

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“O desafio da implantação da Política de Humanização nos hospitais gerenciados por organizações sociais: uma análise a partir dos contratos de gestão”

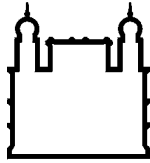
por

Stephanie Ferté

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins

Rio de Janeiro, maio de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“O desafio da implantação da Política de Humanização nos hospitais gerenciados por organizações sociais: uma análise a partir dos contratos de gestão”

apresentada por

Stephanie Ferté

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Márcia Motta Veiga Fuchs

Prof.^a Dr.^a Simone Santos Silva Oliveira

Prof.^a Dr.^a Maria Inês Carsalade Martins – Orientadora

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F411 Ferté, Stephanie.

O desafio da implementação da Política de Humanização nos hospitais Estaduais do Rio de Janeiro gerenciados por Organizações Sociais: uma análise a partir dos contratos de gestão. / Stephanie Ferté. -- 2015.

85 f. : tab.

Orientador: Maria Inês Carsalade Martins

Isabel Cristina Silva Arruda Lamarca

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Humanização da Assistência. 2. Educação Continuada. 3. Avaliação em Saúde. 4. Organização Social. 5. Indicadores de Serviços. 6. Gestão em Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10425

Dedico esta dissertação a meus pais Jacqueline e
Dominique, à minha querida irmã Alexandra
e a meu amor Daniel.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Jesus por esta oportunidade e aos seus anjos e entidades espirituais por estarem sempre velando por mim

Aos meus pais Jacqueline e Dominique, por terem me proporcionado a vida, por tudo que me deram nesta vida, por seu constante apoio e por terem me cedido o espaço dentro de casa, de modo que eu pudesse concluir esta dissertação.

À minha querida irmã Alexandra, pelo seu suporte, carinho e gentilezas durante todo o processo de construção deste trabalho, assim como ao meu cunhado Efrain por sua solidariedade neste período.

Ao meu namorado Daniel, por seu apoio, amor e compreensão nos momentos em que precisei estar ausente para me dedicar a este estudo, e principalmente por ter me auxiliado tão gentilmente na digitação das tabelas e anexos inseridos nesta dissertação e na tradução do resumo para o inglês.

Aos meus queridos avós André e Rolande, que de alguma forma contribuíram para a minha formação.

Ao Snoopi e Wendy por sua companhia nas madrugadas afora, enquanto eu escrevia.

À Maria Inês Carsalade Martins, pela orientação deste trabalho, por toda a sua ajuda, paciência, respeito e por ter compreendido os momentos difíceis que passei durante este período.

Às Prof. Dra. Simone Oliveira e Prof. Dra. Márcia Fuchs, por suas contribuições na minha banca de qualificação e por aceitarem participar da minha banca de defesa desta dissertação.

À Isabel Cristina Silva Arruda Lamarca, por sua ajuda na liberação do parecer do Comitê de Ética, assim como às funcionárias que nele trabalham, por sua paciência comigo.

A todos os autores em cujos os trabalhos eu me baseei para a elaboração desta dissertação e que foram fundamentais na construção da mesma.

Às minhas amigas Andréa, Ana Claudia, Renata, Giselle, Gabriela, Adriana Rezende, Adriana Raposo e Adriene, pela sua compreensão de meu afastamento necessário durante todo o período deste Mestrado. Nossa amizade vai além do tempo e da distância, e vocês sempre foram muito importantes para mim.

À minha querida amiga Nair, por sua incansável dedicação em ajudar ao outro, inclusive a mim.

Às minhas amigas e colegas de trabalho Soraya e Jane, por todo o carinho, conselhos e incentivos profissionais.

À minha amiga e colega de trabalho Roseli, por todo o seu suporte e encorajamento na minha trajetória profissional e por sua ajuda quando me candidatei a este Mestrado.

À Ciumara, amiga e colega de trabalho, por suas palavras de estímulo que foram decisivas para a conclusão desta etapa.

À Coordenação de Educação em Saúde da SES/RJ e seus colaboradores, por terem trabalhado para a participação dos funcionários desta Secretaria nesta turma de Mestrado Profissional.

À Fabiani Gil, por ter me dado a oportunidade de trabalhar na Assessoria de Humanização da SES/RJ, o que foi fundamental para a execução deste estudo, por ter acreditado em mim, por seu carinho e as caronas à ENSP.

Às minhas amigas e colegas de trabalho da Assessoria de Humanização da SES/RJ, Tatiana, Maria Teresa, Ana Roberta, Marcelle, Sonia, Danielle e Valéria, por seus conselhos, contribuições e amizade durante este período.

À minha chefe Gisele Vasquez, por compreender minha vivência neste processo e por ter me apoiado nos momentos em que eu precisei.

Às queridas Daniele e Patrícia da Assessoria Parlamentar da SES/RJ, por terem me auxiliado nas diversas documentações que precisei.

Ao Diogo e aos outros motoristas da SES que me deram carona até a ENSP.

À minha querida professora de Pilates Vanessa, por seus conselhos e que tantas vezes me ofereceu sua escuta durante este período, além de cuidar de minha lombar.

À minha professora de Pilates Ana Paula por sua compreensão e por destravar minha coluna.

À minha querida médica Eliane Puppim, por cuidar de mim, por me entender e por sua acupuntura.

À Coordenação deste Mestrado Profissional e aos seus funcionários, por seu empenho em nos ajudar no decorrer do curso.

A todos que de alguma forma me apoiaram, me escutaram, me incentivaram e contribuíram para que eu finalizasse esta etapa, eu agradeço sinceramente.

*“Lembre-se da sabedoria da água: ela nunca discute
com um obstáculo, simplesmente o contorna.”*

(Augusto Cury)

RESUMO

O presente trabalho pretende analisar o processo de monitoramento e avaliação das ações de Educação Permanente a partir dos contratos de gestão firmados entre a SES-RJ e OS's, para gerenciamento dos hospitais da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro identificando os limites e possibilidades do atual modelo de gestão, em relação à implementação da Política de Humanização nestas Unidades.

O estudo foi realizado nos contratos firmados com 11 hospitais estaduais do Estado do Rio de Janeiro e a estratégia metodológica compreendeu uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa documental utilizando dados secundários, cujo objeto de análise foram os contratos de gestão.

Dispondo do referencial teórico sobre os conceitos e o debate sobre Educação Permanente no contexto da Política de Humanização; Gestão da Saúde por OS e Avaliação de processos formativos, os resultados da análise dos dados apontam para questões críticas que devem ser revistas nos processos de contratualização, tais como: a discriminação das ações de EP a serem realizadas; o orçamento a elas destinados, as formas de acompanhamento e prestação de contas destas ações e os indicadores a serem considerados.

Este estudo apresenta alguns indicadores qualitativos de monitoramento e avaliação destas ações que, se adotados, podem contribuir para um melhor planejamento da gestão terceirizada dos serviços de saúde e para o fortalecimento das ações de EP.

Palavras - chaves: *Humanização, educação permanente, avaliação em saúde, organização social, indicadores de serviços*

ABSTRACT

This work aims to analyze the monitoring and rating's process of Permanent Education's activities (PE), from the management contracts signed between SESRJ and the SO's (Social Organization), for management of the hospitals from the state health network of Rio de Janeiro, identifying the limitations and possibilities of the current management model, over the implementation of the Humanization Policy in these Health Facilities.

The study has been made upon the signed contracts of eleven state hospitals from the State of Rio de Janeiro and the methodological strategies comprised a bibliographic research and a documentary research using secondary data, with the management contracts as object of analysis.

With the concepts and the debate over Permanent Education in the Humanization Policy's context; Health Management by SO and evaluation of training processes as referential theories, the results from the data analysis point towards critical questions that must be reviewed in the processes of contractualization, such as: the breakdown of actions of Permanent Education to be executed; the budget allocated to them, monitoring and provision's methods of accounts of these actions and the indicators to be considered.

This study presents some qualitative monitoring indicators and evaluation of these actions which, if provided, may contribute to a better planning of the outsourced management of health services and for and strengthening of Permanent Education's actions.

Keywords: *Humanization, Permanent Education, Health Evaluation, Social Organization, Health Indicators.*

LISTA DE SIGLASE ABREVIATURAS

CF - Constituição Federal

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CIES - Comissão de Integração Ensino-Serviço

CIR - Colegiado de Integração Regional

EP - Educação Permanente

MARE - Ministério da Administração da Reforma do Estado

MS - Ministério da Saúde

OS - Organização Social

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDRAE - Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado

PEP - Política de Educação Permanente

PNES - Política Nacional de Educação na Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH- Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar

PNS - Plano Nacional de Saúde

PREPS - Plano Regional de Educação Permanente em Saúde

SES/RJ- Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dados de identificação.....	51
Quadro 2 – Contratos de Gestão.....	53
Quadro 3 – Ações de Educação Permanente previstas nos contratos.....	59

ANEXO

Matriz I: Atenção Hospitalar – Objetivos de Desenvolvimento de Ações (Metas) e Indicadores na Atenção Hospitalar.....	74
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LISTA DE TABELAS E ANEXO

INTRODUÇÃO

12

I - REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

18

1.1- Educação Permanente no contexto da Humanização: uma estratégia de qualificação do trabalho e do trabalhador de saúde

18

1.2 - A Gestão da Saúde através de OS: a experiência da SES no Estado do Rio de Janeiro

27

1.3–Estratégias de Avaliação dos processos formativos para a Educação Permanente

35

II - METODOLOGIA

45

2.1 - Estratégia Metodológica

46

2.2 - Categorias de análise

49

III – ANÁLISE DOS RESULTADOS

50

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

62

4.1- Elemento para a construção de uma proposta de intervenção

65

V – REFERÊNCIAS

69

ANEXO

74

INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Sanitária no Brasil, iniciado nos anos 1970, se institucionaliza na Constituição Brasileira de 1988¹ com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado em 1990 pela Lei 8080. O SUS deve ser entendido como uma proposta de reformulação da política de saúde, pautado em um conceito ampliado de saúde e de seguridade social tendo como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e o controle social.²

Com mais de 25 anos de criação, o SUS ainda encontra dificuldades no seu processo de implementação, tanto junto aos usuários como aos profissionais, em relação à apropriação do conceito de promoção de saúde, base do novo modelo de atenção. Observa-se que a demanda ainda permanece muito centrada no binômio queixa-sintoma, com um foco biológico, tanto do sujeito que procura atendimento nas unidades públicas de saúde como dos profissionais que prestam os serviços. A estrutura dos serviços e a prática dos profissionais de saúde permanecem centradas na doença e no atendimento hospitalar. Percebe-se a necessidade de uma revisão, por parte dos profissionais de saúde e gestores, de suas concepções e processos de trabalho, no sentido de ampliar a corresponsabilidade e o diálogo entre usuários, profissionais e gestores no que se refere à produção do cuidado.

É neste contexto que é elaborada em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH), que emerge das reivindicações de usuários e trabalhadores em relação à qualidade da atenção e do trabalho, apresentando-se como política transversal que objetiva esmerar o acolhimento, o atendimento e a qualidade dos serviços ofertados pelo SUS.

A PNH, enquanto política pública de saúde, orientada por princípios e diretrizes, também possui uma promessa de efetivar não só transformações no modo de fazer, mas também de uma implicação subjetiva de transformar a própria realidade, de novas criações e até mesmo possíveis inovações nas práticas de saúde.³

Desde que surgiu em 2004, a PNH vem induzindo a inovações nas práticas de saúde e da gestão ao propor uma nova concepção do cuidado, entendendo inclusive que os processos de trabalho neste campo estão interligados à apreciação de um conceito ampliado de saúde. Diversos autores vêm contribuindo para o debate da Humanização³,^{4,5} na ótica de promoção de mudanças nos modelos de atenção integral à saúde.

Esta política procura considerar todos os elementos envolvidos no processo do cuidar por meio da valorização da subjetividade dos usuários, trabalhadores e gestores, com o discernimento de suas necessidades; estimulando o protagonismo, amplificando a corresponsabilidade e a cogestão neste sistema; incentivando a formação de vínculos solidários; considerando a ambiência e as condições de trabalho e atendimento, visando reestruturar os modelos de atenção e gestão na produção de saúde.⁶

Uma das dimensões da PNH é a Política de Educação Permanente (PEP)⁷ que procura dar protagonismo e relevância aos profissionais de saúde e à democratização das relações na produção de cuidados, colocando-se como um dos eixos norteadores da PNH.⁶

A Educação Permanente (EP) utiliza o Sistema de Saúde enquanto espaço de formação e capacitação de trabalhadores e é voltada ao atendimento das necessidades dos usuários do SUS. A formação integrada ao ambiente de serviço convida-os a refletirem sobre suas práticas laborais, sobre seus comportamentos e conhecimentos, problematizando-os de maneira a eclodir uma nova forma de saber fazer, ampliando os espaços de capacitação fora da sala de aula. Os atores se tornam então construtores do próprio conhecimento e de alternativas de soluções. A integração de educação e

aprendizagem no ambiente profissional norteia o conceito de Educação Permanente em saúde, que atua como estratégia para transformação dos processos de trabalho e da gestão dos serviços à população, na perspectiva de produção de integralidade, estabelecendo relações orgânicas entre profissionais e processos de trabalho.⁸

A referida política considera as particularidades de cada instância dos serviços, promovendo a superação de disparidades, nomeadamente a premência de formação, capacitação e desenvolvimento. A construção coletiva dirige o olhar para o acolhimento às diferentes demandas, ao comprometimento e essencialmente à cogestão,⁹ aspirando à implicação de todos os profissionais na problematização dos processos em que atuam.

A PEP aponta para o fortalecimento da corresponsabilidade e protagonismo, do desenvolvimento dos sujeitos inseridos na produção de cuidados, contribuindo para a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio da Educação em Saúde, entendida como estratégia político-pedagógica de construção de práticas e saberes em saúde.

Um dos desafios para os gestores estaduais e municipais de saúde, no contexto atual, é o de implementar esta política por meio de um modelo de gestão terceirizada através de contratos, em sua maioria com Organizações Sociais(O.S), que vem sendo adotado pelos governos estaduais e municipais.

O Estado do Rio de Janeiro sancionou em 19 de setembro de 2011, a lei nº 6043,¹⁰ dispondo sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais. Esta Lei permite que as atividades da área da saúde sejam terceirizadas e autoriza a gestão das unidades de saúde por O.S's. Estabelece-se, assim, no âmbito da SES, uma parceria entre as organizações do terceiro setor e o Poder Público, visando, segundo o documento, viabilizar soluções para os atuais problemas administrativos de gestão pública em prover as necessidades de saúde da população.

A partir do contrato de gestão estabelecido com as OS's, estão acordados indicadores e metas a serem cumpridos, que direcionam a realização de seus serviços. A execução destes objetivos e dos processos de gestão, dentro das políticas de saúde previstas, é fiscalizada pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ). As O.S's contratadas têm seu desempenho avaliado, com base no que foi acordado com a administração direta, o que determina a condição para a manutenção e renovação de seus contratos. Nesta conjuntura, o Estado possui então, um papel regulador na definição e no acompanhamento dos contratos de gestão com as OS's. Ele é o principal promotor e fiscalizador deste processo, assim como é o responsável pelo financiamento das ações realizadas.¹¹

Considerando a relevância da implementação das ações de EP previstas na PNH, é importante que estas ações estejam asseguradas nos contratos de gestão. É necessário, também, que as mesmas sejam constantemente monitoradas e avaliadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) de forma a garantir que os princípios da PNH e, sobretudo da PEP estejam na prática dos serviços contratados.

