

INDICADORES DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E TRABALHADORES DA SAÚDE: CONSTRUINDO O CONCEITO DE VALORIZAÇÃO A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA ANALÍTICA¹

Serafim Barbosa Santos-Filho

Neste capítulo queremos introduzir uma discussão sobre avaliação, em dois eixos: em uma direção, levantar algumas situações que possam servir como parâmetros de *situações desejadas* no âmbito que se quer compreender e fomentar como “valorização” do trabalho e trabalhadores da saúde. E em uma perspectiva mais conceitual, abrindo e norteando esses parâmetros, discutir a própria concepção de *monitoramento e avaliação* (e de *indicadores*), tratando-a no âmbito dos referenciais da Humanização em Saúde.

Nosso ponto de partida: qual a concepção de avaliação que estaria assegurando coerência com a idéia de valorização dos trabalhadores da saúde?

A INFORMAÇÃO NA PERSPECTIVA DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA, EMANCIPATÓRIA

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrindo múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise. Em uma revisão sobre esse assunto, direcionando-o no âmbito da Humanização em Saúde (Santos-Filho, 2004), levantamos e problematizamos algumas questões, partindo de algumas fontes de referência (OMS, 1991; Akerman e Nadanovsky, 1992; Minayo e Sanches, 1993; Silva e Formigli, 1994; Contandriopoulos *et al.*, 1997; Denis e Champagne, 1997; Hartz, 1997; Habicht *et al.*, 1999; Victora *et al.*, 2000; Novaes, 2000; Hartz, 2000; Rico *et al.*, 2001; Pereira, 2001; Victora, 2002; Demo, 2002; Tanaka e Melo, 2004; Carvalho *et al.*, 2004; Tanaka, 2004; Westphal, 2004).

Recortando a *informação* como elemento central nos processos avaliativos, constata-se que sua importância e papel já estão bem ressaltados no âmbito da gestão dos serviços/sistemas de saúde. Comumente se fala em “informação estratégica” para a gestão, que seja capaz de apoiar as tomadas de decisão, e nesse sentido procura-se abranger diferentes dimensões de avaliação e qualidade.

¹ Este texto toma como base outros “ensaios” que temos produzido discutindo o Monitoramento e Avaliação na perspectiva de se pautar esse tema como um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde. Dentre essas produções, incluem-se: “*Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização: aspectos conceituais e metodológicos*” (<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br> e www.saude.gov.br/humanizasus); “*Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Atenção e Gestão em Saúde – Manual com Eixos Avaliativos e Indicadores de Referência*” (www.saude.gov.br/humanizasus); e “*Uma discussão de processo na Política Nacional de Humanização, vinculada a instrumentos de planejamento e avaliação*” (www.saude.gov.br/humanizasus).

Interessa-nos enfatizar aqui o âmbito da produção da informação e da avaliação no cotidiano dos serviços de saúde, de maneira a chamar a atenção para o modo como se inserem os trabalhadores nesse processo. Isto é, ressaltar a importância do próprio processo de construção e apropriação da informação pelos diferentes atores com ela envolvidos. No caso dos trabalhadores, demarcar a importância dessa apropriação, criando e encontrando seus “jeitos” de com ela (informação) realizar processos avaliativos.

Interessa, com isso, valorizar e pautar a informação em seu potencial de mobilizar as equipes em torno de dados objetivos e de todos os demais tipos de dados/informações que emergem do/no processo de produção de saúde. A informação em seu potencial de evitar a alienação dos trabalhadores, na medida em que possa permitir reflexão sobre seu fazer cotidiano, sendo utilizada como norte para pensar sua prática e os resultados de seu trabalho. Não bastasse o próprio comprometimento da qualidade do serviço, sabe-se também que a falta de análise e de “percepção” dos resultados do próprio trabalho contribuem em muito para a desmotivação e sofrimento dos trabalhadores. Daí a importância de enfatizar a informação e o seu potencial de aumentar o coeficiente de comunicação entre os sujeitos. Informação em seu potencial de fomentar autonomia e protagonismo de coletivos, na medida em que possa se colocar como elemento capaz de provocar a “reunião” de diferentes pessoas/profissionais/saberes (equipes) em torno de “dados” que passem a ser objeto de co-análise e co-decisões. Portanto, informação para nortear a configuração efetiva de equipes multiprofissionais atuando na perspectiva transdisciplinar e de modo compartilhado. Nessas direções, *informação e movimento avaliativo* que provoque os coletivos para se capacitar, levantar, construir, inventar, e pactuar situações, metas e indicadores que orientem a renovação do trabalho/serviços e propiciem aprendizagens coletivas – fomentar análises na perspectiva de uma avaliação participativa, formativa, emancipatória, isto é, alimentadora do protagonismo dos trabalhadores em seu próprio desenrolar. Avaliação que deve contribuir para “encorajar o diálogo e a reflexão” e “estimular o co-aprendizado entre atores”, aprendizagem esta que é “a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais” (Akerman *et al.*, 2004).

Vale ressaltar, então, essa perspectiva teórico-política que desejamos para a avaliação no âmbito da atenção e gestão em saúde, partindo dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). Em tal concepção, enfatiza-se a participação dos diferentes sujeitos, gestores, trabalhadores, usuários, pesquisadores, apoiadores, nos processos avaliativos. Esses são essenciais em todas as fases dos desenhos avaliativos: identificação de situações a serem monitoradas/avaliadas, conceitualização, demarcação de objetivos, critérios de representação/indicadores, mensuração, interpretação e validação dos dados (Hartz, 1997).

Para se caracterizar como método e dispositivo da Política de Humanização, a avaliação reveste-se com os princípios mais centrais dessa Política, dentre eles a compreensão de que as instituições de saúde têm como finalidades primordiais alcançar a produção/prestação de serviços e também a produção de sujeitos (Campos, 2000). Na mira do seu planejamento e avaliação (dos serviços/instituições), deve-se portanto recortar indicadores relacionados tanto às dimensões de saúde e satisfação dos usuários, quanto aos movimentos institucionais, e indicativos do desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal dos trabalhadores/equipes. Isso vem realçar o princípio de indissociabilidade entre *atenção e gestão*, cenário no qual se deve buscar indicadores

representativos do que acontece nessas faces e interfaces do trabalho em saúde. Em suma, avaliação que possibilite mudanças nas situações/serviços, e capacitação e desenvolvimento dos sujeitos envolvidos. Portanto, campo da valorização dos trabalhadores!

