

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

SILVANA DA SAÚDE FOLIS FLORES

**UM OLHAR PEDAGÓGICO SOBRE A AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES EM  
SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA**

São Leopoldo

2011

SILVANA DA SAÚDE FOLIS FLORES

**UM OLHAR PEDAGÓGICO SOBRE A AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES EM  
SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Isabel da Cunha

São Leopoldo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F634o Flores, Silvana da Saúde Folis  
Um olhar pedagógico sobre a avaliação de trabalhadores  
em saúde: uma experiência na gestão pública / Silvana da  
Saúde Folis Flores. – 2010.  
161 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio  
dos Sinos. Faculdade de Educação, Programa de Pós-  
Graduação em Educação, 2011.

Orientador: Profª Drª Maria Isabel da Cunha.

1. Avaliação - Trabalhador. 2. Gestão do Trabalho - Diálogo.  
3. Aperfeiçoamento profissional. 4. Saúde Pública. I. Título.

CDU 37:614(81)

SILVANA DA SAÚDE FOLIS FLORES

**UM OLHAR PEDAGÓGICO SOBRE A AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES EM  
SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NA GESTÃO PÚBLICA**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Aprovada em \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Isabel da Cunha – UNISINOS

---

Professor Examinador

---

Professor Examinador

## RESUMO

O presente estudo se propôs a analisar a prática avaliativa realizada pelos gestores e trabalhadores de uma instituição pública de saúde, com o objetivo de identificar a preocupação com o desenvolvimento do trabalhador, o diálogo e a melhoria dos processos de trabalho. Através da pesquisa, buscou-se responder em que medida o processo de avaliação individual vem contribuindo para a qualificação do trabalhador com consequências para uma prestação de serviços de qualidade. O referencial teórico recorreu a autores como Yves Schwartz, José Dias Sobrinho, Paulo Freire e Boaventura de Sousa Santos, sem detrimento de outras contribuições. Quanto à metodologia, o estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa, na qual o principal método investigativo foi a análise documental dos registros de avaliações individuais, analisando-se os pareceres finais e os planos de ação realizados pelos gestores e trabalhadores no ano de 2009. A pesquisa possibilitou o aprofundamento sobre o tema, a reflexão sobre as práticas avaliativas dentro da instituição e a compreensão de alguns aspectos fundamentais como: a nova postura do trabalhador, participando e refletindo sobre o processo de trabalho; e a do gestor que reconhece a qualificação do trabalhador no momento da avaliação, contribuindo com melhorias para o desenvolvimento individual e da equipe.

Palavras-chave: Avaliação – Trabalhador - Gestão do Trabalho - Diálogo – Aperfeiçoamento Profissional

## **ABSTRACT**

This study aims to examine evaluation practices conducted by managers and employees of a public health institution in order to identify the concern with the worker development, the dialogue and the improvement of work processes. Through research, we try to answer to what extent the individual assessment process has contributed to the qualification of the worker with consequences for the provision of quality services. The authors drew on theoretical as Yves Schwartz, José Dias Sobrinho, Paulo Freire and Boaventura de Sousa Santos, without the expense of other contributions. Regarding the methodology, the study characterized as a qualitative research, in which the main investigative method was the analysis of documentary records of individual assessments, analyzing the final opinions and plans of action carried out by managers and workers in 2009. The research enabled a deepening on the subject, reflection on assessment practices within the institution and understanding of some fundamental aspects such as: the attitude of the worker, participating and reflecting on the work process, and the new attitude of the manager who recognizes the qualifications of the worker at the time of evaluation, contributing to the improvement of individual and team development.