Nas circunstâncias atuais, a SES/RJ tem tido dificuldades em definir atividades, estabelecer metas e acordar indicadores que possibilitem acompanhar e avaliar os serviços prestados pelas O.S's contratadas no campo da EP, na medida em que são ações difíceis de serem mensuradas, tais como: a formação integrada ao ambiente de serviço com a ampliação dos espaços de capacitação (grupos de trabalho, oficinas, etc.); o desenvolvimento e o desempenho dos sujeitos inseridos na produção de cuidados, o nível de satisfação e participação dos trabalhadores e usuários no estabelecimento de metas e atividades; a transformação dos processos de trabalho e da gestão dos serviços; a construção coletiva e o acolhimento às diferentes demandas.⁶

A minha inserção enquanto profissional de apoio à gestão na Assessoria de Humanização da SES/RJ, setor responsável pela implementação da PNH no Estado do Rio de Janeiro, gerou um questionamento sobre como estão previstas as ações de EP nos contratos de gestão e de como elas são monitoradas e avaliadas.

Esta pesquisa se propõe a promover uma reflexão sobre os limites do modelo atual de contratualização, no que se refere às ações EP e as possibilidades de aperfeiçoamento do processo de monitoramento e avaliação das mesmas, por meio da introdução de novos mecanismos de pactuação e acompanhamento destas ações.

Espera-se também que os resultados obtidos possam gerar um espaço de debates e reflexões sobre os processos de trabalho das equipes de saúde dos hospitais estaduais, de forma a promover a qualificação permanente das práticas e dos cuidados em saúde ofertados à população, bem como de seus trabalhadores.

O objetivo geral deste trabalho é, portanto, analisar o processo de monitoramento e avaliação das ações de Educação Permanente nos contratos de gestão firmados entre a SESRJ e OS's, nos hospitais da rede estadual de saúde do Rio de Janeiro. Assim, pretende-se identificar os limites e possibilidades do atual modelo e propor indicadores de monitoramento e avaliação que possam contribuir para fortalecer a implementação da Política de Humanização nestas Unidades.

Os objetivos específicos deste estudo foram : I) a análise do processo de pactuação de metas e estabelecimento de indicadores de monitoramento nos contratos de gestão do Estado com as O.S's, para os hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, com foco nas ações de Educação Permanente; II) o mapeamento dos indicadores utilizados para avaliação e monitoramento das atividades de Educação Permanente; III) a identificação de novos indicadores para o monitoramento e avaliação

das ações de educação permanente que contribuam para o fortalecimento das ações de EP nos hospitais estaduais.

REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

1.1 Educação Permanente no contexto da Humanização: uma estratégia de qualificação do trabalho e do trabalhador de saúde

Os autores Benevides e Passos³ discutem o caminho que a ampliação do conceito de saúde dispôs às práticas em saúde relacionando a necessidade de ressignificação das ações que privilegiam o modelo queixa-conduta. Eles assinalam que a concepção de humanização se destacou sensivelmente a partir da década de 2000 em programas no âmbito da saúde, porém de forma segmentada. No ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) empreendeu ações nos hospitais e criou comitês de humanização com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao usuário e, posteriormente dos trabalhadores em saúde. Ainda podemos citar o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, enquanto propostas humanizantes, em resposta às reivindicações dos usuários e profissionais da área de saúde que se posicionavam a época. Porém, havia o risco de fragmentação da proposição do conceito de Humanização que surgia à luz dos diversos programas que despontavam. Havia então uma necessidade de transformar a humanização em uma política pública, de forma a efetivar na prática, os princípios do SUS.³

Em 2004, nasce a Política Nacional de Humanização, uma política pública transversal às diferentes instâncias e atividades do SUS. Ela compreende ações e programas de saúde, fomentando a valorização dos diversos sujeitos inseridos nos processos de produção de saúde tendo como valores a autonomia, o protagonismo, a corresponsabilidade dos trabalhadores do SUS e, considerando também, o

estabelecimento de vínculos solidários entre todos os envolvidos no processo de fazer saúde. A PNH se consolida, na medida em que traduz os princípios do SUS, conceitua que as práticas de atenção e gestão são indissociáveis, estimulando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários na produção de saúde.³ Esta política se desenvolve a partir das experiências do Sistema Único de Saúde, de seus processos de trabalho, e se estrutura nas práticas e vivências dos diversos agentes envolvidos no SUS. O Documento Base para gestores⁶ coloca que a Humanização procura “orientar as práticas de atenção e gestão do SUS a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário,...”. A transversalidade, um dos princípios da PNH, coloca os saberes e as práticas de saúde no mesmo plano de comunicação, dissolvendo as delimitações dos saberes e das zonas de poder nas relações de trabalho, em prol da produção de um plano comum. Neste sentido, ela fortalece o trabalho de equipe multiprofissional, fomentando a grupalidade, a democratização das relações de trabalho, a construção e a troca de saberes.

Em seu artigo “Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?”⁵, Campos, afirma que se considerarmos a Humanização na perspectiva de democratização das relações interpessoais, trata-se de uma política que leva à transformação das estruturas, dos processos de trabalho e dos agentes envolvidos nas práticas de saúde do SUS. Neste trabalho, Campos aponta que o debate sobre a Humanização deve considerar a habilidade de elaborar novas utopias com a de intervir na prática existente nos sistemas de saúde. Segundo ele: “a humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso”.⁵

Segundo Benevides e Passos, a humanização do SUS preconiza transformações nas práticas de atenção e gestão, em que os agentes envolvidos, sejam promotores de

mudanças, pois seria a partir de uma mudança nas formas dos sujeitos se relacionarem, formando coletivo, que as práticas de saúde poderiam de fato ser alteradas.³ Os autores ainda relatam:

“Partir das existências concretas é ter que considerar o humano em sua diversidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Tal desidealização do Homem dá como direção o necessário reposicionamento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde. Assim, redefinindo o conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo.” (p.390)³

O posicionamento da humanização em prol de um sujeito protagonista e autônomo se afina com a ideia da correlação entre o conhecimento e a transformação da realidade, o que levou o movimento da humanização da saúde à elaboração de uma política pública.

Em seu artigo, Barbosa, Meneguim, Lima e Moreno¹² discutem a premência de se sobrepujar a concepção biologicista nos cuidados em saúde, além de valorizar a cultura e os saberes dos usuários. O respeito às singularidades e subjetividades destes últimos devem estar presentes nos seus encontros com os profissionais, pois os serviços de saúde tendem a estar marcados por condutas padronizadas, dificultando atitudes inovadoras. Os autores enfatizam que o processo de trabalho é sublinhado pela desvalorização dos trabalhadores e o baixo investimento em EP. Segundo eles, a formação e as capacitações abrem portas para a realização de mudanças nas práticas de saúde, principalmente no que tange a educação permanente, que parte do cotidiano de

trabalho. A EP intervém nos próprios espaços de trabalho, servindo como ponte para provocar inovações na produção de saúde, gestão e no cuidado.

Difícilmente uma organização possui todos os recursos de conhecimentos que lhe são necessários. Assim, para inovar, ela deve se aliar a outros parceiros, órgãos e instituições que lhe darão subsídios.¹³ O campo da saúde, em contínuo crescimento e cada vez mais importante na economia, se beneficia do surgimento de novas tecnologias, produtos, serviços, processos e principalmente de novas políticas. Sua crescente expansão, assim como o número de postos de trabalho nesse campo, tornou o setor público o responsável por um número considerável de empregos no setor saúde.¹⁴ Neste contexto, as formações e capacitações, principalmente as especializadas, e o desenvolvimento de competências necessárias às especificidades dos serviços neste campo, são fundamentais ao atendimento às demandas de saúde da população e possuem especial atenção no que se refere à constante renovação do conhecimento e consequentemente, às inovações nesta área. Na perspectiva de inovar, o conhecimento, o aprendizado e a inovação são conceitos interligados, e com isso, existe um crescente interesse dos governos para a implementação de políticas que promovam a criação constante de novos conhecimentos. Há uma complexa e dinâmica interação entre diferentes fontes de inovação, e a difusão de novos conhecimentos. O processo de aprendizado contempla o uso de informações e a criação e divulgação de conhecimentos,¹⁵ sejam eles codificados ou tácitos¹, sendo uma atividade que integra as experiências individuais e institucionais. Seu desenvolvimento está ligado às interações entre os diferentes agentes sociais, e à implantação de diferentes canais de comunicação que reproduzem as condições do ambiente social, cultural e

¹Segundo os autores, o conhecimento tácito equivaleria ao que sabemos mais do que conseguimos falar ou descrever, resultando também de nossas experiências, enquanto o conhecimento codificado seria mais facilmente descrito e difundido, porém, para assimilação e uso de toda informação/conhecimento codificado seriam necessários conhecimentos tácitos. O conhecimento tácito poderia ser considerado um diferencial de desenvolvimento e competitividade.

organizacional. O aprendizado é um processo permanente de construção e reconstrução do conhecimento, transpassado pelas mudanças constantes nas interações entre os atores e o ambiente externo.¹³

Os autores Heckert e Neves¹⁶ relatam que a PNH, no que se refere às formações e capacitações, parte em direção a um caminho de acordo com seus princípios e diretrizes que consideram inseparáveis a gestão do cuidado com produção dos cuidados em saúde e a necessidade de transversalizar práticas e saberes. Assim, a Política Nacional de Humanização refuta as formações que reproduzem a fragmentação do conhecimento e das práticas em saúde que estimulem um processo de trabalho calcado no modelo biomédico.

“Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho”¹⁶

O Documento Base para Gestores⁶ relata que a Humanização enquanto política transversal na Rede SUS implica no engajamento da articulação dos processos formativos e de capacitação com as práticas e os serviços em saúde. O mesmo documento ainda descreve que a implementação da PNH pressupõe diversos eixos de ação, e dentre eles está previsto o da educação permanente:

“No eixo da educação permanente em saúde indica-se que a PNH:

- 1) seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação;
- 2) oriente processos de educação permanente em saúde de trabalhadores nos próprios serviços de saúde;”

Para Pasche,¹⁷ em texto apresentado no 1º Seminário Nacional do Pró-Saúde II, realizado em março de 2009, enriquece este debate ao apontar que a formação considera a prática de experimentação no âmbito dos serviços de saúde com as equipes. O próprio espaço de capacitação no campo da saúde seria a rede de serviços do SUS, de forma que a formação é indissociável da experimentação, e da troca entre os diferentes atores nas situações concretas e cotidianas dos serviços de saúde.

A Lei 8080/1990² que regula as ações e os serviços em Saúde insere no campo de atuação do SUS a formação dos Recursos Humanos e a integração entre ensino e trabalho:

“Art. 27. I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.”

A portaria 198/2004⁸ (posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007) do Ministério da Saúde, vem orientar a implantação da Política de Educação Permanente em Saúde em todo o país. Seus principais conceitos são o apoio aos processos de capacitação da área da Saúde, estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Propõe que se fomente a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde.

O Sistema de Saúde é utilizado enquanto espaço de formação e capacitação dos trabalhadores, voltadas para atender às necessidades dos usuários do SUS.

A Portaria nº1996 de 2007⁷ define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNES) e o conceito de Educação Permanente se fortalece cada vez mais no Brasil, assim como sua implantação e organização na estrutura do SUS. Há uma articulação com os atores estratégicos para a consolidação da Política de Educação Permanente em Saúde, e com o Termo de Compromisso são delineadas as responsabilidades da Educação na Saúde e o estabelecimento do Pacto pela Saúde e o Pacto de Gestão. Esta portaria determina a vinculação das ações de EP aos planos de saúde dos âmbitos municipais, regionais ou estaduais. Institui também os Colegiados de Gestão Regional (CGR) - que posteriormente se tornarão os Colegiados de Integração Regional (CIR) através do Decreto Presidencial nº 7.508 de 28/06/2011¹⁸. Na portaria está prevista a criação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), em nível regional, como instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, que apoiam e assessoram os CGR na formulação, na condução e no desenvolvimento da PNES, assim como regula a elaboração dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde (PREPS).

Segundo a Política de Educação Permanente em Saúde⁷: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”. Suas ações visam atingir o objetivo nacional de investir em qualificação de profissionais para o SUS, em conformidade com uma das diretrizes do Plano Nacional de Saúde (PNS)¹⁹: “Contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho dos profissionais e trabalhadores da saúde”. A formação integrada ao ambiente de serviço convida os trabalhadores a refletirem sobre suas práticas laborais, sobre seus

comportamentos e conhecimentos, para que ocorra uma nova forma de saber fazer, ampliando os espaços de capacitação fora da sala de aula e dentro das organizações. As pessoas se tornam então construtoras do próprio conhecimento e de alternativas de soluções, ao invés de meros receptores. O conceito de E.P modifica substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problematização. Assim, a integração de Educação e aprendizagem no ambiente profissional norteia o conceito de Educação Permanente em saúde, que atua como estratégia para transformação dos processos de trabalho e da gestão dos serviços à população. A Política de Educação Permanente considera a problematização dos processos de trabalho como essencial à gestão dos serviços em saúde. Ela pode ser compreendida como uma proposta de ação apta a contribuir para a qualificação da atenção à saúde, através da transfiguração dos processos de formação e das práticas pedagógicas voltadas para esta área.

A integração Educação e Trabalho em saúde é um dos princípios da política de Educação para o SUS². Transformar a formação e gestão do trabalho em saúde não pode ser considerado questão simplesmente técnica, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. O conceito de Educação Permanente em saúde atua como estratégia para a transformação dos processos de trabalho e da gestão dos serviços à população. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe uma articulação com o SUS, suas esferas de gestão, e as instituições de formação, procurando identificar problemas habituais, apontar soluções e inovar no trabalho que envolve os cuidados em saúde. Seu objetivo é construir uma política de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais desta área, no que concerne a educação técnica, a de nível superior, de especialização, educação permanente e produção de conhecimento para a mudança das práticas de

saúde. Esta política pretende fomentar a capacitação de um profissional crítico, capaz de saber ser, saber fazer e saber aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social de maneira a prestar uma atenção humana e de qualidade, promovendo um modelo de atenção integral. Ela preconiza que cursos pautados na experiência cotidiana do trabalhador, assim como jornadas e rodas de conversas internas, oficinas e encontros entre os profissionais sejam ferramentas para um diálogo-confrontação que promovam a discussão de possíveis mudanças nas situações de trabalho. Enquanto estratégias educativas, estas ferramentas permitiriam que os trabalhadores questionassem e repensassem suas práticas rotineiras de forma a propor mudanças concretas nos processos de trabalhos onde estes atores encontram-se inseridos, com o objetivo de garantir os direitos dos usuários. Com foco para a intervenção nos cuidados de saúde, elas se apresentam enquanto possibilidades para a construção de um projeto coletivo envolvendo trabalhadores, usuários e gestores, frente às dificuldades encontradas.¹²

A Política de Educação Permanente contribui para a implementação de ações que objetivam o fortalecimento da cogestão, que estimulem a autonomia dos sujeitos na produção da saúde, a partir do desenvolvimento dos profissionais.^{6,7,9}

A autora Farah²⁰ explica a diferença entre a Educação Continuada e a Educação Permanente. A primeira contempla alternativas educacionais voltadas para melhorar ou atualizar os trabalhadores, fomentando seu desenvolvimento de maneira mais abrangente do que a educação em serviço, a fim de complementar a formação dos profissionais. Assim, educação continuada beneficia o indivíduo, qualificando-o para exercer suas funções. Para Silva et. AL (apud Fora, p.11)²⁰ : “educação em serviço é um conjunto de práticas educacionais planejadas com a finalidade de ajudar o

funcionário a atuar mais efetiva e eficazmente, para atingir diretamente os objetivos da instituição.”