É esse contexto de complexidade da Humanização que deve abrigar e reorientar o uso da informação e os processos de monitoramento e avaliação. Sobretudo deve-se partir do princípio de que são as próprias mudanças desejadas nos modelos de atenção e de gestão que devem orientar mudanças na forma de se lidar com a informação e avaliação.

AMPLIANDO A CONCEPÇÃO DE “INDICADORES”

Classicamente os indicadores são compreendidos como “medidas-síntese” que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. São “instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior” (Maletta, 2000).

Nesses eixos, indicador seria “a quantificação da realidade a fim de planejar um modo de interferir nessa própria realidade” (Moraes, 1994). Porém, as problematizações que se fazem em torno dessa concepção tornam-se bastante úteis ao campo da Humanização, porque abrem perspectivas de ampliação da compreensão desses instrumentos. Assume-se, então, que a “quantidade mede somente um aspecto da qualidade (realidade concreta)” e “isso faz com que o conhecimento retirado dos números, muitas vezes, mascare aspectos importantes da realidade”. E, ainda, que “os indicadores refletem o ‘sistema de valores’ do profissional que os constrói, o que implica em que formule certas hipóteses e perguntas e não outras” (Moraes, 1994).

Ou seja, “escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos por uma política de saúde [contexto de sua implementação]” (Moraes, 1994; Hartz, 1997). O conceito clássico de indicador, a princípio reduzido a um aspecto quantificador, requer elasticidade, ampliação e mesmo desestabilização para que possa ser “ajustado” e dar visibilidade à realidade.

CONSTRUINDO A COMPREENSÃO DE “VALORIZAÇÃO” EM UMA PERSPECTIVA ANALÍTICA, AVALIATIVA

Demarcamos esse referencial dos indicadores para abrir caminho para a discussão avaliativa dos vários processos que podem vir contemplados em políticas ou intervenções que tenham em seu escopo a “valorização” dos trabalhadores. Tais processos podem abrigar, desde situações objetivas voltadas para a melhoria das condições de trabalho, cujos resultados podem ser mensurados objetivamente, a exemplo de ações (e seus indicadores) para redução ou “neutralização” de fatores de risco no trabalho (preventivos de doenças, agravos e mortes ocupacionais), investimentos em infra-estrutura e similares (recursos, insumos); e em uma dimensão mais ampliada, ações de promoção de saúde, e ainda mais ampliadamente, ações para melhoria das relações sociais de trabalho. Cabe aqui então enfatizar a abrangência

desejada no campo dos indicadores de interesse para refletir tais processos, não os reduzindo apenas ao que comumente se mede na linha mais tradicional da saúde ocupacional e epidemiologia (morbimortalidade, absenteísmo, exposição). E não reduzindo esse campo a uma esfera biomédico-individual, como ressaltamos em outro capítulo desse livro (Parte 1, Capítulo 3), que direcionaria tanto a análise de problemas quanto a intervenção sobre eles de forma deslocada do contexto de inserção social dos trabalhadores nos processos de produção. Por outro lado, em um outro extremo, também não se pode compreender acriticamente como valorização (e humanização) a atual onda de investimentos institucionais em uma “agenda” de lazer, técnicas diversas de relaxamentos, de socialização e práticas similares, oferecidas aos funcionários, quase sempre isoladas da discussão de sua inserção no trabalho. Deve ser incentivada, sim, a oferta contextualizada de programas que articulem atividades de arte-cultura-lazer (e práticas corporais, espirituais), mas cuidando-se para que estejam vinculados a uma discussão mais ampla do trabalho.

Pelo lado do que se compreende como “avaliação de desempenho profissional”, também não se pode tomar como parâmetro apenas indicadores relacionados à produtividade ou de eficiência, de modo descontextualizado – trabalho “eficiente e impessoal” –; o cotidiano das instituições mostra que os trabalhadores usam (e “inventam”) permanentemente de diferentes estratégias para enfrentamento das situações/casos/demandas que lhes chegam diariamente, estratégias (ações, atividades, recursos, decisões, etc) que permitem o alcance das metas do serviço (indicadores de eficácia) e que, olhando pelo lado dos trabalhadores, não cabem somente em uma mensuração simplificada de sua produtividade.

Tendo como fonte mais original os próprios princípios do SUS, queremos demarcar na compreensão de “valorização” as várias estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas, dos trabalhadores. Bebendo na fonte da Humanização, agregamos: valorizar é avançar na perspectiva de contemplar os trabalhadores como sujeitos de seu saber, seu fazer, seu trabalho, com uma inserção e atuação que leve à ampliação da sua capacidade de análise e de proposição no âmbito do coletivo, constituindo-se como equipes (perspectiva da grupalidade, integração) e exercitando a quebra de conhecimentos disciplinares estanques e avançando na atuação transdisciplinar. Com isso, vislumbra-se a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação nessa esfera, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos [em suas dimensões sociais e subjetivas, inclusive] (Santos-Filho, 2004; Ministério da Saúde, 2006).

A “valorização” a que nos referimos compreende conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos e relações de trabalho, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores (e usuários) em sua experiência cotidiana de produção, organização e condução de serviços de saúde – mudanças afetas aos modelos de gestão. Em termos de dispositivos, fomenta-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.

Todos esses eixos confluem para a discussão que Gastão W.S. Campos (1997, 2000) propõe acerca da *autonomia* dos sujeitos e coletivos no contexto institucional, alargando o seu potencial de compreensão e de intervenção no mundo do trabalho, em convivência com os outros, permanentemente estabelecendo contatos e contratos.

Para propiciar as mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente, contribuindo no aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho.

É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas, traduzindo-se em indicadores para seu acompanhamento avaliativo. E para que essa avaliação não se reduza a uma perspectiva administrativa de averiguação de cumprimento de metas, faz-se necessário não somente reafirmar esses conceitos referenciais e as complexas dimensões deles derivadas, desafiando também o seu dimensionamento.