**Keywords:** Evaluation, Labor, Labor Management, Dialogue, Professional Development.

## SUMÁRIO

<b>1 A ORIGEM DO ESTUDO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 O CONTEXTO E A POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO .....</b>	<b>10</b>
2.1 AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL.....	15
2.2 AVALIAÇÃO DE EQUIPE.....	16
2.3 AVALIAÇÃO INDIVIDUAL.....	18
<b>3 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA.....</b>	<b>26</b>
<b>4 UM OLHAR PEDAGÓGICO SOBRE A AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES EM SAÚDE: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....</b>	<b>31</b>
4.1 O TRABALHO EM SAÚDE ENQUANTO UM PROCESSO EDUCATIVO .....	32
4.2 NOVOS SENTIDOS DA AVALIAÇÃO DO TRABALHADOR EM SAÚDE .....	42
4.3 A AUTONOMIA NA PERSPECTIVA DE RESPONSABILIZAÇÃO E DE EMPODERAMENTO DO TRABALHADOR.....	48
4.4 O DIÁLOGO COMO METODOLOGIA E FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	51
4.5 O PARADIGMA DOMINANTE E O MODELO DE ATENÇÃO HOSPITALAR .....	55
<b>5 O DESENHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA.....</b>	<b>59</b>
5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA ESTRATIFICADA.....	63
<b>6 ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>64</b>
6.1 DIMENSÕES PARA A PRÉ-ANÁLISE.....	64
6.2 DESVELANDO OS DADOS .....	65
<b>6.2.1 Organização dos Pareceres dos Trabalhadores em Relação às Dimensões .....</b>	<b>66</b>
<b>6.2.2 Organização dos Pareceres dos Gestores em Relação às Dimensões.....</b>	<b>70</b>
<b>6.2.3 Organização dos Planos de Ação em Relação às Dimensões .....</b>	<b>76</b>
<b>7 DAS DIMENSÕES ÀS CATEGORIAS: INTERPRETANDO OS DADOS .....</b>	<b>82</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>104</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>109</b>

## 1 A ORIGEM DO ESTUDO

A função da arte/  
 Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovadloff,  
 levou-o para que descobrisse o mar.  
 Viajaram para o Sul.  
 Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando.  
 Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia,  
 depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos.  
 E foi tanta a imensidão do mar, e tanto fulgor, que o menino ficou mudo de beleza.  
 E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:  
 - *Me ajuda a olhar!*  
 Eduardo Galeano

Início este trabalho com Eduardo Galeano, tentando relacionar o “mar” com o tema “avaliação de trabalhadores em saúde”, tendo em vista o enorme desafio que tenho pela frente. Esse tema, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), ganha uma dimensão e uma amplitude ainda maiores por envolver diferentes sujeitos e múltiplas relações no desenvolvimento dos processos de trabalho, com implicações diretas no usuário, na sociedade e no sistema de saúde como um todo.

Assim, coerente com essa proposta de trabalho, digo: - *Me ajuda a olhar!*

Mas um olhar novo, ou melhor, um olhar diferente, trazendo para este contexto outras perspectivas, possibilidades, desafios, mudanças, possibilitando *um fazer diferente*. Eis, o desafio!

Os motivos que me levaram a escolher o tema “avaliação” são muitos, pois há algum tempo venho discutindo e estudando esse assunto, sob diversas perspectivas e áreas. No início da minha carreira, de 1992 até 1999, estive envolvida com educação infantil, quando começávamos a fazer questionamentos sobre a avaliação da aprendizagem.

De 1999 até 2001, na Secretaria da Educação do Estado do Rio Grande do Sul, viveu-se o processo da Constituinte Escolar<sup>1</sup>, definindo-se os princípios e as diretrizes da educação

---

<sup>1</sup> Constituinte Escolar – um amplo movimento de participação ativa da comunidade escolar (alunos, pais, trabalhadores em educação), organizações da sociedade civil e instituições do poder público, na definição de princípios e diretrizes da Educação Pública do Estado do Rio Grande do Sul.



para o Estado do Rio Grande do Sul. Um dos temas mais polêmicos e discutidos era, com certeza, a avaliação.