A integração educação e trabalho geram mudanças nas práticas de formação e consequentemente, nas práticas em saúde. Em seu artigo, Merhy²¹ enriquece este debate fazendo a seguinte consideração:

“... há treinamentos que são necessários para a aquisição de certas técnicas de trabalho, mas isso é pontual e pode ser suprido sem muita dificuldade. O que aponto é a necessidade de olharmos de outros modos explicativos para esta relação em dobra: educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro.” (p.172)²¹.

1.2. A Gestão da Saúde através de OS: a experiência da SES no Estado do Rio de Janeiro

Os anos 1990 foram marcados por um intenso debate sobre a relação Estado-Sociedade, que se refletiu em diferentes propostas de Reforma do Estado, que tinham como elemento propulsor as transformações econômicas e uma nova dinâmica de organização mundial, impulsionada pela globalização da produção e do comércio. Do ponto de vista da gestão pública, além de questionados o tamanho e a extensão da participação do Estado nas economias nacionais, o pensamento liberal hegemônico, indagava também o modelo burocrático da administração pública. Para esta corrente de pensamento, hegemônica nos anos 1970, o modelo burocrático da administração pública, já não dava conta das mudanças que ocorriam no mundo. O novo modo de produção e de organização dos serviços na perspectiva da reestruturação produtiva e novas formas de organização e gestão do trabalho contemporâneo, exigia uma maior eficiência e agilidade da máquina pública, que vai se consubstanciar no modelo de administração gerencial.

É neste cenário que, no Brasil, o governo em 1995 propõe um novo modelo de gestão pública, voltado para resultados, ou seja, um modelo gerencial, com “uma engenharia institucional capaz de estabelecer um espaço público não estatal”²². Este modelo é que vai inspirar a construção do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)²³, de 1995, cujo objetivo era uma reforma gerencial da máquina pública e “a delimitação do tamanho do Estado”²⁴

Naquele momento, a Nova Gestão propunha uma série de privatizações de empresas estatais, no intuito de terceirizar todas as atividades que não seriam de âmbito exclusivo do Estado. As ideias neoliberais, no cenário internacional, defendiam o controle dos gastos públicos; a redução dos gastos com Recursos humanos, considerados onerosos em função dos direitos sociais que sobrecarregavam a folha de pagamento, a flexibilização das contratações da força de trabalho; e a restrição do Estado às suas funções mínimas de justiça e segurança.¹¹

O discurso neoliberal questionava o protecionismo das então políticas sociais do Bem Estar Social, perante a crise econômica e a estagnação mundial, defendendo os destinos aos quais eram direcionados os recursos públicos²⁵. Assim, impelido pelo pagamento da dívida externa e o discurso da imperiosidade de tomar parte da agenda internacional de globalização do capital, o Governo brasileiro propõe uma reforma da gestão pública. É colocado então na agenda do debate nacional, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)²³, em 1995, onde o objetivo era uma reforma gerencial da máquina pública e “a delimitação do tamanho do Estado”²⁴. Neste projeto, a administração pública se apropriaria de uma nova estrutura institucional, desburocratizada e com maior agilidade e autonomia de gestão.

O PDRAE (1995) se fundamentava na divisão do aparelho do Estado em quatro núcleos para os quais foram delineadas finalidades específicas para cada um. Segundo Lamarca, os referidos setores eram:

1. **“O núcleo estratégico** – constituído pelos três poderes e responsável por editar leis, formular políticas públicas e cobrar cumprimento das leis, defesa nacional, segurança pública, relações exteriores, arrecadação de impostos, administração financeira e administração de pessoal do Estado.
2. **As atividades exclusivas do Estado** – serviços públicos típicos e indelegáveis, de propriedade pública. (Previdência social básica, tributação, fiscalização, justiça, diplomacia, fomento e segurança pública).
3. **Os serviços não exclusivos** – Estado pode atuar concomitantemente com o setor privado e tem como estratégia a publicização. (Educação, saúde pública, pesquisa científica, cultura e seguridade social).
4. **Produção de bens e serviços para o mercado** – privatização. (Atividades de infraestrutura, formadas pelas estatais).”¹¹

Neste novo contexto de gestão pública, o Estado teria uma atuação predominantemente reguladora, fiscalizadora e promotora dos serviços públicos, buscando a “descentralização, a desburocratização e o aumento da autonomia de gestão”²⁶. Este modelo propiciaria uma maior flexibilidade administrativa nos processos de gerenciamento, com relação à histórica rigidez da administração pública, no geral. Segundo a definição do próprio MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado):

“A reforma do Estado deve ser entendida dentro do contexto da redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via da produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento.”²⁷

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado abre então, as portas para as diversas privatizações ocorridas nos anos 1990 e para a terceirização de funções não

exclusivas do Estado, incorporando na gestão pública o conceito de flexibilização. Sua estratégia se baseia na “publicização” das atividades e serviços não exclusivos do Estado, a serem assumidas por um setor não estatal. Neste cenário, assistimos à inserção de um novo ator: as Organizações Sociais.²⁷

Em 15 de maio de 1998 o Governo Federal promulga a Lei 9.637²⁸, que dispõe sobre a qualificação das organizações sociais, formadas por entidades não governamentais e sem fins lucrativos, estabelecendo as parcerias entre o Poder Público e o terceiro setor, para a prestação de serviços elencados como serviços públicos. As Organizações Sociais se respaldam em uma qualificação concedida a uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atuem em prol do interesse público exercendo atividades de interesse social e constituídas por particulares que estabelecem parcerias com o Estado.²⁹ Os serviços que podem ser transferidos para as Organizações Sociais e da Sociedade Civil de Interesse Público fazem parte da categoria dos serviços públicos não exclusivos do Estado. Esses serviços podem ser definidos como aqueles em que a Constituição Federal estabelece a obrigação da prestação pelo Estado, mas permite que sejam prestados pelos particulares, mediante qualificação específica de lei, entre os quais a saúde:

(C.F 1988) “Art.197 - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”¹

As O.S’s são pessoas jurídicas de direito privado, submetidas ao regime de direito privado, gozando de uma autonomia administrativa consideravelmente maior em comparação à do aparelho do Estado, com liberdade de contratação da força de trabalho e para a adoção de normas próprias para compras e contratos. Entretanto, por receberem

recursos públicos para execução de serviço seus dirigentes são chamados a assumir uma responsabilidade maior, em conjunto com a sociedade, no que se refere a gestão da instituição e a melhoria da eficiência e qualidade dos serviços prestados, estando reguladas por meio de um contrato de gestão. Os recursos destinados a elas são públicos e cabe-lhes um importante papel na implementação das políticas sociais do Estado, o que é enfatizado pelo contrato firmado entre elas e o poder público. Ao Estado caberá a supervisão e a fiscalização dos recursos aplicados através de um instrumento inovador e eficaz, ou seja, o controle dos resultados e metas, estabelecidos em contrato de gestão.²⁷

O fato de as O.S`'s gozarem de considerável flexibilidade e autonomia administrativa, inclusive no que refere às normas para contratações de recursos humanos e de compras, ganha relevância no sentido de encontrar soluções para melhorar o funcionamento das unidades de saúde do estado. Segundo Barbosa & Elias³⁰, o grau de autonomia das O.S`'s tanto para contratação de pessoal, quanto para aquisição de bens e serviços, possibilitaria a realização de todas as disposições institucionais que asseguram a melhor eficácia possível no uso dos recursos disponíveis. Estas organizações, no que tange às compras, estariam condicionadas exclusivamente ao que foi apregoado pelo regulamento, a estas O.S`'s. Em seu artigo “As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado”³⁰, os autores contribuem para esta discussão ao fazerem uma análise do processo de implementação das O.S`'s, no Estado de São Paulo, com destaque para a influência que tiveram fatores como a autonomia financeira e administrativa, pelo direcionamento proposto no contrato de gestão, assim como para o emprego de ferramentas e de práticas gerenciais inovadoras, enquanto fatores que condicionaram o ganho de eficiência destas O.S`'s frente às unidades da Administração Direta (AD). Para estes autores, a burocratização dos processos no setor público tem estimulado o investimento de novas figuras jurídicas no âmbito desta gestão, que seriam as autarquias, as fundações, as empresas públicas e as

organizações sociais, na tentativa de formular novos e mais ágeis instrumentos para a administração pública.³⁰

A discussão sobre Inovação está presente no bojo das reformas econômicas e políticas a partir dos anos 1980 quando são resgatados autores clássicos dos quais destacamos Schumpeter que inclui, entre os vários tipos de inovação, as inovações de processos e as inovações de estratégias organizacionais. Segundo as ideias de Schumpeter³¹ sobre a inovação, a aplicação econômica de um avanço tecnológico, da invenção de um novo produto ou de novos processos de produção e de trabalho nas empresas e no mercado, é a chave para o crescimento econômico. Enquanto a teoria econômica clássica considerava o progresso técnico como resultado da adoção de inovações, como um elemento exógeno ao sistema econômico. A visão neo-schumpeteriana, leva em conta que o progresso técnico é um efeito do desenvolvimento de inovações que dependem não apenas da natureza do campo em que estas são criadas, como também de fatores institucionais (endógenos).

O conceito neo-schumpeteriano¹³ considera a criação de novos conhecimentos, sua aquisição, divulgação e introdução no sistema produtivo, como de suma importância na evolução de novas tecnologias. Este processo conduz à eclosão de inovações, considerado fator-chave para o processo de desenvolvimento econômico.

Nesta perspectiva, o novo modelo gerencial para o setor público poderia ser considerado como uma “inovação” necessária, do ponto de vista dos formuladores destas novas políticas, sendo capazes de gerar conhecimentos e resultados mais satisfatórios.

Apesar de regulamentado no final da década de 1990, este modelo de gestão só vem efetivamente a ser implantado na saúde na segunda metade da década de 2000,²⁴ já

no contexto de uma nova política para o setor público, em um novo governo que, pelo menos em suas diretrizes programáticas, era menos comprometido com o modelo neoliberal.

Segundo o Mendes ³², de uma maneira geral, os contratos devem conter um conjunto de cláusulas essenciais, inclusive as que envolvem o sistema de monitoramento e avaliação, pois que este configura-se como um dos pontos essenciais de pactuação, enquanto instrumento estratégico de gestão do SUS.

Para o autor, a contratualização da prestação de serviços de saúde inserida no SUS, objetiva transformar os contratos de instrumentos meramente burocráticos para um processo que se fundamenta na definição de metas quantitativas e qualitativas definidas em função das necessidades de saúde dos usuários. Ademais, são descritas as obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e previstos os critérios para o monitoramento e avaliação do desempenho dos prestadores, assim as partes devem definir os objetivos de seu acordo de forma mais precisa possível, através de indicadores quantitativos e qualitativos. A discriminação dos produtos pactuados deve abarcar indicadores de qualidade dos serviços de saúde e de satisfação da população e os produtos estabelecidos e convertidos em indicadores quantitativos e qualitativos devem ser verificados durante uma periodicidade predeterminada pelo ente fiscalizador. Segundo o autor: “o processo de monitoramento e avaliação implica o julgamento de valor sobre uma intervenção para racionalizar o processo decisório.” (p.193). ³²

No Estado do Rio de Janeiro, em 19 de setembro de 2011, é sancionada a lei nº 6043, que dispõe sobre a qualificação das entidades sem fins lucrativos, as Organizações Sociais, “cujas atividades sejam dirigidas à saúde, incluindo a área da assistência, ensino e pesquisa” (Lei 6.043/11, pg.1)¹⁰ e autoriza a gestão das unidades de

saúde por estas O.S's, mediante um contrato de gestão, onde por escrito são expressas suas atribuições e responsabilidades, firmando uma parceria entre as organizações do terceiro setor e o Poder Público (Seção III, Art.10; II):

“Art. 10. O contrato de gestão celebrado pelo Estado, por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde, formalizado por escrito, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes, e deverá conter, em especial, cláusulas que disponham sobre:

I - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS;

II - especificação do programa de trabalho proposto pela Organização Social, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

III - obrigatoriedade de constar, como parte integrante do instrumento, a proposta de trabalho, o orçamento, o prazo do contrato e as fontes de receita para sua execução...

VII - vinculação dos repasses financeiros que forem realizados pelo Poder Público ao cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão; §1º Adoção de práticas de planejamento sistemático das ações da Organização Social, mediante instrumentos de programação física e financeira, de acordo com as metas pactuadas.”¹⁰

A escolha do Estado do Rio de Janeiro em trabalhar em consórcio com as O.S's no que se refere à área da saúde, no entender de seus dirigentes, poderia ajudar a solucionar problemas administrativos e burocráticos da gestão pública.

Atualmente são realizados contratos de gestão entre a SES/RJ e Organizações Sociais qualificadas como tais, para que estas gerenciem as unidades hospitalares e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) do Estado do Rio de Janeiro, em conformidade com as políticas de saúde em vigor, como prevê os contratos firmados.

Entretanto, o questionamento deste trabalho é a viabilidade deste novo modelo de gestão em atender à PNH, através de um de seus eixos estruturantes, ou seja, implementando a Política de Educação Permanente. Como poderia ser realizado o monitoramento e a avaliação, por meio de indicadores, deste processo, uma vez que a Política de Educação Permanente em Saúde enfatiza que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS sejam definidas a partir da identificação dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, sendo a integração Educação e Trabalho em saúde um de seus princípios⁷.

Neste cenário, a SES/RJ se defronta com o desafio de como definir metas e estabelecer estratégias de avaliação, de forma a seguir e monitorar os serviços prestados pelas O.S's contratadas, que gerenciam seus hospitais, no que se refere à Educação Permanente - cuja proposta é a formação integrada ao ambiente de trabalho, o desenvolvimento dos sujeitos implicados nas práticas de saúde, visando a transformação dos processos de trabalho e da gestão dos serviços, a partir de uma construção coletiva e acolhendo as diferentes demandas.

Este estudo problematiza a avaliação dos resultados funcionais resultantes das ações da E.P, no contexto da PNH, em uma estrutura de gestão terceirizada em que por meio de contrato de gestão são estabelecidas metas previamente acordadas no nível central.

1.3. Estratégias de Avaliação dos processos formativos para a Educação Permanente

Considerando a PNH na perspectiva de uma política pública, como tal deve-se colocar como objeto de avaliação, no sentido de dar visibilidade ao estabelecimento de

prioridades, do emprego de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados.³³

Na medida em que as propostas da PNH incorporam e pretendem dar concretude aos princípios do SUS, em especial a atenção integral aos usuários, assegurando o direito de cidadania dos mesmos ⁶, abre-se um vasto e complexo campo para avaliação da PNH, em especial, a Educação Permanente.

A questão maior que se coloca, quando se fala em avaliação de uma política é com relação à sua elaboração, principalmente por ser uma política que se direciona ao “modo de fazer”.

A autora Hartz define como principais objetivos de uma avaliação:

- ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);
- fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);
- contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).³⁴

Considerando que a PNH se direciona, a partir de dispositivos que intentam reorganizar os processos de trabalho em saúde, sugerindo mudanças nas relações entre profissionais de saúde, usuários e gestores no que se refere ao dia-a-dia dos serviços e da condução das práticas do cuidado em saúde⁹, o desafio é como avaliar resultados funcionais resultantes das ações da E.P, no contexto da PNH. Como verificar os produtos efetivos das ações de humanização e educação permanente, interpretadas por meio de “medidas-efeito”, que poderiam ser identificadas como indicadores, que traduzem repercussões “*de deslocamentos subjetivos, de construção coletiva de novos*

sentidos do trabalho, pois são justamente estes que permitem a produção de novas práticas de gestão e cuidado”. (apud. Santos Filho) ³³.