Na estratégia de valorização dos trabalhadores, os indicadores devem refletir as transformações no âmbito da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia, protagonismo, satisfação). Nessas esferas estão implicados dispositivos inovadores, complexos, como os de co-gestão (instâncias colegiadas, em todo o seu potencial de disparar novas formas de relações institucionais) e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apreendê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição. A medida de seus significados e impacto deve respeitar o mesmo âmbito de complexidade de seus contextos de implantação e funcionamento. Deve-se ficar alerta, observando-se com rigor critérios a serem considerados na definição e desdobramentos dos eixos avaliativos. Enfatiza-se por exemplo que os dispositivos não devem ser entendidos como entidades estanques – um colegiado gestor por exemplo (como dispositivo para propiciar mudanças nas formas de condução e gestão do trabalho) não pode ser visto como uma estrutura administrativo-burocrática; é um espaço constituído por sujeitos. Não faz sentido, portanto, em se recortar como indicador de avaliação apenas a existência (implementação ou não) do dispositivo, mas sim, captar nele, no contexto da instituição, a essência que lhe é atribuída, de trazer em si um novo modo de existir e se fazer, isto é, de transformar a “rotina” da instituição. Dessa forma, deve-se ter atenção especial com as perguntas básicas que orientam os processos de avaliação, quais sejam, *o que é para ser avaliado; o que será mensurado?* Trazemos aqui também um exemplo de nossa experiência cotidiana nos serviços de saúde – trata-se do que as equipes mencionam como falta de momentos para conversar/reunir/“comunicar”, questão que é recorrente e impreterivelmente levantada em todas as oficinas realizadas com participação de trabalhadores. Ao se pretender criar um dispositivo para enfrentamento dessa questão, pode-se incorrer no risco de se instituírem atividades de “reunião”, nos moldes de uma agenda centralmente administrativa, o que evidentemente restringiria ou mesmo distorceria o papel de possibilitar espaços para as interlocuções e comunicação efetivas a que se referem (e desejam) os trabalhadores. E não é incomum observar-se que as reuniões ordinárias dos serviços de saúde cumprem muito mais freqüentemente uma pauta administrativa, prescritiva, considerada desmotivadora pelos atores que delas participam. Então, do ponto de vista avaliativo, seria preciso ver além da existência

desse dispositivo “reunião”, explorando outros sinais e parâmetros que demonstrem sua eficácia de acordo com os objetivos que nelas viriam embutidos.

Pode-se dizer que a complexidade da avaliação no âmbito da valorização dos trabalhadores está diretamente proporcional ao desafio de se construir o conceito de valorização, tarefa na qual o trabalhador é ator essencial, ajudando a por em relevo os elementos que indicam o “como se sentem valorizados”. Certamente essas são questões que se apresentam no centro do que se quer como inovador, aspectos que extrapolam em muito o aprisionamento desses elementos em termos de medida, mas que não dispensam a contribuição da temática da Avaliação para o seu equacionamento. Isso porque se trata da possibilidade de construção e organização do próprio conhecimento sobre esse “objeto”, instâncias e seu modo de se fazer enxergar.

Ainda fazendo relação direta com os princípios da Humanização, alguns conceitos operacionais sofisticados aí presentes, sobretudo propostos na compreensão da transversalidade e noções de rede – “*comunicação multivetorializada ou transversal*”; “*relação que coloca em cena a interação no campo das forças e não das formas instituídas*” (Ministério da Saúde, 2004) –, trazem desafios no sentido de derivarem componentes-objetos de avaliação em si mesmos, isto é, enquanto representações das aprendizagens, experiências cotidianas de trocas, relações, decisões coletivas, etc, ou simplesmente como indicativos desse “um outro modo de fazer” (Santos-Filho, 2004).

DIRECIONANDO FOCOS E DESENHOS AVALIATIVOS

Esses aspectos mencionados direcionam a configuração dos possíveis eixos de avaliação da “valorização”: um deles é aquele que revela a novidade/ inovação na dinâmica organizacional e relações sociais; eixo que pode demarcar os produtos/ indicadores que ilustram as transformações no processo de trabalho (e todos os fatores aí intervenientes, favoráveis e dificultadores). Um outro eixo deve ser configurado como a medida dos efeitos das intervenções (impacto) na vida dos trabalhadores. Vale ressaltar que em todas as direções, a novidade e desafios trazidos pelos referenciais da Humanização devem funcionar como estímulo para aprofundamento sobre a própria perspectiva avaliativa (enquanto questão metodológica), uma vez que expressam possibilidades de mudanças efetivas no cotidiano dos serviços e ao mesmo tempo exigem criatividade para ampliação das formas de percepção e de dimensionamento das mudanças (Santos-Filho, 2004).

O desenho das avaliações deve ser precedido por amplas discussões que definam bem os objetivos e situações desejadas, e aquelas que possam configurar-se como linhas de base e parâmetros para análises subsequentes. Os momentos de seleção, validação e interpretação de indicadores de avaliação (e seus resultados) devem ser conduzidos com a participação ativa de todos os envolvidos, demonstrando que são ferramentas valorizadas realmente para balizar o cotidiano dos serviços.

Procurando escapar da polarização do debate em torno de abordagens quantitativas ou qualitativas de avaliação (Santos-Filho, 2004), ressalta-se a existência de situações que devem se tornar objetos a serem investigados e dimensionados quali e quantitativamente. Contemplando objetivos mais amplos de provocar transformações no âmbito das relações entre as pessoas em situação de trabalho, transformações nos processos e modos de produzir serviços, e transformações na interação a ser

estabelecida entre profissionais, gestores e usuários, a perspectiva da valorização se instaura como objetos a serem tratados de modo qualitativo, buscando-se significados dessas ações/relações sociais na ótica dos sujeitos/atores do processo. Seria a medida, utilizando uma expressão de Deslandes e Assis (2002), de “ações e relações sociais travadas por sujeitos e grupos num determinado momento de suas histórias”. Por outro lado, tais mudanças desejadas no processo e organização do trabalho (e transformações dos sujeitos neles envolvidos) devem repercutir em respostas concretas para os trabalhadores (e usuários), sendo que tais processos e respostas são também passíveis de mensuração através de modelos de avaliações quantitativas. Ainda por outro lado e para além dessa segmentação, têm sido sugeridas a associação ou triangulação de métodos, mesclando técnicas de abordagens quantitativas e qualitativas que, utilizadas criteriosamente e de modo complementar, preservam seus pressupostos e asseguram e potencializam os resultados.