Já a partir de 2001, passei a fazer essa discussão na área da saúde pública. Em 2001, fui chamada, por concurso público, à Secretaria de Estado da Saúde, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, e ingressei na equipe de coordenação da Residência Integrada em Saúde (RIS/ESP). A RIS se constitui como uma modalidade de educação profissional pós-graduada multiprofissional, desenvolvida em ambiente de serviço. Foi nesse novo contexto que percebi outras relações e perspectivas para o tema “avaliação”.

Na época, a grande preocupação era em como avaliar o residente. Não se tratava de avaliação do Programa, dos preceptores e, muito menos, do processo de ensino e aprendizagem. Nesse período, estava-se sempre tencionando a possibilidade de discutir o processo de avaliação na RIS, de forma mais ampliada, consolidando-se em um momento muito rico de discussões e aprendizagem dentro do grupo.

Mais tarde, em 2004, transferindo-me ao Grupo Hospitalar Conceição/GHC com a proposta de implementar esse mesmo programa, novamente a discussão recaiu sobre o tema da avaliação. Havia preocupações semelhantes às da ESP, porém, acresciam-se outros aspectos, como, por exemplo: a estrutura, o contexto, o modelo de atenção hospitalar e o ineditismo de uma proposta a ser realizada dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva.

Tratar do tema “avaliação” dentro de um Programa de Residência Integrada significava pensar a avaliação de profissionais que buscam na formação em serviço um aperfeiçoamento especializado, com uma carga horária muito extensa, de aproximadamente 60 horas semanais.

Em 2005, inseri-me na Gerência de Recursos Humanos do GHC com o desafio de aprofundar as discussões que estavam sendo desencadeadas em diversas áreas profissionais e serviços sobre o tema da avaliação de trabalhadores. Passados alguns meses, a Direção do GHC propôs a construção de uma política institucional de avaliação.

A ênfase, naquele momento, era pensar em avaliação na perspectiva de que o ambiente de trabalho se constituísse em um espaço de diálogo, de construção de conhecimentos e, também, de valorização e desenvolvimento, possibilitando, assim, a criação de um Plano de Carreira ao trabalhador da instituição futuramente. O debate sobre o plano já estava sendo

pautado, desde 2003, no Ministério da Saúde, tendo em vista os apontamentos do próprio Movimento da Reforma Sanitária que, há mais de vinte anos, promovia a discussão referente à valorização do trabalhador em saúde.

A partir daí, iniciou-se um novo processo, uma nova caminhada de muito aprendizado. Para melhor compreensão desse processo, parece-me fundamental retomar alguns conceitos, resgatar a história da instituição e de seus processos avaliativos, iniciando um processo de escuta junto aos trabalhadores e gestores.

A experiência consolidou-se em março de 2006, com a implementação da Política de Avaliação e Desenvolvimento, a qual o enfoque e a intenção foram de que os trabalhadores teriam participação ativa, sendo todos avaliadores e avaliados. O ponto de partida de todo o processo se iniciou pela autoavaliação individual. Valorizou-se a constituição de equipes de trabalho como um todo na instituição, a fim de possibilitar a viabilização da avaliação em três níveis: individual, de equipe e institucional.

No decorrer do mesmo ano, houve uma grande preocupação quanto ao gerenciamento dessa política e às condições mínimas de infraestrutura para que o processo acontecesse com êxito, pois toda a avaliação, incluindo seus registros, seria realizada em um sistema próprio, criado especificamente para esse objetivo.

Passados mais de três anos, foi possível perceber que, de certa forma, a política se incorporou na rotina do GHC. Entretanto, ainda existem algumas dificuldades para sua consolidação, como a garantia da efetiva participação do trabalhador como um sujeito consciente da importância do seu fazer para a promoção da saúde.

Tal compreensão foi o que me estimulou para esta pesquisa, com o intuito de contribuir para a qualificação dela, trazendo alguns elementos para serem analisados. A proposta foi inserir um olhar pedagógico sobre o processo, enfatizando a importância do diálogo, da escuta e do empoderamento do trabalhador. A intenção foi percebê-lo enquanto uma ferramenta útil para o desenvolvimento não só do trabalhador, mas, também, dos processos de trabalho e das práticas em saúde.