Para Santos Filho, a consolidação da PNH como política pública passaria pelo investimento no campo avaliativo³³. A Política de Educação Permanente, um dos eixos estruturantes da PNH entende por qualificação e formação, o aprendizado realizado através da problematização do conhecimento que se adquire, diferentemente do sistema tradicional de aprendizagem onde o aluno se torna um mero receptáculo das informações passadas. O princípio pedagógico pressuposto é que seria através do questionamento e da relação do aprendizado ao ambiente de trabalho que mudanças efetivas podem acontecer não só no próprio sujeito, mas também em seus processos de trabalho.³³

Dentre os autores que dão suporte a este conceito de formação e qualificação destacamos como referências Paulo Freire ³⁵ e Pedro Demo ³⁶. O primeiro defende que a capacidade do homem em aprender está ligada à apreensão da realidade, que a construção do conhecimento se daria quando o sujeito participa de sua elaboração, e diz respeito à autonomia do educando, imprescindível no trabalho pedagógico. O segundo considera que “aprender supõe posição de sujeito, não de objeto que apenas engole, recebe”³⁶.

Nesta perspectiva, o processo de avaliação tem como ponto de partida a trajetória dos sujeitos, em um processo coletivo de aprendizado, e como estratégia o acompanhamento desta dinâmica, enquanto articuladora de práticas e métodos, com o objetivo de gerar novas interrogações³. Para Santos Filho, esta é uma atividade que abriga variadas realidades e diversos referenciais de análise ³³.

A Educação Permanente, enquanto estratégia de qualificação da atenção, do cuidado e das práticas cotidianas em saúde, procura alcançar os serviços prestados aos

usuários, assim como a autonomia e a valorização dos trabalhadores desta área. Desta forma, seus indicadores devem traduzir as mudanças que ocorrem nos processos de trabalho, na produção de sujeitos e no atendimento à população. Neste âmbito, estão envolvidos dispositivos inovadores e complexos, e a avaliação deve refletir os processos suscitados em sua implementação, atentando para que isso seja feito de forma a retratar o que de fato é inovador na criação destes dispositivos. O autor Santos Filho sugere uma atenção especial com as perguntas que orientariam os processos de avaliação, que seria: *“o que é para ser avaliado: o que será mensurado?”*³⁷

Os indicadores de saúde são medidas-síntese com dados significativos sobre a atuação do sistema de saúde. Em um de seus artigos, Santos Filho os define como *“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”*³⁷. No entanto, o que Santos Filho menciona como acompanhamento avaliativo das formações se fundamenta no conceito de *“avaliação formativa-participativa-reguladora-emancipatória”*³³. O autor argumenta que há uma reconstrução no processo de formação que coincide com as dimensões subjetivas incluídas no trabalho em saúde, ou seja, as dos saberes, dos afetos e dos poderes, e que todos devem ser sempre analisados e observados durante todo o processo, por tratar-se de um ato constante.

Nesta linha, o processo de avaliação seria referenciado pela valorização das singularidades e subjetividade dos diferentes sujeitos participantes da formação, e objetos da avaliação, os quais se inserem em diversas realidades e vivências no seu cotidiano laboral, o que além de promover uma emancipação destas pessoas, permitiria um ajuste nos processos de trabalho. O autor ainda defende que a avaliação, enquanto

dispositivo na PNH, deve ter um papel formativo e de promoção da autonomia, no sentido que forneça uma dinâmica que contemple:

“(i) a finalidade do processo de formação num dado referencial teórico-político, (ii) a realidade específica do curso e de sua proposta pedagógica ajustada às necessidades daquele público-alvo, (iii) o modelo de sistema de saúde no qual os sujeitos estão inseridos e, (iv) os princípios propostos para a humanização desse sistema.”³³

O acompanhamento avaliativo abraçaria uma atribuição de integração, que visa agregar os elementos do processo formativo, com análises contínuas, tornando-se uma tática para a realização da avaliação sistemática que busca alcançar os sujeitos no decorrer da formação. É neste sentido que Santos Filho diz que a avaliação deve ser considerada uma constituinte, um nexos do processo pedagógico, um “processo aplicado no sentido de orientar adequações e ajustes” na trajetória dos cursos, e não se refere a uma fiscalização do cumprimento de normas³³. Ele ainda considera que um dos métodos a ser utilizado no acompanhamento avaliativo é a observação participante. Os autores Batista et.al, em seu artigo, relatam a experiência de um curso universitário voltado para a saúde onde o processo avaliativo inclui a observação-participante e onde a mesma “... trouxe o olhar do professor sobre o processo de ensino-aprendizagem nos seus vários momentos”³⁸. Porém, Santos Filho chama a atenção para a necessidade, em um primeiro momento, o de observação das situações e dos participantes, chamando-os para problematizarem a bagagem de vivências que trazem para a sala de aula, assim como seus pronunciamentos elaborados, destacando o que deste material converge em direção aos princípios da Política Nacional de Humanização. O autor argumenta que se pode fazer um recorte dos indicadores em vários âmbitos, através de uma escuta, observação e acompanhamento destes momentos, a partir dos assuntos e temas mais conversados,

os tipos de vivências mais questionadas pelos alunos, sua frequência e também as reações suscitadas pelos sujeitos quando da problematização das questões, suas desmotivações e resistências. “Configura-se assim uma *observação-participante-intervenção*, para além, de uma perspectiva de *escuta/descrição* dos eventos/situações.”³³ Sob esse olhar, o acompanhamento avaliativo também segue um dos princípios fundamentais da PNH, que é o princípio da inclusão. A partir deste momento, Serafim sugere que se poderia fazer um redirecionamento das ações e das implantações de algum projeto em andamento. Igualmente, Freire, em seu livro “Pedagogia da Autonomia” aponta que o processo de ensino-aprendizagem implica numa tomada consciente de decisões.³⁵

Com relação à validação deste método, na ótica da dimensão metodológica relacionada ao acompanhamento avaliativo, o que se objetiva principalmente é alcançar os envolvidos nos processos de formação, em sua habilidade e capacidade de serem protagonistas e participantes na elaboração de sugestões para seus processos de trabalho, a partir de suas manifestações. “Então a *validação* no acompanhamento avaliativo vai *incluindo o dissenso* (no campo das ideias, das ações, dos resultados, etc.)”³³. O acompanhamento avaliativo também se torna válido ao permitir um delineamento muito parecido do que acontece no cotidiano laboral e nos processos das práticas em saúde, assim como também possibilita propostas de intervenção arquitetadas coletivamente a partir das discussões e reflexões suscitadas no decorrer das formações, promovendo o envolvimento dos sujeitos em seus próprios processos de trabalho, com um “olhar permanente” que propicia mudanças e alternativas no seu dia-a-dia³³. Para Zulmira Hartz, “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.”³⁴

Segundo Batista et.al:

“O processo avaliativo de experiências formativas que tenham no enfoque problematizador sua centralidade teórico-metodológica pressupõe práticas de avaliação da aprendizagem fundadas na articulação dos olhares dos sujeitos envolvidos: uma rede que imbrica auto avaliação e hetero avaliação. Nesse sentido, ampliam-se as relações entre aprender, ensinar e avaliar, com alunos e professores, em diferentes patamares, trocando saberes, expectativas e objetivos.”³⁸

O que Santos Filho sugere é uma proposta de sintetização de todo este processo que ocorre em sala de aula a partir de documentos e registros, tais como relatórios de diferentes contextos e formas, “diários de campo” que incluem também os instrumentos elaborados em planejamentos para intervenções nos locais de trabalho dos alunos. O autor propõe também uma ferramenta inovadora: a “memória” destes processos, enquanto dispositivo avaliativo, composta a partir dos diferentes momentos de debate, onde estariam registrados desde o que foi discutido pelos alunos, como as soluções e encaminhamentos de modificações a serem implantadas, com um registro dos movimentos e reações das pessoas perante as questões abordadas. Segundo ele:

“Empregada como *dispositivo*, a *memória* funciona como uma *fonte viva*, não de “conferência” do que se registrou (como se em moldes *arquivísticos*), mas como um *espaço-oportunidade* coletiva criado para (re) validar as discussões, os encaminhamentos e os posicionamentos”³³.

Os instrumentos propostos por este referencial de avaliação podem contribuir na identificação de produtos efetivos das ações de educação permanente, interpretadas por meio de “medidas-efeito”, caracterizadas como indicadores, que traduziriam as repercussões “de deslocamentos subjetivos, de construção coletiva de novos sentidos do

trabalho, pois são justamente estes que permitem a produção de novas práticas de gestão e cuidado” (apud. Santos Filho)³³.

Há uma proposta de Santos Filho para uma matriz de potenciais indicadores de planejamento e avaliação das ações de humanização direcionados para a atenção hospitalar (Anexo I), entre os quais destacamos, aqueles referentes à Educação Permanente (EP)³³:

- Porcentagem de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos);
- Porcentagem de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação;
- Porcentagem de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária;
- Grupo Interdisciplinar Permanente (ou similar) implementado e com Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores;
- Plano e Agenda de Educação Permanente para os trabalhadores;
- Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH;
- Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos internos e externos à instituição;
- Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço;
- Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internos e externos ao serviço;

- Porcentagem de trabalhadores desenvolvendo (ou concluído) pesquisas, utilizando incentivos procedentes do serviço;
- Número de reuniões clínicas por semana;
- Número de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade;
- Porcentagem de trabalhadores que participaram em programa de algum tipo de atividade de educação permanente (período);
- Porcentagem de deferimento dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos);
- Porcentagem de trabalhadores com participação em programas de educação permanente;
- Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente;
- Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores;
- Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente;
- Porcentagem de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação;
- Sistema implementado de avaliação e gestão baseados em desempenho/metras, e Comissão de Avaliação de Desempenho instituída, com participação dos trabalhadores;

Os indicadores apresentados procuram captar o funcionamento efetivo das ações a que se referem, de maneira a assegurar informações detalhadas a serem consideradas pelo monitoramento. De acordo com o autor, complementações e adaptações podem e

devem feitas na formulação dos mesmos, à medida que surgem novas necessidades ou até mesmo inovações nos processos de trabalho e nos cuidados em saúde.

II METODOLOGIA

Este estudo realizou uma pesquisa qualitativa sobre a gestão do processo de implementação da Política Nacional de Humanização em unidades do SUS geridas por Organizações Sociais. A pesquisa teve como objeto de análise os hospitais estaduais do Estado do Rio de Janeiro, gerenciados pelas O.S's, com foco em uma das diretrizes da PNH que é o processo de educação permanente.

Na literatura o estudo de caso é definido por alguns autores como “um estudo, geralmente profundo, de um ou poucos objetos”³⁹, e através deste, procurou-se conhecer significativamente um grande número de aspectos. Nesta pesquisa, o caso estudado versou sobre as ações de Educação Permanente desenvolvidas nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro, que são integralmente gerenciadas por O.S's, por meio de contrato de gestão.

Esta estratégia de pesquisa depende do tipo de questão que esta comporta, assim como o grau de controle que o investigador tem sobre os eventos e o foco temporal⁴⁰.

A temática em questão, se insere em um cenário contemporâneo, dentro do contexto da implementação das Políticas Públicas de Saúde e a investigação que a pesquisa comportou foi da forma, “como”³⁹: Como a PNH vem sendo implementada? Como esta dimensão da Educação Permanente da PNH aparece nos contratos de gestão e é acompanhada pela contratante, no caso a SES/RJ? E como os resultados podem ser aferidos, considerando que o controle que a investigadora tem sobre os eventos é muito reduzido?

2.1 Estratégia Metodológica

A estratégia metodológica compreendeu uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa documental utilizando dados secundários. A base conceitual da primeira foi composta por material publicado de livre acesso, ou seja, de artigos e livros cujos temas e descritores se reportavam à Humanização, Educação em Saúde, gestão terceirizada no setor público e indicadores de avaliação de políticas públicas.

A pesquisa documental teve como eixo o processo de contratualização com foco no processo de pactuação e definição de metas, indicadores e indicadores de avaliação das propostas de educação permanente.

Ela se baseou nos documentos a seguir:

O Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS para a Política Nacional de Humanização⁶ foi fundamental na construção do Referencial Teórico e Normativo desta dissertação. Além de servir como base para toda a pesquisa realizada sobre os contratos de gestão entre as O.S's e a SES/RJ, este documento deverá norteará os próximos contratos de Gestão das O.S's no Estado do Rio de Janeiro. Entre os documentos consultados destacam-se: a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que direciona a PNH e baseia todos os princípios do SUS, sobre os quais são realizadas todas as atuais ações de política de saúde pública no Brasil; a Portaria nº198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004⁸, que lançou a Política Nacional de Educação Permanente e a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007⁷ que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que ajudaram na compreensão sobre o que é de fato a educação permanente e como ela se torna um eixo estruturante da

PNH; o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011¹⁸, que dispõe sobre a organização do SUS, sobre o planejamento da saúde e a assistência à saúde.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE)²³, a Lei n.º 9.637/1998²⁸ que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e o documento “Organizações sociais” do MARE²⁷; a Lei 6.043/11¹⁰, que dispõe sobre a qualificação das O.S’s, primordiais na construção do Referencial Teórico desta pesquisa, auxiliando na descrição do processo de contratualização e terceirização atual da Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro; os contratos de gestão com as O.S’s e seus editais, publicados no site da SES/RJ que foram objetos desta pesquisa.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chaves: **humanização, educação permanente, avaliação em saúde, organização social, indicadores de serviços.**

A pesquisa bibliográfica contemplou ainda a discussão sobre indicadores de avaliação e monitoramento em saúde feita pelos seguintes autores: Santos Filho^{33, 37,42} e Zulmira Hartz^{34, 43}, que têm se destacado na proposição de estratégias de avaliação em saúde e foram essenciais na elaboração das propostas realizadas no final deste projeto.

A pesquisa documental se direcionou sobre documentos de acesso público e análise de informações que foram encontradas no site oficial da Secretaria de Estado de Saúde, acessados no período de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2015, que descrevem a pactuação desta Secretaria com as Organizações Sociais contratadas⁴¹.

No que concerne à análise dos contratos firmados entre as O.S’s e a SES/RJ, foram considerados os de onze hospitais estaduais que estão integralmente sob gerência terceirizada, a saber:

- *Hospital São Francisco de Assis;*
- *Hospital Estadual da Mãe;*
- *Hospital Estadual Melchades Calazans;*
- *Hospital Estadual Alberto Torres;*
- *Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro;*
- *Hospital da Mulher Heloneida Studart;*
- *Hospital Estadual da Criança;*
- *Hospital Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer;*
- *Hospital Estadual Anchieta;*
- *Hospital Estadual Adão Pereira Nunes;*
- *Hospital Estadual Roberto Chabo.*

Algumas unidades hospitalares da rede estadual estavam apenas parcialmente gerenciadas por O.S's na época da Qualificação do projeto, portanto, seus contratos não foram incluídos na pesquisa.