Nesse sentido é que se deve apropriar dos métodos e ferramentas da avaliação, aproximando-os e ajustando-os no contexto desejado, francamente em construção.

Vale lembrar que para apreender *resultados significativos* (no escopo do conceito, dos projetos, das políticas), deve-se partir de modelos que contemplem indicadores que reflitam a concepção ou essencialidade desse projeto/política (intervenção). E na composição e descrição de alguns indicadores, deve-se buscar dimensionar não somente a estruturação de dispositivos, mas tentar captar o seu funcionamento efetivo, para assegurar informações mais detalhadas e consistentes, a serem consideradas no monitoramento.

Uma breve nota sobre *avaliação de satisfação*

Muito embora ainda sejam controversas as avaliações de satisfação [que mais comumente centram-se na perspectiva dos usuários] (Esperidião & Trad, 2006), seria interessante explorar essa temática com enfoque nos trabalhadores da saúde. O objeto e objetivos das avaliações poderiam ser direcionados não em uma perspectiva de aplicação/replicação de instrumentos simplificados com pretensões de medidas externas, descontextualizadas, do nível de satisfação dos trabalhadores mediante a implementação de medidas também isoladas restritas ao campo da segurança e saúde ocupacional (ou em perspectivas também restritas da qualidade de vida no trabalho – Lacaz & Sato, 2006). Em um outro enfoque analítico, poderiam ser disparados processos avaliativos buscando-se levantar e construir com os próprios trabalhadores da saúde a sua percepção de satisfação, abordando-se as complexas sensações e vivências que experimentam em situação de trabalho, daí recortando e cruzando diferentes categorias analíticas (e considerando a perspectiva da subjetividade que certamente atravessa toda a experiência/vivência dos trabalhadores). Nesse sentido, se poderia valer de modelos combinados para avaliação de satisfação, construindo, à luz de avaliações participativas, dialógicas, os próprios referenciais que demarcariam e validariam o conceito de satisfação e de qualidade nos processos e espaços concretos de trabalho. Ao se desejar articular essas avaliações com a idéia de valorização, torna-se pertinente também tomar como referência os dispositivos a que nos referimos (ligados à Humanização), considerados relevantes para propiciar mudanças na organização e relações institucionais de trabalho – desses dispositivos também estariam sendo derivadas variáveis para compor os modelos analíticos, testando-se tanto as suas repercussões quanto os fatores intervenientes na sua implementação. Seriam, então,

demarcados eixos e situações a serem destrinchados em variáveis e objetos de avaliação, buscando-se análises em profundidade para descrição e explicação da dinâmica de organização do trabalho e das percepções dos trabalhadores.

Algumas questões podem ser exploradas, buscando-se levantar fatores que estariam direta ou indiretamente relacionados à satisfação, em uma perspectiva ampliada. Como exemplo: o que influencia na inserção, adesão, envolvimento com o trabalho na saúde, especialmente com o SUS; quais seriam os atributos de qualidade do serviço, na percepção dos trabalhadores; o que consideram como atributos de qualidade, competência e (bom) desempenho profissional; o que se contempla na perspectiva de resolubilidade (sob quais ângulos e critérios isso é visto); o que faz parte do cotidiano e do imaginário, ao se pensar nas relações sociais que se estabelecem no local de trabalho: relações e interações na equipe (tipos e formas de vínculos), integração organizacional dos profissionais, estilos de gestão do trabalho, relações e interação com comunidade, qualidade da relação profissional-usuário; e quais mudanças de comportamento observadas, percebidas, seja com relação a hábitos e práticas, ou em termos de postura e atitudes em situação de trabalho, e a que estariam associadas tais mudanças.

O PFST como dispositivo em análise

Vale destacar que o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador/PFST, mencionado nos capítulos 1 e 2 da parte 2 (e retomado nas experiências descritas na terceira parte deste livro) também deve ser colocado em análise, tendo como ponto de partida seus objetivos e processos que pretende disparar. No escopo do PFST almeja-se não somente o alcance de resultados finalísticos (mais saúde, mais autonomia), mas se propõe válido em seu próprio *processo* de desencadear e fomentar estratégias para que os trabalhadores e equipes analisem o seu próprio trabalho (e sua saúde), trazendo à tona questões como as que foram relacionadas anteriormente, e realizando movimentos para intervenções que venham melhorar o ambiente e relações de trabalho, ganho de satisfação, realização pessoal e profissional. Nesse movimento, as equipes estariam aprendendo a lidar (e intervir) com as diferentes dimensões do trabalho, saúde e doença, incluindo a dimensão subjetiva nas práticas cotidianas de trabalho, aspecto que historicamente tem sido negligenciado no cotidiano do SUS. Posto em análise, o PFST deve ser checado quanto a esse potencial de mobilização e de geração das mudanças com ele esperadas, e novamente aqui trazemos a perspectiva de tensionamento desse campo enquanto metodologia e desafios para o dimensionamento de processos e resultados.