## 2 O CONTEXTO E A POLÍTICA DE AVALIAÇÃO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O mundo  
Um homem da aldeia de Neguá, no litoral da Colômbia,  
conseguiu subir aos céus.  
Quando voltou, contou. Disse que tinha contemplado,  
lá do alto, a vida humana.  
E disse que somos um mar de fogueirinhas.  
- *O mundo é isso.* – revelou.  
- *Um montão de gente, um mar de fogueirinhas.*  
Cada pessoa brilha com luz própria entre todas as outras.  
Não existem duas fogueiras iguais.  
Existem fogueiras grandes e fogueiras pequenas e fogueiras de todas as cores.  
Existe gente de fogo sereno, que nem percebe o vento,  
e gente de fogo louco, que enche o ar de chispas.  
Alguns fogos, fogos bobos, não alumiam nem queimam;  
mas outros incendeiam a vida com tamanha vontade que é impossível  
olhar para eles sem pestanejar, e quem chegar perto pega fogo.  
*Eduardo Galeano*

Discutir o tema “avaliação de trabalhadores” dentro do Grupo Hospitalar Conceição não tem sido uma tarefa fácil. Para pensar em uma política de avaliação institucional foi necessário compreender o tamanho e a complexidade do Grupo, que atende a população de Porto Alegre, da região metropolitana e do interior do Estado nas demandas de saúde. É formado por quatro hospitais: Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição, Cristo Redentor, Fêmeina e doze Unidades de Saúde Comunitária.

O GHC conta com mais de sete mil trabalhadores e tem relação direta com mais de vinte sindicatos e entidades representativas de categorias profissionais. No total, somam-se 1.800 leitos, contemplando UTIs e emergência, que apresentam a internação média de 5.300 pessoas por mês. Também, realizam-se 5.000 consultas/dia, 900 partos e mais de 3.000 cirurgias por mês.

Com base nessa complexidade e diversidade dos serviços, que a organização dos processos coletivos de trabalho precisava ser pensada e organizada, levando-se em consideração sua especificidade e necessidade.

Desde o início da gestão, que se iniciou em 2003, havia inúmeros questionamentos referentes à avaliação dos trabalhadores, apontados pelos próprios trabalhadores, pelas áreas profissionais e pelos setores. Paralelamente, registrou-se um compromisso da direção do GHC

com os sindicatos e outras entidades representativas, para a construção de uma política de avaliação com critérios claros e transparentes para o conjunto dos trabalhadores, na perspectiva de valorização e da construção do Plano de Carreira.

Como não havia uma política institucional de avaliação aos trabalhadores do GHC - o que inviabilizava também a criação de um plano de carreira - foi designada a tarefa de desencadear o processo de construção de uma política institucional sobre o tema à Gerência de Recursos Humanos, por intermédio da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento – GTED.

Assim, em 2005, a GTED iniciou essa tarefa, propondo-se a realizar a escuta junto aos trabalhadores, aos setores e às categorias profissionais a respeito do que entendiam e de como eram realizadas as avaliações na instituição. Dentre outros questionamentos, surgiram questões como: quais os instrumentos e as metodologias utilizadas? Quais os conceitos e as concepções que embasavam suas propostas?

Os resultados dessa escuta corresponderam ao esperado. Foi constatada a informação de que apenas duas áreas avaliavam na instituição: a enfermagem e a nutrição. Tal fato ocorria, pois avaliar fazia parte dos seus processos de trabalho, ou seja, para essas áreas, era importante avaliar a fim de acompanhar os procedimentos e as técnicas realizadas pelas mesmas. Também foi constatado que a avaliação, quando ocorria, era feita apenas no período probatório, principalmente por ser considerada uma obrigação legal nas demais áreas profissionais (administrativa e outras categorias como, por exemplo, a médica). Assim, na prática, havia trabalhadores com 10, 15, 20 ou mais anos de trabalho no GHC, que nunca tinham sido avaliados e, ainda, sem qualquer registro sobre sua vida funcional.