Foi realizada uma análise crítica dos contratos de gestão no que tange a Política Nacional de Humanização, atentando para algumas questões tais como: até que ponto estes contratos contemplavam a Política Nacional de Humanização, no que se refere às ações de Educação Permanente realizadas pelas O.S's, nas unidades que elas gerenciam; identificando se estas ações estavam previstas nos contratos, além de relacionar com o que estava enunciado no Documento Base da PNH do Ministério da Saúde⁶ e fazendo uma comparação com as Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente elaboradas pelo Ministério da Saúde^{7,8}. Outro ponto da investigação foi detectar de que modo os contratos previam o cumprimento de ações de Educação Permanente por parte das Organizações Sociais, e como previam a avaliação destas ações.

2.2 Categorias de análise:

Considerando o referencial teórico adotado, a pesquisa foi referenciada pelas Diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), que considera a Educação Permanente como um processo de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

Nesta perspectiva foram utilizadas como categorias de análise:

- ✓ Formação integrada ao ambiente de serviço;
- ✓ Desenvolvimento dos sujeitos inseridos na produção de cuidados;
- ✓ Transformação dos processos de trabalho e da gestão dos serviços;
- ✓ Construção coletiva e acolhimento às diferentes demandas de trabalhadores e usuários do Estado do Rio de Janeiro, inseridos nos processos de cuidados em saúde.

III ANÁLISE DOS RESULTADOS

De forma a organizar os dados obtidos, foram elaborados três tipos de quadros descritivos, sendo o quadro 1 uma exposição dos perfis dos hospitais escolhidos e dos Dados dos Contratos; o quadro 2 um desenho de como estão previstos os Contratos de Gestão no que diz respeito aos elementos relacionados à adoção da Política Nacional de Humanização⁶, à análise dos processos de trabalho e ao desenvolvimento dos sujeitos⁶,^{7,8} que trabalham nestas unidades hospitalares; e o quadro 3 um retrato das Ações de Educação Permanente Previstas nos Contratos descritas de forma expressa.

Conforme demonstra o quadro 1, os hospitais apresentados são todos de grande porte e realizam atendimentos de média e alta complexidade entre atendimentos ambulatoriais, internações, cirurgias e serviços de exames e diagnóstico. Sua localização se concentra entre as regiões Metropolitana I (METRO I), Metropolitana II (METRO II) e Baixada Litorânea, sendo que seus atendimentos são para os pacientes oriundos da região onde se encontram, podendo em sua maioria ser estendidos para o restante do Estado do Rio de Janeiro. O recebimento de pacientes nestas unidades é realizado por demanda referenciada através da Secretaria de Estado de Saúde/RJ, e em algumas também pode sê-lo por demanda espontânea.

QUADRO 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

UNIDADE ESTADUAL	ENDEREÇO	ATENDIMENTO OFERECIDO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	O.S	VIGÊNCIA DO CONTRATO
Hospital São Francisco de Assis	Rua Conde de Bonfim n° 1033, Tijuca, Rio de Janeiro	Perfil de alta e média Complexidade - realização de cirurgias cardíacas, cirurgias vasculares e cirurgias gerais de média complexidade, internação em leitos de retaguarda e de UTI, terapia renal substitutiva, transplantes hepáticos e de pâncreas.	Região Metro 1 e todo o Estado do RJ (acesso por demanda referenciada pela SES/RJ)	Associação do Lar São Francisco de Assis na Providência	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital E. da Mãe	Rua Doutor Carvalhães, Rocha Sobrinho - Mesquita - RJ	Maternidade e Clínica da Mulher - direcionada aos cuidados com a saúde da mulher, de baixa e média complexidade. Atendimento ambulatorial de atenção referenciada de pré-natal e pós-natal multiprofissional, planejamento familiar, ginecologia clínica .	Região Metro 1 (acesso por demanda referenciada e espontânea)	Hospital Maternidade de Therezinha de Jesus	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos Aditivos
Hospital E. Vereador Melchhiades Calazans	Rua João de Castro, 1250 - Cabuis, Nilópolis	Hospital Geral com perfil de alta complexidade (área de atuação de cirurgia vascular, cirurgia geral, obstetrícia de alto risco, centro de tratamento de queimados e unidades de terapia intensiva) - direcionada principalmente a cuidados cirúrgicos.	Região Metro 1 e todo o Estado do RJ (demanda de atendimento e internação referenciada através da SES/RJ)	Hospital Maternidade de Therezinha de Jesus	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital E. Alberto Torres	Rua Osório Costa, s/n° - Columbande, São Gonçalo	(Cuidados de Hospital Geral de Urgência e Emergência com Centro de Trauma - Hospital de alta complexidade na atenção às Urgências e Emergências com foco no Manejo do Trauma Agudo e Reabilitação Adulta e Pediátrica)	Região Metro 2 e todo o Estado do RJ (pacientes referenciados ou por demanda espontânea)	Pró-Saúde	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital E. Prefeito João Batista Cáffaro	Rua Osório Costa, s/n° - Rio Manilha Km 44 - Centro de Itaboraí	Hospital Geral Clínico, centro de referência destinado ao atendimento de média e alta complexidade aos usuários por demanda espontânea e/ou referenciada, a vítimas de trauma, urgências e emergências clínicas e cirúrgicas (Adulto e Pediátrico).	Região Metro 2 e todo o Estado do RJ (pacientes referenciados ou por demanda espontânea)	Pró-Saúde	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital da Mulher Heloneida Studart	Av. Automóvel Clube, s/n° - Vilar dos Teles s/n° - São João de Meriti	Direcionado aos cuidados com a saúde da mulher, de nível terciário e de complexidade média e alta. Hospital especializado para atenção de gravidez de alto risco com terapia intensiva materna, neonatologia, ginecologia de média complexidade.	Região Metro 1 e todo o Estado do RJ (acesso preferencialmente por demanda referenciada pela SES/RJ)	Hospital Maternidade de Therezinha de Jesus	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital E. da Criança	Rua Luiz Beltrão, 147 - Vila Valqueire - Rio de Janeiro	Atendimento cirúrgico e assistencial pleno ao usuário pediátrico e neonatal, inclusive com enfermidades onco-hematológicas e portadores de enfermidades tratáveis por procedimentos de cirurgia geral e ortopédica	Região Metro 1 e todo o Estado do RJ (demanda de internação e ambulatorio, referenciada através da SES/RJ)	Instituto D'Or de Gestão de Saúde Pública	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Instituto E. do Cérebro Paulo Niemeyer	Rua do Rezende, 156 - Centro - Rio de Janeiro	Alta complexidade em Neurologia e Cirurgia com Unidade de Cuidados Intensivos, cirurgias ambulatoriais, assistência em regime ambulatorial e de internação hospitalar.	Região Metro 1 e todo o Estado do RJ (demanda de internação e ambulatorio, referenciada através da SES/RJ)	Pró-Saúde	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital E. Anchieta	Rua Carlos Seidl, 783 - Caju - Rio de Janeiro	Alta complexidade em Neurologia e Cirurgia com Unidade de Cuidados Intensivos, cirurgias ambulatoriais, assistência em regime ambulatorial e de internação hospitalar.	Região Metro 1 e todo o Estado do RJ (demanda de internação e ambulatorio, referenciada através da SES/RJ)	Pró-Saúde	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital E. Adão Pereira Nunes	Rod. Washington Luiz, s/n° - Jardim Primavera - Duque de Caxias	Atendimento de média e alta complexidade em emergência, trauma, terapia intensiva adulta, pediátrica e neonatal, neurocirurgia, ortopedia, obstetrícia de baixo e alto risco, pediatria, medicina interna, cirurgia geral e especialidades	Região Metro 1 e todo o Estado do RJ (demanda de internação e ambulatorio, tanto espontânea quanto referenciada através da	Pró-Saúde	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos
Hospital E. Roberto Chabo	Rua Bernardo Vasconcelos, s/n° - Centro - Araruama.	Atendimento de média e alta complexidade, para demanda de internação e emergência. Oferece serviços de emergência referenciada geral e para trauma, além de cuidados intensivos adultos, pediátricos e neonatais, medicina interna e cirurgia geral.	Baixada Litorânea - Eventualmente recebe também usuários das regiões metropolitanas do estado, norte fluminense e região serrana (demanda de internação e emergência referenciadas através das unidades de saúde da região)	Instituto Sócrates Guanaes	1 ano podendo renovar em até 5 anos por Termos aditivos

O prazo de vigência de todos os contratos é de um ano a partir da data de celebração, podendo ser renovado por até cinco anos através de Termos Aditivos⁴¹.

O quadro 2 fornece informações sobre os apontamentos referentes aos contratos de gestão. Conforme demonstrado na segunda coluna deste quadro, em todos os contratos objeto desta pesquisa, existe uma preocupação explícita no que concerne a Política Nacional de Humanização e de sua implementação nos processos de trabalho dos referidos hospitais gerenciados por O.S's. Este cuidado se demonstra em alguns contratos desde a determinação de seu Objeto, onde se especifica que a implementação de processos de Humanização deve ocorrer durante todo o período de internação, visando atendimento integral; a até mesmo a algumas justificativas onde é sinalizado de que a atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora.

QUADRO 2 - CONTRATOS DE GESTÃO

UNIDADE ESTADUAL	IMPLEMENTAÇÃO DA PNH	DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS	LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Hospital São Francisco de Assis	Sim	Monitoramento do Desempenho de forma dicotômica (cumpriu meta/ não cumpriu a meta) - NÃO prevê Avaliação de Desempenho	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria - Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem a cada 6 meses com comprovação de frequência e/ ou certificado.	Das obrigações: Manter os colaboradores capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente
Hospital E. da Mãe	Sim (pgs. 9, 24, 27, 39 do anexo)	Monitoramento do Desempenho, nas propostas de trabalho, deve estar especificado como será a avaliação de desempenho	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria (pg.5 9 do contrato)	Das obrigações: manter todos os seus profissionais capacitados e oferecer cursos de Educação Permanente (p. 39)
Hospital E. Melchiades Calazans	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho e sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade e de produtividade	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria - Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem a cada 6 meses com comprovação de frequência e/ ou certificado.	Das obrigações: manter todos os seus profissionais capacitados e oferecer cursos de Educação Permanente
Hospital E. Alberto Torres	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho e sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade e de produtividade	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria - Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem com comprovação de frequência e/ ou certificado.	Das obrigações: Manter os colaboradores capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente
Hospital E. Prefeito João Batista Cáffaro	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho e sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho a partir do monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade e de produtividade	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria - Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem com comprovação de frequência e/ ou certificado.	Das obrigações: Manter os colaboradores capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente
Hospital da Mulher Heloneida Studart	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho+Sistemáticas de aplicação de ações corretivas de desempenho	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria - Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem a cada 6 meses com comprovação de frequência e/ ou certificado	Da Gestão de Pessoas: Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração + mantê-los permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente

QUADRO 2 - CONTRATOS DE GESTÃO (CONTINUAÇÃO)				
UNIDADE ESTADUAL	IMPLEMENTAÇÃO DA PNH	DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS	LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO	EDUCAÇÃO PERMANENTE
Hospital E. da Criança	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho; Estabelecer e consolidar um conjunto de indicadores de desempenho das ações de assistência à saúde.	Previsão de pesquisa de satisfação + preparação de informações consolidadas e comparativas, permitindo a avaliação, acompanhamento e controle de cada unidade, como também o estabelecimento de indicadores de desempenho.	Da Gestão de Pessoas: Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente
Instituto E. do Cérebro Paulo Niemeyer	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria. Previsão de cursos de reciclagem para TODOS os profissionais a cada 6 meses com comprovação de frequência e/ ou certificado.	Deve Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente
Hospital E. Anchieta	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho	Prevê implantação de modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento + análise e adoção de medidas de melhoria. Previsão de cursos de reciclagem para TODOS os profissionais a cada 6 meses com comprovação de frequência e/ ou certificado.	Deve Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente
Hospital E. Adão Pereira Nunes	Sim	Prevê Avaliação periódica de Desempenho	Previsão de pesquisa de satisfação; Avaliação, acompanhamento e controle de cada unidade, como também o estabelecimento de indicadores de desempenho. Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem com comprovação de frequência	Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente.
Hospital E. Roberto Chabo	Sim	Prevê Avaliação de Desempenho	Prevê implantação de pesquisa de satisfação pós-atendimento. Estabelecimento de um conjunto de indicadores de desempenho das ações de assistência à saúde. Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem	Deve Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente

No item “Obrigações da Contratada”, lemos em todos os editais e/ou Termos de Referências as seguintes disposições: “Observar, durante todo o Prazo do Contrato de Gestão, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS), visando ao cumprimento do modelo de atendimento humanizado” e “Acolher os usuários de acordo com os princípios da Humanização. Para tanto, deverá desenvolver e implantar a Política Interna de Humanização previamente aprovada pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro”.

Ademais, alguns documentos assinalam ainda enquanto compromisso das O.S's no que tange a assistência, de garantirem que as normas da PNH sejam aplicadas ao centrar as diretrizes assistenciais na qualidade da prestação de um atendimento aos usuários voltado para a atenção acolhedora, resolutiva, humana e integral e inclusive responsabilizando a entidade gerente pelos atos de seus profissionais em todos os aspectos e que estes sigam os preceitos de humanização do SUS.

Segundo o Documento Base da PNH: “O SUS institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas”⁶.

Este documento afiança que o acolhimento é uma das diretrizes propostas pela PNH, assinalado no Documento Base que o descreve como um “processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída”, pois que ao ouvir as queixas do usuário a partir de uma escuta qualificada e considerar suas preocupações e angústias, possibilitaria um atendimento integral⁶.

Segundo Santos Filho, definem-se três princípios fundamentais desta política que a fortalece enquanto política pública de saúde: o da transversalidade, que atravessa todas as instâncias e ações do cuidado, propiciando novos modos de relação entre sujeitos e serviços, transpondo as fronteiras dos saberes e os territórios de poder; o da indissociabilidade entre atenção e gestão, que sustenta a inseparabilidade entre os modos de cuidar e os de gerir e se apropriar do trabalho; e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, que implica em atitudes de corresponsabilidade nos processos de gerir e de cuidar³³. O Acolhimento é uma das diretrizes, além da Clínica Ampliada, a Cogestão, a Valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o fomento das grupalidades, coletivos e redes, a construção da

memória do SUS que dá certo⁶. Ou seja, não se trata de um programa, mas de uma política que pretende traduzir as propostas do SUS nas formas de atuação e práticas de saúde³. Assim, seria de suma importância para rede estadual de saúde onde as O.S's operam que a PNH direcione todas as ações dos trabalhadores, assim como da gestão.

Esta atenção à Política de Humanização se reafirma em alguns contratos (Editais e Termos de Referência)⁴¹ onde podemos encontrar em algumas Metas Estratégicas, uma determinação de que a O.S deve instituir em todos os serviços propostos a implementação da Política Nacional de Humanização desde o de início de sua operação, devendo estar 100% implementado até o 6º mês de seu estabelecimento.

Esta cautela continua no quesito da análise das propostas apresentadas pelos O.S's candidatas à gerência de algum hospital nos Editais de Seleção (que se tornam parte do contrato), onde em sua grande maioria lhes é solicitado a relação das propostas de atividades voltadas à qualidade, indicando que estas devem promover meios para a obtenção de um ótimo nível de desempenho dos serviços oferecidos para a eficácia das ações de assistência e a Humanização das relações entre equipe profissional, usuários da unidade e comunidade. Ou seja, o que estes contratos determinam é que a atenção com relação à PNH seja ampla, disseminada entre as próprias relações de trabalho, a partir de ações humanizadoras que influenciem todos os envolvidos no processo de fazer saúde, trabalhadores, gestores e usuários.

A PNH infere que a humanização é entendida pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores⁶.