MARCANDO UM PRINCÍPIO ESTRATÉGICO: FOMENTAR A PRÁTICA DE AVALIAR É EXERCITAR UMA PRÁTICA DE VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES

Para fechar a primeira parte desse capítulo, queremos retomar e enfatizar aqui as questões com as quais introduzimos esse texto e que agora recolocamos como uma premissa: consideramos que a apropriação (pelas equipes) da “prática de avaliar” (desejada como indissociável do planejar/fazer) por si mesmo influencia: (i) em melhor conhecimento dos processos de trabalho, renovando-os, reinventando-os de modo individual e no coletivo (e permanentemente); (ii) na reflexão sobre o que se está fazendo e implementando – uma certa “noção”/medida do “entre” o que se propõe e o que se está alcançando; (iii) no aumento da capacidade de formulação não somente dos

projetos/ações, mas também dos elementos, critérios (indicadores) que mostram se os projetos estão acontecendo ou não (e revisão, adequação, complementação permanente desses elementos); (iv) na capacidade de se deslocar para *ver* sistemática e criticamente (não somente *fazer*) as mudanças ocorridas, considerando repercussões em suas próprias atitudes (individuais e coletivas) e a repercussão para os usuários, gestores, instituição, etc; (v) no (re)conhecimento (e estímulo à problematização) dos parâmetros pelos quais são monitorados e avaliados em seu desempenho individual e em equipe (parâmetros formais e informais utilizados/vindos da instituição, dos pares, da população). Em outro capítulo deste livro (Parte 1, capítulo 3) já fizemos a observação de que a prática avaliativa, incorporada nessa perspectiva emancipatória, exercitada pelas equipes locais, não é usual no âmbito dos serviços de saúde. E aqui enfatizamos que a impressão de um pensamento e ação avaliativos colado ao fazer cotidiano, viria propiciar “controle” e conhecimento ampliado (e coletivo) sobre o próprio trabalho, com isso aumentando o coeficiente de apropriação da totalidade dos processos em que estão inseridos, dos movimentos que estão conduzindo – ampliação efetiva de sua condição de sujeitos, autonomia e protagonismo. Portanto, ato de valorização.

Compreendendo o processo de *cooperação* como a base para a organização de um trabalho em equipe – cooperação como aquilo “que funda o coletivo de trabalho”, segundo Dejours (1993; Figueiredo, 2004) –, enfatizamos nessa concepção um caminho aberto para analisar a *eficiência* e *eficácia* de um grupo. Isto é, localizar a avaliação de modo efetivamente *transversal* no processo de constituição de uma equipe (integração em torno de objetos comuns de trabalho), analisando simultaneamente (i) como se movimentam as equipes/trabalhadores/gestores para se constituírem como coletivo, e (ii) como esse coletivo torna-se *eficiente* e *eficaz*, produzindo qualidade e satisfação (no âmbito dos serviços/processos e dos sujeitos).

COMPONDO UM MODELO LÓGICO DE AVALIAÇÃO COMPREENDENDO A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E TRABALHADORES DA SAÚDE

Demarcado esse (amplo) cenário para abrigar perspectivas avaliativas, articulamos em seguida um quadro referencial com algumas dimensões que julgamos pertinentes ao campo da valorização do trabalho e trabalhadores da saúde. Essa matriz reúne os seguintes componentes: na primeira coluna estão os objetivos de desenvolvimento de ações, que contemplariam metas atreladas ou tradutoras da concepção de valorização. Nessa coluna inscrevemos também o que nomeamos como dispositivos de Humanização (no âmbito do Humanizatus²), devendo ser compreendidos como *modos de direcionar e operar mudanças*. Esses dispositivos estariam na origem do pensamento e práticas de valorização. Na segunda coluna encontram-se as dimensões de planejamento e avaliação (considerando as metas referidas), e na terceira os indicadores potencialmente representativos da valorização.

Nessas matrizes apenas preliminares optou-se por registrar um elenco mais amplo de situações, num arranjo “mais livre”, englobando processos, produtos e/ou resultados que se possam compreender no escopo da valorização. Uma observação importante: na primeira parte desse texto marcamos, em uma perspectiva teórico-política, a concepção de valorização dos trabalhadores, vendo-os (o “trabalhador” e a “valorização”) necessariamente na relação com usuários e gestores. Agora reafirmamos, com os

² Para conhecimento detalhado desses dispositivos, mencionados ao longo de todo esse texto, ver bibliografias específicas disponíveis em www.saude.gov.br/humanizatus.

indicadores concretos que apresentamos em seguida, que sempre se deve pensar esse movimento de valorização tendo a clareza de que sua base é efetivamente sustentada pela interlocução trabalhadores-usuários-gestores. É *nessa* e *dessa* interlocução que emerge tanto o potencial de criação, de inventividade, de prazer, quanto de alienação e de sofrimento no trabalho.

Parte dos indicadores reunidos já podem ser observados nas experiências do SUS, e o que se pretende é que também sirvam como indutores da implementação de outras experiências e lhes conferindo maior visibilidade.

Aspectos metodológicos e operacionais deverão ser aprofundados, observando desde a adequação da descrição/formulação do que seriam os indicadores, até a sua interpretação e uso efetivo nos espaços/locais de trabalho.

Apresentamos tal modelo e instrumentos com a ressalva de que os compreendemos sempre como provisórios e limitados em sua capacidade de apreensão e representação da realidade, por isso abertos para revisão e aprimoramento na medida mesmo em que se for avançando nesse campo teórico-político que põe em cena a valorização do trabalho e trabalhador da saúde.

MODELO LÓGICO COM REFERENCIAIS E INDICADORES DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E TRABALHADORES DA SAÚDE

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
I) IMPLEMENTAR GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA <u>Alguns Dispositivos associados:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colegiados e Conselhos de Gestão ▪ Contratos de gestão ▪ Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) 	Horizontalização da estrutura e linhas de mando (Unidades de Produção de Serviços)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Unidades de Produção de Serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas (estruturas horizontalizadas, reduzindo-se os níveis hierárquicos, que sejam considerados desnecessários, de chefias). 2. Constituição e atuação das Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família) nos moldes de unidades de produção (com planos locais de gestão e avaliação baseada em metas)
	Capacidade de formulação e condução de políticas de forma participativa (gestão participativa, co-responsabilização, controle social)	<ol style="list-style-type: none"> 3. Colegiados de Gestão implementado (de Unidades de Produção, do Serviço), com metodologia e plano de trabalho 4. Equipes de Saúde da Família constituídas como Equipes Colegiadas 5. Conselho de Gestão (Comissão de Acompanhamento ou equivalente de Controle Social) com metodologia e plano de acompanhamento 6. Plano Diretor de Desenvolvimento da Gestão elaborado e aprovado pelo Colegiado Gestor 7. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados 8. Mecanismos e instrumentos desenvolvidos para acompanhamento e avaliação do funcionamento e resultados das instâncias colegiadas (definir variáveis, critérios e parâmetros de monitoramento): tipos de pautas predominantes; percentuais de pautas indicadas pelos diferentes atores; percentuais de encaminhamentos/viabilização pelos gestores das decisões tomadas 9. Contratos de gestão internos elaborados e implementados (baseados em metas acordadas)

