCFMUSP, em determinada Unidade, em determinado período de tempo.</li> <li>• somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social: cálculo do número de atendimentos realizados pelo Serviço Social da mesma Unidade, no mesmo período de tempo.</li> </ul> <p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• somatória do número de casos atendidos segundo motivo de atendimento – planilha informatizada ou manual do Serviço Social.</li> <li>• somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social – planilha informatizada ou manual do Serviço Social e Estatística SAME.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal</p> <p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p> <p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do Serviço Social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul> <p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço</p> <p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p> <p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul>
---

### 9. Índice de atendimento do Serviço Social por complexidade

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre a somatória dos casos atendidos, segundo complexidade de atendimento e o total de atendimentos do Serviço Social, em determinada Unidade, no mesmo período de tempo. Por complexidade de atendimento, considerar os pesos adotados pela CASS - HCFMUSP, ou seja, peso de 1 a 5.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (somatória do número de casos atendidos segundo complexidade de atendimento) / (somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• somatória do número de casos atendidos segundo complexidade de atendimento: cálculo do número de casos atendidos, segundo complexidade de atendimento, considerando os pesos definidos pela CASS-HCFMUSP, em determinada Unidade, em determinado período de tempo.</li> <li>• somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social: cálculo do número de atendimentos realizados pelo Serviço Social da mesma Unidade, no mesmo período de tempo.</li> </ul> <p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• somatória do número de casos atendidos segundo complexidade de atendimento – planilha informatizada ou manual do Serviço Social.</li> <li>• somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social - planilha informatizada ou manual do Serviço Social e Estatística SAME.</li> </ul> <p><b>Periodicidade:</b> mensal</p> <p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p> <p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do Serviço Social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul> <p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço</p> <p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p> <p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul>
---

### 10. Índice de atendimento do Serviço Social por categoria de intervenção

<p><b>Definições:</b> Indica a relação entre a somatória dos casos atendidos, segundo categoria de intervenção e o total de atendimentos do Serviço Social, em determinada Unidade, no mesmo período de tempo. Por categoria de intervenção, considerar os adotados pelo Sistema de Atendimento Social estabelecido pela CASS-HCFMUSP.</p> <p><b>Fórmula de Cálculo:</b> = (somatória do número de casos atendidos segundo categoria de intervenção) / (somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social) * 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• somatória do número de casos atendidos segundo categoria de intervenção: cálculo do número de casos atendidos, segundo categoria de intervenção, considerando as categorias definidas pelo Sistema de Atendimento Social estabelecido pela CASS-HCFMUSP, em determinada Unidade, em determinado período de tempo.</li> <li>• somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social: cálculo do número de atendimentos realizados pelo Serviço Social da mesma Unidade, no mesmo período de tempo.</li> </ul>
<p><b>Origem dos Dados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• somatória do número de casos atendidos segundo categoria de intervenção – planilha informatizada ou manual do Serviço Social.</li> <li>• somatória dos casos atendidos pelo Serviço Social – planilha informatizada ou manual do Serviço Social e Estatística SAME.</li> </ul>
<p><b>Periodicidade:</b> mensal</p>
<p><b>Responsável:</b> Coordenação do Serviço Social</p>
<p><b>Usuário da Informação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administração superior</li> <li>• Gestores do Serviço Social</li> <li>• Profissionais da área</li> </ul>
<p><b>Abrangência da Medição:</b> por Unidade de Serviço</p>
<p><b>Unidade de Medida:</b> porcentagem</p>
<p><b>Benchmarking:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema HCFMUSP</li> <li>• Unidades similares de saúde do país</li> </ul>

Contatos:  
 maria.jose@icr.usp.br  
 s.social.iof@icrnet.usp.br

Projeto Gráfico, Diagramação e Arte:  
 Paulo Batista

Impressão:  
 Gráfica e Editora Serrano Ltda