No decorrer dos apontamentos narrados em todos os contratos analisados, fica claro a exigência com relação a um acompanhamento do desempenho dos trabalhadores, com a exigência de um Monitoramento e/ou Avaliação de Desempenho a ser realizado

periodicamente (conforme descreve a terceira coluna do quadro 2) , devendo a mesma estar especificada nas propostas relatadas pelas O.S's candidatas e passando a fazer parte do contrato firmado com a que foi selecionada. A partir do monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar de qualidade e de produtividade, o edital ainda prevê que devem ser realizadas sistemáticas de aplicação de ações corretivas das conformidades que estão não satisfatórias. Porém, a avaliação do Monitoramento do Desempenho é realizada de forma dicotômica com as opções “cumpriu a meta/ não cumpriu a meta”. No entanto não são explicitados e acordados mecanismos e instrumentos que permitam avaliar a natureza das ações desenvolvidas tanto na perspectiva quantitativa como qualitativa.

Segundo o assinalado na quarta coluna do quadro 2, um ponto em comum a todos os contratos e editais é a previsão de implantação de um modelo de pesquisa de satisfação pós-atendimento a ser aplicada pela O.S . Entretanto, os mesmos não definem como deve ser esta pesquisa de satisfação, não há um padrão pré-estabelecido nem uma definição do que deverá ser avaliado.

A análise dos resultados obtidos também não esclarece sobre os parâmetros e indicadores utilizados, assim como, as medidas de melhoria adotadas. São contabilizados apenas procedimentos de atendimento médico.

Nos contratos há uma previsão do estabelecimento de “um conjunto de indicadores de desempenho das ações de assistência à saúde”, sem no entanto haver descrições ou especificações de como devem ser elaborados, e para Santos Filho a consolidação da PNH enquanto política pública passa pelo investimento no campo avaliativo³³.

Em todos os contratos pesquisados encontra-se a seguinte menção: “Todos os profissionais deverão passar por cursos de reciclagem a cada 6 meses com comprovação

de frequência e/ ou certificado”, como está descrito na última coluna do quadro 2, sendo que, em algumas pactuações está escrita a seguinte resolução: “Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades”. No entanto não estão estabelecidas formas de acompanhar qualitativa e quantitativamente estas ações.

No quesito “Obrigações”, no que tange a Gestão de Pessoas, em todos os contratos, é estipulado: “Manter os colaboradores permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente. Os programas e escalas de capacitação da equipe devem ser informados à SES/RJ sempre que solicitados. A SES/RJ poderá, a qualquer momento, solicitar a capacitação específica em alguma área”. Da mesma forma não são acordados previamente mecanismos de avaliação do cumprimento destas “obrigações”.

O Documento Base para Gestores é claro nas suas estratégias gerais para o eixo de ação da Educação Permanente, ao definir que a PNH oriente processos de educação permanente em saúde dos profissionais nos próprios serviços de saúde. Com relação ao eixo da Gestão do trabalho, ele propõe a promoção de ações que certifiquem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional⁶.

Os editais assinalam que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente, como está exposto na segunda coluna do quadro 3, porém não há mais indicações precisas de qual o percentual do valor contratado deve ser utilizado para este fim. Também não estão especificadas no contrato as metas a serem alcançadas.²

² Nos contratos analisados, o valor informado dos recursos repassados às O.s é global, não há uma discriminação específica do quanto é reservado para cada Ação, nem de valores e nem de percentuais

Ao analisar as ações de EP contratualizadas no quadro 3, não estão previstos nenhum recurso específico para este fim, bem como, não está definido, em nenhum dos contratos um sistema de acompanhamento e avaliação das ações de E.P, definição dos tipos de ações a serem efetivadas, frequência ou circunstâncias de quando as mesmas devem ser realizadas.

QUADRO 3 - AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PREVISTAS NOS CONTRATOS				
UNIDADE ESTADUAL	DESCRIÇÃO DE METAS E AÇÕES DE E.P	RECURSOS DESTINADOS PARA E.P	SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE E.P	INDICADORES ESPECÍFICOS - RELAÇÃO AÇÕES DE E.P. X PROCESSOS DE TRABALHO
Hospital São Francisco de Assis	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. da Mãe	Ente interessado deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente com plano detalhado. (p. 64)	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. Melchiatedes Calazans	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. Alberto Torres	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. Prefeito João Batista Cáfaro	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P.	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital da Mulher Heloneida Studart	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. da Criança	Deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica para indicadores de Ações de E. P, porém prevê a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação com Indicadores e Acompanhamento de Gestão e Indicadores Assistenciais.
Instituto E. do Cérebro Paulo Niemeyer	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. Anchieta	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. Adão Pereira Nunes	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica destes indicadores no contrato
Hospital E. Roberto Chabo	Assinala que o ente deve estabelecer em sua oferta uma proposta de Educação Permanente	Não há descrição específica para esta finalidade	Não há previsão específica no contrato, no que tange às Ações de E.P	Não há descrição específica para indicadores de Ações de E. P, porém prevê a implantação de um sistema de monitoramento e avaliação com Indicadores e Acompanhamento de Gestão e Indicadores Assistenciais.

deste valor global. Esta discriminação só acontece nas propostas das O.S's à SES/RJ, conforme colocado no edital de licitação.

Também não há qualquer determinação ou descrição de indicadores específicos para as ações de Educação Permanente (relatado na última coluna do quadro 3). Igualmente, os contratos não fazem qualquer alusão a uma confrontação destas ações com relação aos processos de trabalho realizados nas unidades e ao desempenho dos trabalhadores.

Para Santos Filho, no acompanhamento avaliativo exercita-se um princípio fundamental da PNH, o da inclusão, por levar em conta as manifestações dos sujeitos, em qualquer dimensão (atitudes, mobilizações, resistências, desestímulos, etc.). O autor ressalta que o acompanhamento avaliativo assumiria uma função integradora, buscando costurar os elementos do processo de formação, e que enquanto *marca avaliativa* nos cursos, ele os enriquece com um olhar permanente que viabiliza ajustes e/ou regulações³³.

Considerando, portanto, que avaliar consiste essencialmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes³⁴, visando ajudar na tomada de decisões e que no caso dos contratos analisados esta atividade não está acordada, o que fazer, como fazer e quando fazer, ficam a critério exclusivamente do contratado e não tem como ser cobrado pelo contratante. A situação se agrava ao se constatar que não existe previsão orçamentária para estas ações.

Outra cláusula que pode ser lida em todos os contratos/editais analisados é a instituição de diversas Comissões Técnicas dentro da unidade: “Instituir as comissões... em até 2 (dois) meses após o início das atividades e mantê-las conforme legislação e regulamentação vigentes, assim como quaisquer outras que venham a se tornar legalmente obrigatórias ou necessárias”. As referidas comissões técnicas concernem várias áreas tais como: Controle de Infecção Hospitalar, Ética Médica, Vigilância

Epidemiológica, Revisão de Prontuários, Qualidade e Segurança, entre outras. Não há, no entanto, nenhuma Comissão Técnica prevista para acompanhamento da PNH e da EP.

Como esclarece Mendes, entre as razões que justificariam a inserção dos contratos nos sistemas de saúde estariam o estímulo à descentralização da gestão, dando mais responsabilidades aos gerentes locais; a possibilidade de um melhor controle sobre o desempenho quantitativo e qualitativo dos prestadores de serviços de saúde, uma melhora da gestão da clínica e da focalização nos interesses da população³².

Tomando como base os pressupostos e orientações elencados por Mendes³², observamos a partir desta análise que, no que diz respeito às ações de educação permanente, seria necessário incluir nos contratos de gestão: a especificação das obrigações e responsabilidades das OS em executar estas ações, a definição de metas qualitativas para as mesmas, a previsão expressa de critérios objetivos para o monitoramento e a avaliação do desempenho destes prestadores, mediante indicadores qualitativos¹⁰.

A discriminação dos produtos pactuados deveria abarcar indicadores de qualidade dos serviços prestados e de satisfação do usuário. Entretanto, nos instrumentos avaliados, não há referências relacionadas à descrição de como deve ser realizado pelas O.S's o processo de avaliação da Política de Humanização implementada nestes hospitais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o referencial teórico normativo deste projeto, assim como as informações levantadas na pesquisa documental, verificou-se a necessidade de um maior detalhamento no monitoramento do processo de implementação das estratégias de ação referente à Política de Humanização, em especial das ações de EP, bem como uma previsão orçamentária para estas atividades.

As ações de educação permanente são questões estratégicas para gerir o processo de trabalho na perspectiva da Humanização, conforme consta do Documento Base: “Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde, de forma a qualificar sua ação e sua inserção na rede SUS”⁶.

A utilização de indicadores qualitativos das ações de educação permanente desenvolvidas nos hospitais estaduais gerenciadas por O.S’s., torna-se uma questão importante na medida em que a democratização das relações interpessoais dentro das instituições passa por aspectos subjetivos⁹.

Segundo Campos, não teria como haver projeto de Humanização sem considerar o tema da democratização das relações interpessoais e da democracia em instituições. Para ele, a Humanização no SUS depende do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada, estendido para cada serviço e para as relações cotidianas. Isso envolve também outras estratégias dirigidas a aumentar o poder do usuário frente à autoridade do saber e das práticas sanitárias⁵.

Assim, a inclusão de indicadores qualitativos sobre o sistema de gestão da clínica nos relatórios enviados pelas O.S’s, poderia evidenciar o processo de trabalho

desenvolvido na instituição, e não somente seriam aferidas as metas cumpridas ou não cumpridas.

A avaliação dos contratos não é uma questão apenas burocrática ou contábil, mas envolve os diferentes aspectos das diversas políticas que orientam a Atenção à Saúde, entre as quais se destaca a Humanização. Assim, ela pressupõe o monitoramento da implantação das demais políticas de saúde, tais como a Atenção Básica, a política LGBT, a política de Educação Permanente, entre outras, implicando uma abordagem inter-setorial pela SES/RJ.

Os autores Benevides e Passos enriquecem esta discussão ao afirmarem que cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal maneira que não há como modificar os modos de atender aos usuários em um Serviço de Saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. Para tanto são necessários arranjos e dispositivos que interfiram nas formas de relacionamento nos serviços e nas outras esferas do sistema, garantindo práticas de corresponsabilização, de cogestão e de grupalização⁹.

À luz deste debate, podemos citar as colaborações de Santos Filho³³ sobre a informação relacionada à gestão dos serviços/sistemas de saúde, mais especificamente, da avaliação dos processos de humanização, enfatizando sobre o modo de produção da informação e de sua análise na rotina dos serviços, ao considerar que ela atravessa todo o processo de trabalho, e do quão importante é a valorização da informação na sua potencialidade em mobilizar as equipes de profissionais em torno dos dados objetivos, oriundos do processo de produção de saúde. Porém, para o planejamento e avaliação, é necessário recortar indicadores associados tanto às dimensões de saúde e satisfação dos

usuários, quanto ao funcionamento institucional e indicativo do desenvolvimento profissional dos trabalhadores. Este conceito salienta o princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão, onde se deve levantar indicadores que representam o que acontece nas interfaces do trabalho em saúde³³.

No caso da PNH e especificamente em relação às ações de EP, objeto deste estudo, o desafio é apontar caminhos para avaliar não apenas as ações desenvolvidas, como também os resultados das intervenções e a capacidade transformadora das ações de educação permanente. Este é um processo que para Hartz demanda flexibilidade de métodos e modelos usados pelo avaliador, de maneira a permitir lidar com inovações, e observar seus efeitos esperados e inesperados (apud Hartz)³⁴.

O princípio de formação enquanto intervenção se dirige no sentido de vincular produção de conhecimento, intervenção nas práticas de saúde, atenção e gestão da mesma, e produção de sujeitos de maneira indissociável. No caso das ações de educação permanente realizadas nos hospitais estaduais administrados pelas O.S's, os indicadores poderiam subsidiar as avaliações de desempenho e as pesquisas de satisfação do usuário, procurando vincular as ações e suas repercussões nos processos de trabalho. No que diz respeito à PNH, para obter efeitos significativos, os indicadores devem refletir a essencialidade desta política, pois para se caracterizar como dispositivo da mesma, a avaliação deve se envolver com seus princípios mais fundamentais, inclusive o entendimento de que as unidades de saúde têm como propósito principal a prestação de serviços e cuidados em saúde, mas também e, inclusive, a produção de sujeitos³³.

4.1 Elementos para a construção de uma proposta de intervenção

Nesta dissertação, para além da análise de como vêm se dando a contratualização das ações de EP, pela SES/RJ, procurou-se discutir a importância do monitoramento e avaliação destas ações, não apenas na perspectiva de resultados, metas, mas de processo, por meio de uma ação dinâmica e constante, de forma a intervir e qualificar o trabalho e os trabalhadores.

Qualquer intervenção, no entanto, passa por um diagnóstico e planejamento que considera todos os atores envolvidos neste processo.

Neste cenário, apresentamos a sugestão de alguns indicadores, com base na matriz de Santos Filho³³ (Anexo I), que poderiam contribuir e integrar uma proposta de acompanhamento e avaliação das ações EP, a serem introduzidos nos contratos de gestão pactuados entre as O.S's e a SES/RJ:

- **Apontamentos e sugestões trazidos pelos trabalhadores nas capacitações;**
- **Estratégias de intervenção e planos de ação dos processos de trabalho elaborados em conjunto com a Comissão Técnica de E.P e a Comissão Técnica de Humanização, Direção e Planejamento do Hospital gerenciado por O.S,**
- **Novos apontamentos incluídos nas avaliações de desempenho e pesquisas de satisfação do usuário, a partir das estratégias de intervenção elaboradas no segundo indicador;**
- **Cursos e capacitações propostos a partir dos resultados das avaliações de desempenho e pesquisas de satisfação do usuário;**
- **Porcentagem dos trabalhadores que participaram e porcentagem dos que obtiveram certificado de participação de capacitações ou cursos realizados**

pela unidade hospitalar. (certificado emitido pelo núcleo de E.P ou Centro de Estudos do hospital)

Do ponto de vista da dinâmica dos serviços, as sugestões se direcionam no sentido de:

- Propor a criação, em cada unidade hospitalar da SES/RJ gerenciada por O.S, de uma Comissão Técnica de Humanização e de uma Comissão Técnica de Educação Permanente, onde pelo menos metade de sua composição se constituiria de trabalhadores da ponta, além da criação de um Núcleo de Educação Permanente e/ou Centro de Estudos (caso não exista no hospital).

- Considerar e integrar as diretrizes e orientações da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) referente à região onde se localiza o hospital, pois que as mesmas têm por finalidade apontar prioridades, métodos e estratégias para a formação dos recursos humanos do SUS, de forma a garantir uma ação de intervenção e mudança nos contratos e nos processos de supervisão.

- Considerar no planejamento e nos planos de ação dos hospitais, a discriminação de: metas de capacitações e cursos, orçamento previsto para estas ações, e sistemas de monitoramento e avaliação das atividades de integração docente-assistencial, incluindo neste sentido as residências, os estágios acadêmicos, os projetos de pesquisa realizados dentro do hospital, além de programas de educação do MS como PET Saúde, entre outros que possam surgir.

Ademais, espera-se que a reflexão sobre as experiências vivenciadas no cotidiano do serviço pelos trabalhadores da unidade, suas necessidades de capacitação, assim como seus depoimentos e sugestões apresentadas, sejam registrados por meio de uma memória (ou diário)³³, após cada capacitação, oficina e curso.