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
II) ORGANIZAR A ATENÇÃO E OFERTA DE CUIDADOS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, COM MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE ORIENTAÇÃO DO TRABALHO <u>Alguns Dispositivos associados:</u>	Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência tanto para os usuários, como para os próprios trabalhadores, parceiros (avançando na perspectiva do trabalho integrado)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação 2. Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família constituídas como Equipes multiprofissionais, com metodologia e plano de atuação 3. Diagnóstico de Situação e Plano de Ação elaborados pela Equipe Interdisciplinar, contemplando objetivos/metapas, prazos e indicadores de avaliação 4. % de trabalhadores (âmbito das equipes) com apropriação/domínio de protocolos e informações sobre procedimentos e normas institucionais de funcionamento do serviço, dos projetos, etc 5. % de reuniões de Equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a Equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipes Multiprofissionais de Referência ▪ Projetos Terapêuticos Singulares ▪ Clínica Ampliada 	<p>Condução do tratamento e abordagem do usuário com base em Projetos individualizados de Saúde (Projetos Terapêuticos Singulares) e prontuários integrados</p> <p>(Capacidade de se organizar em equipe, com apropriação de métodos de atuação integrada, compartilhando a elaboração e condução dos projetos terapêuticos)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Projetos de Saúde/Projetos Terapêuticos elaborados e implementados por Equipes multiprofissionais 7. Prontuário Integrado (Único) implementado, conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução) 8. % de pacientes ambulatoriais ou internados com projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados pelas Equipes multiprofissionais 9. % de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares 10. % de prontuários com registros regulares da equipe (com lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução) 11. % de prontuários com anotações legíveis dos profissionais responsáveis pela condução dos Projetos Terapêuticos (Equipes multiprofissionais)
	<p>Implementação de protocolos de condução dos trabalhos e abordagem do usuário</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais freqüentes no Serviço 13. Protocolos de referência e contra-referência elaborados e implementados, com participação da equipe 14. Protocolos implementados e conhecidos pela equipe do serviço sobre contatos com os profissionais de outras unidades da rede (para casos prioritários, por exemplo)

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
<p>III) PROPICIAR PARTICIPAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NO PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colegiados de gestão ▪ Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação ▪ Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização ▪ Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) ▪ Projetos de 	<p>Inserção e vinculação ao trabalho</p> <p>Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estratégias implementadas de inserção qualificada de trabalhadores no Serviço, mediante contratos prevendo atribuições, metas e responsabilidades, e capacitações introdutórias 2. Mecanismos implementados para facilitar movimentação dos trabalhadores na rede, considerando suas necessidades e demandas de transferências de locais de lotação 3. Equipes incrementadas, compondo e recompondo o quadro de RH, conforme necessidades para o desempenho das equipes 4. % de trabalhadores com contrato precário de trabalho (redução desses casos, a partir de uma compreensão do que seja precarização dos vínculos) 5. Plano de carreira, cargos e salários (ou equivalente) implementado 6. Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização 7. % de trabalhadores com solicitação atendida de vagas em creche (nos casos previstos) 8. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores (e equivalentes desses dispositivos implementados nos níveis locais) 9. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metas acordadas 10. Planos de Trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional 11. Incentivos implementados para trabalhadores, com base em avaliação de desempenho 12. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores, elegendo e premiando com base em desempenho, atividades inovadoras, etc 13. % de reuniões de colegiado de unidade com presença do gerente 14. Tipos de pautas e de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de Equipe

<p>Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico-científico)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projeto para adequação de ambiente (Ambiência) 	<p>Incentivos de qualificação no trabalho</p>	<p>15. % de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos)</p> <p>16. % de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação</p> <p>17. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária</p> <p>18. % de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos através da Instituição</p> <p>19. % de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos através da Instituição</p>
	<p>Serviços de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria da satisfação</p>	<p>20. Ouvidoria institucional ou Serviço implementado para Escuta dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações</p> <p>21. % de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou Serviço de Escuta</p> <p>22. % de reclamações e elogios recebidos na Ouvidoria ou Serviço de Escuta em relação ao total de registros</p> <p>23. % de respostas da Ouvidoria ou Serviço de Escuta providenciadas em 15 dias ou menos</p> <p>24. % de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pela Ouvidoria ou Serviço de Escuta</p> <p>25. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores na Ouvidoria ou Serviço de Escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes)</p> <p>26. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os trabalhadores</p> <p>27. Pesquisas avaliativas programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores</p> <p>28. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação dos trabalhadores, com plano e prazos de correções e adequações</p>
	<p>Oportunidades para que os trabalhadores exercitem outras habilidades fora da rotina de trabalho e desenvolvam atividades alternativas com usuários, familiares e comunidade</p>	<p>29. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores</p> <p>30. % de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com usuários, comunidade</p>