É importante garantir que as Comissões Técnicas de Humanização e as Comissões Técnicas de Educação Permanente a serem criadas, possam em conjunto com os Núcleos de E.P e/ou os Centros de Estudos dos hospitais, conduzir esta discussão dentro do espaço hospitalar em suas instâncias de planejamento e de decisão, fomentando a produção de novas práticas de cuidado e de gestão nas unidades de saúde.

A integração destes grupos já institucionalizados permitirá a implementação de um novo modelo de organização e gestão da EP, que terá como objeto de reflexão e intervenção os processos de trabalho, os modelos de avaliação de desempenho e as ações de Educação Permanente (cursos, capacitações, oficinas, jornadas internas, entre outros).

Para concluir esta discussão, é importante ressaltar a necessidade de revisão dos modelos de contrato, tanto no que diz respeito à discriminação das ações de EP, como o estabelecimento de orçamento próprio para este fim. Atualmente, a previsão orçamentária para estas ações aparece apenas nas propostas das O.S's em resposta aos editais de seleção, mas não são contempladas nos contratos, o que as coloca fora do âmbito de avaliação dos mesmos. Ainda, em relação ao modelo de contrato, faz-se necessário o estabelecimento de metas e a identificação dos indicadores de avaliação, no caso deste estudo, das ações de EP, de maneira a assegurar a realização das mesmas. É importante ainda que o acompanhamento dos contratos pela SES seja contínuo e em parceria com as O.S's, incorporando para além da parte administrativa, as dimensões técnicas e de efetividade, permitindo intervenções durante todo o processo de execução dos mesmos. Neste caso, a premência é de que haja na SES/RJ, uma política de Planejamento e Avaliação a serem consideradas e pensadas internamente, em conjunto com as Coordenações afins e, externamente, junto com as instituições parceiras (O.S's),

de forma a promover não somente uma avaliação de resultados, mas uma avaliação de processo.

No momento atual, em que a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro inicia uma nova gestão, estando em processo de reformulação de sua estrutura, dos gestores e dos Programas, colocamos como uma proposta de debate e reflexão o tema do acompanhamento e avaliação das Ações de Educação Permanente, nos contratos de gestão da SES/RJ, podendo o mesmo vir a se constituir em um Projeto ou Programa na nova administração.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* 1988; 5 out.
- 2 Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
- 3 Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Brasil. *Rev Interf* 2005a; 9(17): 389-394.
- 4 Deslandes, S. O projeto ético-político da humanização, conceitos, métodos e identidade. *Rev Interf* 2005; 9(17): 401-403.
- 5 Campos, G. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Rev Interf* 2005; 9(17): 398-400.
- 6 Brasil, MS. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. 4ª Edição, 5ª Reimpressão; 2012
- 7 Brasil, MS. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União* 2009; 20 ago.
- 8 Brasil, MS. Portaria nº198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial da União* 2004, 13 fev
- 9 Benevides, R.; Passos, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cien Saude Colet* 2005b; 10(3): 561-571.

10 Rio de Janeiro. Lei 6.043/11 de 19 de Setembro de 2011. Dispõe Sobre A qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro* 2011, 20 de set

11 Lamarca, ICSA. *Reformas Administrativas e Políticas de Recursos Humanos no Governo Central Brasileiro (1995-2006)- Agenda da Reforma do Estado Brasileiro e as reformas administrativas* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ; 2009.

12 Barbosa, G. et.al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa– *Rev Bras Enf – REBEN-* 2005: 123-127.

13 Gibbons, Michael et al. *The New Production of Knowledge*. London: Sage Publication; 1997- Intr., Cap. 1, 5 e 6,

14 Gadelha C.A.G. et.al. *A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

15 Lastres, H.M.; Ferraz, J.C. Economia da informação, do conhecimento e do aprendizado. In: Lastres, H.M.M; Albagli, S organizadores. Rio de Janeiro: Campus; 1999.

16 Heckert, AL; Neves, CAB. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Pinheiro, R et. al. organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas*. 1ª Edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC, 1: 145-160; 2007.

17 Pasche, D.F. Humanizar a formação para humanizar o SUS. In: Brasil, MS. *Cadernos HumanizaSUS*. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2010. (1): p.63-71.

18 Brasil, MS. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único

de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 de jun

19 Brasil, MS. *Plano Nacional de Saúde - PNS: 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

20 Farah, B. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Rev At Prim Saúde- UFJF* 2003; 2 : 10-14

21 Merhy, E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Rev Interf* 2005; 9(16): 172-174

22 Abrucio, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Rev Adm Pub-FGV* 2007; (Ed. Esp.): 67-86.

23 Brasil. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília, DF: Imprensa Nacional, nov. 1995.

24 Martins, MIC; Molinaro, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(6): 1667-1676.

25 Carneiro, CCG. *A inserção do Agente Comunitário de Saúde no município do Rio de Janeiro - A reforma do Estado no Brasil a partir dos anos 90 e os novos modelos de gestão do trabalho adotados no setor público* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ; 2013.

26 Sano, H; Abrucio, FL. Reforma do Estado, Organizações Sociais e Accountability: o Caso Paulista In: *Anais do ENANPAD*; 2003; Atibaia.

27 Brasil, MARE. *Organizações sociais*. 5ª Edição. Brasília: Cadernos MARE da reforma do estado; (2), 1998.

28 Brasil Casa Civil. Lei n.º 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas

atividades por organizações sociais, e dá outras providências.*Diário Oficial da União*; 18 de mai.

29 Olivo, L.C.C. *As Organizações Sociais e o novo espaço público*. Florianópolis: FEPESE/Editorial Studium; 2005.

30 Barbosa, N.B; Elias, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5): 2483-2495.

31 Possas, M.L. Concorrência Schumpeteriana. In: Kupfer D; Hasenclever, L. (eds.) (2002). *Economia industrial. Fundamentos teóricos e práticas no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus; 2002. Cap. 17

32 Mendes, E.V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

33 Santos Filho, S.B. *Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí: Unijuí; 2009.

34 Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

35 Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25^a Edição. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

36 Demo, P. Teoria e prática da avaliação qualitativa. *Rev Perspectivas* 2005; 4(7): 106-115.

37 Santos Filho, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4): 999-1010

38 Batista, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saude Pub* 2005; 39(2): 231-237

- 39 Gil, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª. Edição. São Paulo: Atlas; 2002.
- 40 Yin, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi- 2ª. Edição. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- 41 Site oficial da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – SES/RJ - *Portal da Saúde*. Disponível em: www.saude.rj.gov.br.
- 42 Santos Filho S.B.; Figueiredo, V.O.N. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. *Rev Interf* 2009; 13(Supl.1): 401-403.
- 43 Hartz ZMA. ; DA SILVA, L.M.V. *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.

ANEXO

Matriz I: Atenção Hospitalar - Objetivos de Desenvolvimento de Ações (Metas) e

Indicadores na Atenção Hospitalar

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>I) IMPLEMENTAR GESTÃO DESCENTRALIZADA E PARTICIPATIVA</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colegiados e Conselhos de Gestão. • Contratos de Gestão • Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) 	<p>Horizontalização da estrutura e linhas de mando (Unidades de Produção de Serviços)</p>	<p>1. Unidades de Produção de Serviços implementadas, com plano de gestão e avaliação baseado em metas</p>
	<p>Capacidade de formulação e condução de políticas de forma participativa (gestão participativa, cor-responsabilização, controle social)</p>	<p>2. Colegiado de Gestão de Unidades de Produção implementado, com metodologia e plano de trabalho</p> <p>3. Colegiado de Gestão do Hospital implementado, com metodologia e plano de trabalho</p> <p>4. Conselho de Gestão Hospitalar (Comissão de Acompanhamento ou equivalente de Controle Social) , com metodologia e plano de trabalho</p> <p>5. Plano Diretor de Desenvolvimento da Gestão elaborado e aprovado pelo Colegiado Gestor</p> <p>6. Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados</p> <p>7. Caracterização do funcionamento das instâncias colegiadas e seus encaminhamentos (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</p> <p>8. Contratos de gestão elaborados e implementados (baseado em metas acordadas)</p>

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>II) ASSEGURAR AMPLIACAO DE ACESSO, CUIDADO INTEGRAL E RESOLUTIVO</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento em função de vulnerabilidade/risco. • Apoio matricial. • Mecanismos de desospitalização, com cuidado domiciliar. 	<p>Ampliação de acesso.</p> <p>(Redução de filas e tempo de espera).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Horário e agenda de atendimento expandidos e flexibilizados, incluindo horários de almoço e noturno. 2. Sistema implementado de cuidado/atenção domiciliar, com diretrizes e protocolos. 3. Porcentagem de usuários encaminhados para Serviço de Atenção Domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos. 4. Porcentagem de usuários encaminhados e acompanhados em Serviço de Atenção Domiciliar, considerando os critérios previstos nos protocolos. 5. Porcentagem de usuários encaminhados para reabilitação física e ocupacional (fisioterapia, T.O.), considerando os critérios previstos nos protocolos.
	<p>Acolhimento com avaliação de risco.</p> <p>(Redução de filas e tempo de espera).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Projeto de Acolhimento implementado, contemplando etapas de discussão com equipes, capacitação inicial, definição e implementação de rotinas e fluxos. 7. porcentagem de usuários internados com registros do atendimento conforme fluxos e rotinas padronizadas de acolhimento. 8. Porcentagem de acolhimento em “vaga zero”, das emergências encaminhadas pelo Samu (nos casos em que esta rotina for acordada).
	<p>Atenção integral e resolutiva.</p> <p>(Integração da rede e continuidade do atendimento; referência e contrarreferência).</p> <p>Obs.: Incluídos indicadores específicos, considerando políticas institucionais prioritárias, especialmente em Saúde da Mulher e da Criança.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. Porcentagem dos usuários que chegam à Central de Acolhimento avaliados em até ... minutos (conforme critérios previstos no protocolo). 10. Redução do tempo de espera em ... minutos. 11. Projeto de integração com a rede básica implantado, com definição de rotinas, fluxos e responsáveis por acompanhamento. 12. Vínculo instituído com o sistema de urgência/emergência loco-regional. 13. Procedimentos e normas documentados e conhecidos por todos os trabalhadores sobre encaminhamento de usuários para outro serviço em caso de falta de vaga para internação. 14. Porcentagem de altas com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado pelo hospital. 15. Porcentagem de altas com encaminhamentos para procedimentos na rede, com procedimentos marcados pelo hospital. 16. Porcentagem de altas de usuários de “grupos de risco” com encaminhamentos para a rede básica. 17. Porcentagem de altas de usuários de grupos de risco com encaminhamentos para a rede básica, com consulta marcada pelo hospital. 18. Porcentagem de mulheres com encaminhamentos para consulta de puerpério, com consulta marcada na rede pelo hospital. 19. Porcentagem de altas de recém-nascidos de risco com encaminhamentos para seguimento na rede, com atendimento marcado pelo hospital. 20. Porcentagem de altas em crianças internadas com diagnóstico de IRA e diarreias, com consulta de acompanhamento agendada na rede pelo hospital. 21. Porcentagem de “procedimentos” de urgência/emergência regulados no âmbito do sistema loco-regional.

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>III) ORGANIZAR A ATENÇÃO E OFERTA DE CUIDADOS A PARTIR DA IMPLEMENTAÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS, COM METODOS E INSTRUMENTOS DE ORIENTAÇÃO DO TRABALHO</p> <p>Alguns Dispositivos Associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipes Multiprofissionais de Referência. • Projetos Terapêuticos Singulares. • Clínica Ampliada. 	<p>Implementação de equipes multiprofissionais, com definição de métodos de atuação e como referência para o usuário e familiares.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipes multiprofissionais (interdisciplinares) implantadas, com metodologia e plano de atuação. 2. Médico “horizontal”, isto é, com permanência ao longo de toda a semana, atuando no Serviço (Unidade de Produção). 3. Visita multidisciplinar integrada implantada no serviço. 4. Porcentagem de trabalhadores com domínio de informações sobre procedimentos e normas de encaminhamento de usuários para outro serviço em caso de falta de vaga para internação. 5. Porcentagem de reuniões de Equipe para planejamento, com participação de representantes de toda a Equipe e encaminhamentos registrados em atas/relatórios. 6. Porcentagem de usuários internados vinculados e acompanhados por Equipes multiprofissionais de referência, com horários definidos para atendimento. 7. Número de visitas integradas aos usuários (pela Equipe interdisciplinar) por semana. 8. Porcentagem de usuários que sabem informar o nome dos profissionais de sua Equipe de Referência. 9. Porcentagem de cirurgias desmarcadas, sem informação à Equipe interdisciplinar em tempo oportuno para providências quanto a cuidados com o paciente.
	<p>Condução do tratamento e abordagem do usuário com base em Projetos Individualizados de Saúde (Projetos Terapêuticos Singulares) e prontuários integrados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10. Projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados e implementados por equipes multiprofissionais. 11. Prontuário integrado (Único) implementado, conforme critérios previstos nos protocolos (lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução). 12. Porcentagem de pacientes internados com projetos de saúde/projetos terapêuticos elaborados pelas equipes multiprofissionais. 13. Porcentagem de casos atendidos/internados e com alta, que resultaram/geraram projetos terapêuticos e serem conduzidos em parceria com a rede de atenção básica (apontando para novos modos, “ampliados”, de assegurar a continuidade do cuidado, incluindo atividades extramuros). 14. Porcentagem de prontuários com procedimentos registrados em acordo com rotinas protocolares. 15. Porcentagem de prontuários com registros regulares pelo menos da equipe médica e de enfermagem (com lista de problemas, avaliação médica e de enfermagem, projeto terapêutico, plano de cuidados e evolução). 16. Porcentagem 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"> 17. Protocolos elaborados com participação da equipe e implementados para abordagem integral de problemas mais frequentes no Serviço. 18. Protocolos de referência e contrarreferência elaborados e implementados. 19. Protocolos implementados e conhecidos pela equipe do hospital sobre contatos com os profissionais de Unidades Básicas à respeito dos usuários internados procedentes dessas Unidades. 20. Protocolos de acompanhamento de doentes terminais elaborados e implementados.

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>IV) PROPICIAR PARTICIPAÇÃO E VALORIZAÇÃO DOS TRABALHADORES NO PROCESSO E GESTÃO DO TRABALHO</p> <p>Alguns Dispositivos associados:</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 Articulação de Talentos nos Serviços (arte/cultura e técnico-científico) • Projeto para adequação de ambiente (ambiência). 	<p>Inserção e vinculação ao trabalho.</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. Equipes incrementadas, compondo e recompondo o quadro de RH, conforme necessidades para o desempenho das equipes. 3. Porcentagem de trabalhadores com contrato precário de trabalho. 4. Plano de carreira, cargos e salários (ou equivalente) implementado. 5. Editais de contratação elaborados com a inclusão de princípios de humanização. 6. Porcentagem de trabalhadores com solicitação atendida de vagas em creche (nos casos previstos).
	<p>Participação dos trabalhadores na organização e gestão do trabalho, e projetos de incentivos por desempenho profissional.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 7. Mesa de negociação permanente instituída para negociação entre trabalhadores e gestores. 8. Sistema implementado de avaliação do trabalhador, baseado em desempenho/metas. 9. Planos de trabalho estabelecidos com os trabalhadores, baseados nos resultados da avaliação de desempenho profissional. 10. Incentivos implementados para trabalhadores com base e, avaliação de desempenho. 11. Estratégias implementadas de fomentar a participação dos trabalhadores elegendo e premiando os “melhores servidores do ano”. 12. Porcentagem de reuniões de colegiado de unidade com presença do gerente. 13. Tipos de pautas e de encaminhamentos prevalentes a partir de reuniões de equipe.
	<p>Incentivos de qualificação no trabalho.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. Porcentagem de solicitações atendidas para participação em eventos (discriminar tipos de eventos). 15. Porcentagem de solicitações atendidas de liberação de carga horária regular para atividades/cursos de qualificação. 16. Porcentagem de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária. 17. Porcentagem de trabalhadores de nível elementar e médio inscritos em programas de complementação de instrução e/ou cursos de qualificação profissional, oferecidos pela instituição. 18. Porcentagem de trabalhadores de nível elementar e médio que concluíram cursos de complementação de instrução e/ou de qualificação profissional oferecidos pela instituição.