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
<p>IV) PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plano de educação permanente para trabalhadores com base nos princípios da humanização ▪ Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) 	<p>Estratégias institucionais para fomentar e assegurar Educação Permanente dos trabalhadores</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupo Interdisciplinar Permanente (ou similares, inclusive nos níveis locais) implementado e com Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores 2. Iniciativas implementadas para constituição de sistemas locais de educação permanente 3. Plano e Agenda de Educação Permanente para os trabalhadores 4. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH 5. Plano de atividades de formação dos trabalhadores, com temas relacionados à gestão em sentido amplo (incluindo atividades de formação tradicionais e outras) 6. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos, internos e externos à instituição 7. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço 8. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internas e externas ao serviço 9. Estratégias sistemáticas implementadas de Supervisão/Apoio para as Equipes Interdisciplinares 10. Agenda e instrumentos definidos (telefone, e-mail ou outro) para contatos entre equipes da rede básica com equipes de referência e de especialistas dos serviços de atenção especializada para orientações 11. % de Equipes de Saúde da Família (ESF) que possuem uma Equipe de Apoio Técnico ("Apoio Matricial") para suporte (capacitação em serviço e/ou discussão de casos) 12. Razão entre nº. de Equipes de Apoio Técnico e nº. de ESF 13. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço, através de acréscimo de horas para atividades não diretamente assistenciais 14. % de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes do Serviço
	<p>Processos de educação permanente para os trabalhadores, com ampliação de métodos de discussão e produção coletiva de conhecimento sobre o trabalho</p>	<ol style="list-style-type: none"> 15. Nº. de reuniões clínicas por semana 16. Nº. de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade 17. % de trabalhadores novos no Serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória 18. % de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos) 19. % de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período) 20. % de trabalhadores com participação em programas de educação permanente 21. % de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária 22. % de trabalhadores liberados do Serviço para participação em eventos externos (discriminar tipos de eventos) 23. Nº. de estagiários da rede de serviços recebidos para atividades de atualização
	<p>Processos de avaliação das atividades educativas, e da apropriação do conhecimento e mudanças das práticas profissionais</p>	<ol style="list-style-type: none"> 24. Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente 25. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores 26. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente 27. % de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
<p>V) PROMOVER ESPAÇOS COMPARTILHADOS PARA ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ELABORAÇÃO DE PLANOS DE AÇÕES PARA MELHORIA DO TRABALHO</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) ▪ Projetos de valorização e cuidado ao trabalhador de saúde ▪ Projeto para adequação de ambiente (Ambiência) ▪ Projetos Singulares de Saúde para os trabalhadores 	<p>Estratégias e instâncias de análise do processo e condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção de ambientes saudáveis de trabalho</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instâncias/dispositivos constituídos para fomentar e desenvolver análises sistemáticas dos processos de trabalho e levantar propostas de ações (Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST, Comunidades Ampliadas de Pesquisa/CAP e outras instâncias equivalentes) – Sobre esses dispositivos, ver bibliografia específica: www.saude.gov.br/humanizausus 2. Comissões (ou similares) implementadas para lidar com as questões de segurança e saúde no trabalho, instituídas seguindo os princípios da humanização (participativas, co-geridas, ampliadas em seu escopo de atuação). Incluem-se aqui tanto as instâncias tradicionalmente previstas em “leis”, quanto outras que possam se instaurar ampliando suas finalidades e modos de atuação 3. Programas de prevenção de riscos, promoção da saúde e/ou mudanças em geral no processo de trabalho implementados e avaliados quanto aos resultados 4. % de horas-extras realizadas pelos trabalhadores (evitando-se horas-extras desnecessárias ou induzidas) 5. % de acidentes de trabalho ocorridos e investigados
	<p>Implementação de ações assistenciais do âmbito da saúde do trabalhador</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações assistenciais de rotina desenvolvidas de forma regular, conforme normatizações, protocolos ou equivalentes: exames admissionais, periódicos e demissionais (exames e outros procedimentos realizados, fazendo-se os devidos ajustes conforme características específicas do trabalho)
	<p>Indicadores que podem ser utilizados como “variáveis dependentes” (para observação dos efeitos de intervenções ao longo do tempo)</p>	<p>Números absolutos, Taxas e outras formas de medida, relacionados a:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acidentes de trabalho (por tipos de acidentes) 2. Acidentes com material biológico 3. Acidentes com perfuro-cortantes 4. Doenças relacionadas ao trabalho (por tipos de doenças) 5. Mortes relacionadas a doenças ocupacionais e acidentes de trabalho 6. Afastamentos do trabalho por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho 7. Absenteísmo de trabalhadores por quaisquer motivos 8. Absenteísmo de trabalhadores por motivos selecionados 9. Licenças do trabalho por motivos selecionados 10. Licenças prolongadas (> 60 dias) 11. Satisfação dos trabalhadores (avaliações aprofundadas e classificação conforme graus de satisfação, levando-se em conta diferentes eixos do trabalho) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento do grau de satisfação dos trabalhadores ou redução do grau de insatisfação dos trabalhadores

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
<p>VI) ADEQUAR ÁREAS FÍSICAS (SEGUINDO O CONCEITO DE AMBIÊNCIA NOS PROJETOS ARQUITETÔNICOS), E PROVISÃO ADEQUADA DE RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <p>- Projeto para adequação de ambiente (Ambiência)</p>	<p>Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência</p>	<p>1. Projetos Arquitetônicos elaborados e executados com adequações nos ambientes, buscando-se atender aos usuários e trabalhadores. Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sinalização adequada, com identificação dos setores e orientando a movimentação geral do usuário no Serviço ▪ Acesso para deficientes ▪ Salas de espera com ambiente acolhedor, assentos em número suficiente, equipamento audiovisual ativo, e com disponibilidade de brinquedos nos casos de serviços para crianças ▪ Área de recepção com espaço suficiente e disposição adequada de modo a permitir fácil movimentação do usuário e trabalhadores ▪ Consultórios adequados, com conforto e privacidade visual e auditiva ▪ Áreas implementadas para "convívio", descanso e lanche da equipe de trabalho ▪ Instalações para abrigar serviços de atenção a situações de violência ▪ Instalações sanitárias para usuários e trabalhadores adequadas e com higienização constante ▪ Sala de reuniões ▪ Sistema de telefonia que atenda de modo suficiente às necessidades do usuário e dos trabalhadores ▪ Equipamentos de proteção coletiva (EPC) e instalações atendendo às normas de segurança e higiene previstas em legislações específicas ▪ Disponibilidade de vestuário e equipamentos de proteção individual (EPI) para os trabalhadores ▪ Certificados atualizados de qualidade da água consumida ▪ Armazenamento e remoção adequados dos produtos residuais e lixos específicos <p>2. Telefones públicos instalados nas dependências do Hospital</p>
	<p>Adequação, incorporação e disponibilização de recursos materiais, conforme necessidades dos projetos e atividades de rotina (assegurando desempenho e oferta adequada das ações de saúde)</p>	<p>1. Provisão, reposição e manutenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nº. e % de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço (evitando-se morosidade na provisão, reposição e manutenção) ▪ Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais ▪ % de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês ▪ % de exames não realizados por falta de material/insumos ou quebra de equipamentos ▪ Nº. e % de peças de roupas danificadas, manchadas ▪ Nº. e % de equipamentos danificados ▪ Nº. e % de demandas de transporte atendidas (de acordo com prioridades estabelecidas) ▪ Tempo médio transcorrido entre a solicitação de um serviço de transporte e o seu atendimento ▪ Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais

OBJETIVOS (E DISPOSITIVOS ASSOCIADOS)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (ESTRUTURA E PROCESSO)
<p>VII) PROMOVER QUALIFICAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO, A PARTIR DE INSTRUMENTOS SISTEMÁTICOS DE AVALIAÇÃO</p> <p><u>Alguns Dispositivos associados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento e Avaliação - Contratos de gestão - Projetos de Saúde Coletiva 	<p>Estratégias de qualificação do processo de trabalho e das ações, considerando políticas e instrumentos de avaliação e utilização da informação</p> <p>(fomentando a apropriação, pelos trabalhadores, da prática de avaliação nos níveis locais)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema implementado de Avaliação e Gestão baseados em desempenho/metras, e Comissão de Avaliação de Desempenho instituída, com participação dos trabalhadores 2. Estabelecimento sistemático de Metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas nas Unidades de Produção e Equipes locais, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros 3. Estratégias implementadas para fomentar a prática avaliativa, em equipe, no cotidiano do serviço 4. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho em trabalhadores 5. Estratégias implementadas de monitoramento da utilização do prontuário integrado, com critérios de avaliação da qualidade dos registros e divulgação de resultados em reuniões de equipe 6. % de prontuários avaliados, auditados, com e sem irregularidades 7. Manuais de procedimentos e normas documentadas e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento dos serviços (clínicos, organizacionais, de suporte) 8. Publicações regulares sobre os diferentes projetos e resultados de trabalho, contemplando iniciativas de divulgação para diferentes públicos: na imprensa em geral, boletins internos e outros

À GUIA DE CONCLUSÃO: OS INDICADORES EM UMA PERSPECTIVA DE CONTRATUALIZAÇÃO

Abordando a avaliação, colada ao planejamento, e em um referencial participativo, democrático, e enfatizando que o âmbito de construção das práticas de valorização é o espaço concreto em que se integram trabalhadores, gestores e usuários (atores-chave do processo de produção de saúde), define-se portanto um movimento que convida à negociação. E uma avaliação como processo de negociação orienta-se pela definição de metas, a serem levantadas e pactuadas no coletivo, buscando-se, no coletivo, os meios de sua viabilização. Trabalha-se na perspectiva de co-responsabilização dos diferentes atores para operar as mudanças necessárias, desejadas.

Como essas mudanças freqüentemente refletem um amplo cardápio de necessidades, nos processos de pactuação, ao se pensar em metas, pode-se trabalhar com a sua decomposição em metas programadas de forma gradativa, atreladas a um cronograma de implementação. Pode-se falar em subcomponentes do produto/indicador, que demonstrariam uma seqüência de eventos (diferentes ou como etapas de um mesmo evento) para o alcance do produto/resultado final.

Como processo de negociação, tais metas devem ser pactuadas considerando as diferentes realidades locais. O que poderia parecer apenas um processo de programação, ganha outra relevância – o princípio do monitoramento reafirma-se aqui como estratégia de acompanhar as ações, apontando ajustes e correções de rumo. E coincidindo com a idéia de “contratos de gestão”, um dos dispositivos caros à Humanização, desejado como meio de criação de redes de compromissos entre os sujeitos do processo de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Rev C S Col* 2004; 9(3):605-15.
- Akerman ME, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Pública* 1992; 8(4):361-65.
- Campos, GWS. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Agir em saúde: um desafio para o público. Organizadores Emerson Elias Merhry, Rosana Onoko. São Paulo, Hucitec; 1997
- Campos, GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec. 2000.
- Carvalho AI, Bodestein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Rev C S Col* 2004; 9(3):521-29.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineaut R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997, p.29-47.
- Dejours C. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. In: Hirata H.(org.). *Sobre o modelo japonês: automatização, novas formas de organização e de relações de trabalho*. São Paulo: Edusp; 1993.
- Demo, P. *Mitologias da avaliação: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas*. Campinas, SP: Autores associados. 2002.
- Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997, p.49-88.
- Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002, p.195-223.
- Esperidião, MA; Trad, LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-metodológicas. *Cad S Pública* 2006; 22(6): 1267-76.
- Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D. *Labirintos do Trabalho*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
- Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int Epidemiological Association* 1999; 28:10-18.
- Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
- Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação Saúde para Debate* 2000; 21:29-35.
- Lacaz, FAC; Sato, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- Maletta CHM. *Bioestatística e Saúde Pública*. Belo Horizonte: Editora Independente; 2000.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3): 239-262.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH) – Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- Ministério da Saúde/Política Nacional de Humanização. *Relatório Final da Oficina HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 31/01/2004.
- Moraes IHS. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.
- Novaes MH. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:547-59.
- OMS/Organização Mundial da Saúde. *Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales*. Genebra: OMS; 1991.
- OPAS/Organização Panamericana de Saúde/Ripsa. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS; 2002.
- Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Edusp; 2001.
- Rico EM, Saul AM, Fonseca AMM, Fagnani E, Perez JRR, Melo MA *et al*. *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais; 2001.
- Santos-Filho, S.B. *Perspectivas da Avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Relatório de consultoria realizada para o Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
- Silva LMV, Formigli VL. A avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:80-89.
- Tanaka OU, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.
- Tanaka OY. Health promotion challenge conceptions and an alternative evaluation approach. *Rev C S Col* 2004; 9(3):530-43.
- Vaughan JP, Morrow RH. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec; 1992.
- Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
- Victora CG. (Editorial): Avaliando o impacto de intervenções em saúde. *Rev Bras Epidemiologia* 2002; 5(1):3.
- Westphal MF. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Dilemmas in the evaluation of health promotion: how should Brazilian scientific output be oriented? *Rev C S Col* 2004; 9(3):530-43.