	<p>Serviços de escuta dos trabalhadores, avaliação de satisfação e ações para melhoria de satisfação.</p>	<p>19. Ouvidoria institucional ou serviço implementado para escola dos trabalhadores, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações.</p> <p>20. Porcentagem de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou Serviço de Escuta.</p> <p>21. Porcentagem de reclamações e elogios recebidos na ouvidoria ou serviço de escuta em relação ao total de registros.</p> <p>22. Porcentagem de respostas da ouvidoria ou serviço de escuta providenciadas em 15 dias ou menos.</p> <p>23. Porcentagem de soluções consideradas satisfatórias pelos trabalhadores dentre as respostas providenciadas pela Ouvidoria ou Serviço de Escuta.</p> <p>24. Mudanças observadas na natureza das queixas dos trabalhadores na Ouvidoria ou Serviço de Escuta (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes).</p> <p>25. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação dos trabalhadores, com plano de divulgação e discussão com os mesmos.</p> <p>26. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação dos trabalhadores.</p> <p>27. 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 hospitalar.</p>	<p>28. Horários definidos para lanches coletivos, com agenda livre para atividades lúdicas e culturais organizadas pelos trabalhadores</p> <p>29. Porcentagem de horas destinadas aos técnicos que queiram desenvolver atividades alternativas com usuários internados.</p>
	<p>Estratégias de análise do processo e condições de trabalho e medidas de intervenção e de promoção de ambientes saudáveis de trabalho</p>	<p>30. Porcentagem de horas extras realizadas pelos trabalhadores</p> <p>31. Porcentagem de acidentes de trabalho ocorridos e investigados</p> <p>32. Programas de prevenção de riscos e/ou mudanças no processo de trabalho Porcentagem de horas implementados e avaliados quanto aos resultados</p> <p>33. Áreas implementadas para “convívio”, descanso e lanche da equipe de trabalho. Porcentagem de horas</p>
	<p>Estratégias para desenvolvimento de habilidades para exercício da gestão participativa e autonomia.</p>	<p>34. Plano de atividades de formação dos trabalhadores, com temas relacionados à gestão em sentido amplo (incluindo atividades de formação tradicionais e outras)</p>

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>V) PROMOVER EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES</p> <p>Dispositivos associados:</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) implementado e com Plano de Educação Permanente voltado para os trabalhadores. 2. Plano e Agenda de Educação Permanente para os trabalhadores 3. Levantamentos atualizados sobre necessidades de capacitação de RH 4. Agenda implementada com critérios e formas de participação dos trabalhadores nas diferentes atividades de educação permanente e eventos internos da instituição. 5. Biblioteca básica com material científico atualizado de interesse e utilização no âmbito do serviço 6. Mecanismos implementados de divulgação sobre eventos e atividades de educação permanente internos e externos ao serviço. 7. Estratégias sistemáticas implementadas de supervisão/apoio para as Equipes interdisciplinares. 8. Estratégias implementadas de incentivo a práticas de investigação/pesquisa em serviço, por meio de acréscimo de horas para atividades não diretamente assistenciais. 9. Porcentagem de trabalhadores desenvolvendo (ou concluindo) 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"> 10. Numero de reuniões clínicas por semana. 11. Numero de eventos de desenvolvimento de RH realizados para os trabalhadores da Unidade. 12. Porcentagem de trabalhadores novos no serviço que participaram de programa de ingresso qualificado, com capacitação introdutória. 13. Porcentagem de deferimentos dos pedidos de participação em eventos (discriminar tipos de eventos). 14. Porcentagem de trabalhadores que participaram de algum tipo de atividade de educação permanente (período). 15. Porcentagem de trabalhadores com participação em programa de educação permanente. 16. Porcentagem de horas/trabalhador envolvidas com atividades de educação permanente em relação à carga horária. 17. Porcentagem de trabalhadores liberados do serviço para participação em eventos externos (discriminar tipos de eventos). 18. Número 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"> 19. Mecanismos sistemáticos implementados para compartilhamento das experiências e conhecimentos obtidos em atividades de educação permanente. 20. Estudos realizados para avaliação sobre a apropriação e domínio de conhecimentos básicos (previstos nos protocolos) pelos trabalhadores. 21. Estudos realizados para avaliação sobre mudanças nas práticas profissionais a partir de atividades de educação permanente. 22. Porcentagem de trabalhadores satisfeitos com os programas de capacitação.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>VI) ASSEGURAR DIREITOS DOS USUÁRIOS, CONTROLE SOCIAL E AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR</p> <p>Alguns Dispositivos Associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita aberta • Acompanhante • Sistemas de escuta resolutivos: gerência de porta aberta, ouvidorias e pesquisas de satisfação. • Carta de direitos do usuário. • Conselhos de gestão. • Projeto para adequação de ambiente (ambiência). 	<p>Estratégias de informação sobre funcionamento dos serviços e direitos dos usuários.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informações visuais afixadas sobre identificação e funcionamento dos serviços (vinculação do Serviço ao SUS, nomes dos trabalhadores, horários e outras informações relevantes). 2. Crachás implementados para identificação do usuário, da equipe de referência e data da internação. 3. Placa afixada no leito, com identificação do usuário, da equipe de referência e data da internação. 4. Cartilha (ou equivalente) com serviços e procedimentos disponíveis para o usuário. 5. Boletins informativos (e equivalentes) disponibilizados regularmente em locais de circulação.
	<p>Visitas abertas e acompanhante aos usuários internados.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Visita aberta implementada (livre) para todos os usuários internados. 7. Acompanhante permitido (livre) para todos os usuários internados. 8. Porcentagem de usuários internados com presença de acompanhante (em tempo parcial e integral). 9. Porcentagem de usuários internados sem presença de acompanhante, e justificativas dos usuários e familiares. 10. Acompanhante permitido (livre) para todas as mulheres (gestantes) na sala de parto. 11. Porcentagem de gestantes que tiveram pedido atendido (pelo hospital) de presença de acompanhante na sala de parto.
	<p>Ações, experiências inovadoras e práticas de promoção à saúde no âmbito hospitalar, possibilitando ao usuário internado a manutenção de sua rede social.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Alojamento conjunto disponível para porcentagem da capacidade de realização de partos. 13. Porcentagem de nascidos vivos instalados em alojamento conjunto. 14. Banco de Leite Humano instalado em hospitais que têm UTI Neonatal. 15. Espaço destinado à permanência de mães de recém-nascidos que estão na UTI e não querem deixar o hospital. 16. Porcentagem de nascidos vivos com atendimento por pediatra na sala de parto. 17. Projeto implementado de atendimento escolar para crianças e adolescentes internados. 18. Refeitório estruturado e implementado como local para as refeições regulares dos usuários internados. 19. Cardápio e horário de refeições flexibilizados, para atendimento aos casos justificados pelas Equipes de Referência (e pela reivindicação apresentada por representantes de grupos culturalmente diferenciados).

		<p>20. Atividades lúdicas culturais, de lazer e “ocupacionais” programadas para acontecerem regularmente nas dependências do hospital; jogos coletivos, teatro, vídeos, comemorações de datas festivas, “biblioteca viva”, brinquedoteca, parquinho, salão de costura, bazares, salão de beleza, pastoral dos enfermos e outras manifestações religiosas, ciganos e praticantes de religiões de matrizes afro-brasileiras.</p> <p>21. Aparelhos de televisão instalados nas enfermarias.</p> <p>22. Livre uso de roupas pessoais permitido para usuários internados.</p> <p>23. Liberação para crianças internadas permanecerem com seus objetos de estimação (brinquedos).</p> <p>24. Representante de escritório de registro civil implantado, nas dependências do hospital-maternidade, para registro de recém-nascidos.</p> <p>25. Estratégias implementadas para busca e incorporação de voluntários para desenvolver atividades no serviço.</p> <p>26. Número de pessoas da comunidade atuando como voluntárias na Unidade em projetos ou atividades de promoção da saúde, educativas, de lazer e cultura.</p>
	Estratégias institucionais de comunicação e informação ao usuário e familiares sobre o tratamento e procedimentos	<p>27. Porcentagem de usuários com horários acordados com seus familiares para serem atendidos pela Equipe de Referência.</p> <p>28. Número de reuniões com familiares de usuários internados, por semana.</p> <p>29. Porcentagem de acompanhantes/familiares informados pela equipe cirúrgica após o término da cirurgia.</p> <p>30. Mecanismos implementados de comunicação e justificativa formal ao usuário sobre as razões de suspensão de procedimentos agendados.</p>
	Mecanismos de estimular a participação e corresponsabilização dos usuários na utilização racional dos serviços	<p>31. Porcentagem de usuários/familiares informados sobre custos de tratamento (destacando insumos mais significativos).</p>
	Serviços de escuta e avaliação de satisfação dos usuários	<p>32. Ouvidoria institucional ou serviço implementado para escuta dos usuários, com sistema de divulgação dos resultados/avaliações.</p> <p>33. Porcentagem de aumento ou redução de reclamações recebidas na Ouvidoria ou serviço de escuta.</p> <p>34. Porcentagem de reclamações e elogios recebidos na ouvidoria ou serviço de escuta em relação ao total de registros.</p> <p>35. Porcentagem de respostas da ouvidoria ou serviço de escuta providenciadas em 15 dias ou menos.</p> <p>36. Porcentagem de soluções consideradas satisfatórias pelos usuários dentre as respostas providenciadas pela ouvidoria ou serviço de escuta.</p> <p>37. Mudanças observadas na natureza das queixas dos usuários no serviço de escuta ou ouvidoria (percentuais de tipos de queixas, comparando períodos diferentes).</p> <p>38. Porcentagem de redução de queixas nos meios de comunicação.</p> <p>39. Processo sistemático implementado para avaliação de satisfação do usuário (e familiares), com plano de divulgação e discussão com usuários e trabalhadores.</p>

		<p>40. Pesquisas avaliativas (com avaliadores externos) programadas para serem realizadas sobre satisfação de usuários.</p> <p>41. Processo sistemático implementado para análise e encaminhamentos sobre os pontos críticos apresentados nas avaliações de satisfação de usuários, com plano e prazos de correções e adequações.</p> <p>42. Porcentagem de usuários (e familiares), segundo graus de satisfação com os serviços e atendimentos (considerando especificidades das unidades de produção e incluindo hotelaria, alimentação e serviços gerais/limpeza).</p>
	<p>Estratégias para desenvolvimento de habilidades para exercício da participação e controle social</p>	<p>43. Plano de atividades de formação de conselheiros de saúde e comunidade em geral (incluindo atividades de formação tradicional e outras).</p> <p>44. Número de conselheiros de saúde e/ou pessoas da comunidade que participaram de atividades de formação.</p> <p>45. Processo sistemático implementado para avaliação sobre o tipo e qualidade da participação dos conselheiros e pessoas da comunidade nas atividades colegiadas da Unidade (e mudanças observadas a partir das atividades de formação).</p>

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>VII) ADEQUAR ÁREAS FÍSICAS (SEGUINDO O CONCEITO DE AMBIÊNCIA NOS PROJETOS ARQUITETÔNICOS), E PROVISÃO DE RECURSOS MATERIAIS E INSUMOS</p> <p>Alguns dispositivos associados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projeto para adequação de ambiente (ambiência). • Acolhimento. 	<p>Adequação de áreas físicas, seguindo o conceito de ambiência.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Projeto arquitetônico elaborado e executado com adequações nos ambientes, considerando: <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. • Instalações para abrigar serviços de atenção a mulheres com aborto inseguro. • 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. 2. Telefones públicos instalados nas dependências do hospital.
	<p>Adequação, incorporação e disponibilização de recursos materiais, conforme necessidades dos projetos e atividades.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Reformas específicas e incorporação de materiais complementares para os serviços, atrelados e projetos e atividades específicos. 4. Outros: <ul style="list-style-type: none"> • Número e porcentagem de materiais, equipamentos e insumos de rotina indisponíveis no serviço. • Tempo médio transcorrido entre a solicitação e a realização de serviços de reparos considerados essenciais. • Porcentagem de medicamentos que estouraram o estoque mínimo/mês. • Porcentagem de exames não realizados por falta de material/filmes ou quebra de equipamentos. • Número e porcentagem de cirurgias desmarcadas por falta de campos ou rouparia. • Número e porcentagem de cirurgias desmarcadas por falta de higienização das salas em tempo oportuno. • Número e porcentagem de peças de roupas danificadas, manchadas. • Número e porcentagem de equipamentos danificados. • Número e porcentagem de demandas de transporte atendidas. • 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.

OBJETIVO (e dispositivos associados)	DIMENSÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	INDICADORES POTENCIAIS (Estrutura e Processo)
<p>VIII) PROMOVER QUALIFICAÇÃO E OTIMIZAÇÃO DO TRABALHO, A PARTIR DE INSTRUMENTOS SISTEMÁTICOS DE AVALIAÇÃO</p> <p>Alguns dispositivos associados:</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>	<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. Estratégias implementadas de monitoramento e avaliação do funcionamento da referencia e contrarreferência 3. . 4. Estabelecimento sistemático de metas a serem alcançadas com as ações desenvolvidas nas Unidades de Produção, incluindo grupos operativos, atividades educativas e outros. 5. Recorte de eventos-sentinela a serem tomados como situações para vigilância no âmbito hospitalar e também como geradores de ações no nível local (situações a serem abrangidas por Projetos de Saúde Coletiva, integrando hospital e outras unidades de saúde). 6. Apresentação mensal de relatórios, com análises e condutas, procedentes das Comissões de Vigilância: <ul style="list-style-type: none"> • de Revisão de Prontuários. • de Revisão de Óbitos. • de Controle de Infecção Hospitalar, com análise e condutas. • de Mortalidade por Grupos de Risco. • de Vigilância ao Óbito Infantil. • de Mortalidade Materna e Neonatal. • de Farmacovigilância. • de Hemovigilância. • de Documentação Médica. • de Ética. • Outros. 7. Alimentação regular dos sistemas de informação padronizados. 8. Atualização rotineira de dados hospitalares. 9. Preenchimento regular de boletins de Doenças de Notificação Compulsória – DNC. 10. Sistema implementado para notificação e comunicação de acidentes de trabalho de usuários e trabalhadores. 11. 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. 12. Porcentagem de prontuários auditados com e sem irregularidades. 13. Apresentação mensal de relatórios, com análises dos indicadores de produção e resultados dos serviços. 14. Porcentagem de altas com “resumo de alta hospitalar” preenchido pelo médico, conforme protocolo. 15. Porcentagem de altas com preenchimento adequado de instrumentos de encaminhamentos para seguimento na rede, conforme protocolos. 16. Porcentagem de redução dos casos notificados de mortes por causas mal definidas. 17. Manuais de procedimentos e normas documentados e conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento do transporte. 18. Manuais de procedimentos e normas conhecidos por toda a equipe sobre o funcionamento da higienização da Unidade. 19. 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.