Percebia-se que a avaliação tinha apenas um caráter obrigatório, legal, individualista e comportamentalista na instituição. Essa condição, certamente, dificultava pensar em outras perspectivas e possibilidades quanto ao crescimento do trabalhador e da própria instituição, pois este era avaliado de forma isolada e descontextualizada. Não era reconhecido como um sujeito que fazia parte de uma equipe de trabalho e de uma instituição que, por sua vez, assume prioridades e especificidades que devem ser levadas em consideração. Segundo Bodstein, deveria-se pensar no trabalhador enquanto um sujeito reflexivo, levando-se em consideração a diversidade deste, o contexto e as suas relações.

Um caminho promissor é aquele que trata os programas como espaços sociais, marcados pela diversidade de atores em relações e posições sociais conflitantes que caracterizam arranjos frequentemente flexíveis e provisórios. Atores são vistos como sujeitos reflexivos, de tal maneira que os programas, bem como a avaliação, pressupõem um alto grau de participação dos envolvidos e da população-alvo que é considerada autoridade nas necessidades e nos problemas locais. Programas, intervenções e iniciativas precisam ser entendidas como sistemas sociais complexos, o que permite conceituá-los a partir da dinâmica interna e do conjunto de relações e processos que lhe são inerentes. Não se trata, portanto, de abordar os programas como um somatório de partes e de componentes (BODSTEIN, 2009, p. 9).

Até então, a avaliação tinha caráter predominantemente punitivo, estando relacionada aos processos que culminavam na demissão de trabalhadores. Por esse fato, identificava-se uma forte resistência a ela. Para neutralizar essa perspectiva, foi constituído um grupo de trabalho com representantes de sindicatos, de categorias profissionais, de trabalhadores e da direção do GHC para a elaboração de uma proposta inicial. Um dos aspectos mais interessantes desse processo foram os princípios que orientavam o grupo, trabalhando sempre com o objetivo de mudar a prática histórica e de buscar algo novo.

As discussões foram iniciadas pelo próprio conceito de avaliação, visto que o debate sempre recaía no instrumento de sistematização da mesma, ou seja: como preencher o instrumento? Pensar avaliação enquanto um momento de preenchimento de formulários – para não marcar errado – constituía-se em uma visão reducionista da avaliação, pois ignorava o processo em si, não acompanhava a trajetória do trabalhador, seu crescimento, suas dificuldades e as potencialidades para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Nesse caso, parece importante lembrar a reflexão de Esteban (2004), que problematiza os sentidos da avaliação. Mesmo referindo-se ao espaço escolar, é possível transferir seu significado para outros contextos de produção humana.

A avaliação escolar, nesta perspectiva excludente, silencia as pessoas, suas culturas e seus processos de construção de conhecimentos; desvalorizando saberes fortalece a hierarquia que está posta, contribuindo para que diversos saberes sejam apagados, percam sua existência e se confirmem como a ausência de conhecimento. A classificação das respostas em acertos e erros, ou satisfatórias e insatisfatórias, ou outras expressões do gênero, se fundamenta nessa concepção de que saber e não-saber são excludentes e na perspectiva de substituição da heterogeneidade real por uma homogeneidade idealizada (p.15).

Além do conceito “avaliação”, foram também trabalhados os de “desempenho” e de “desenvolvimento”. No histórico de práticas de avaliação na instituição, sempre foi reforçada a ideia de desempenho do trabalhador, com o objetivo de constatação de suas obrigações – faz

ou não faz, desempenha a função ou não – o que, de certa forma, se define como uma prática comportamentalista. No decorrer das discussões, ampliou-se o conceito de desenvolvimento, que significava pensar toda a trajetória do trabalhador, desde o momento do planejamento e organização de seu ingresso e acolhimento na instituição, sua inserção e seu desenvolvimento nas equipes de trabalho, até o seu desligamento, por diferentes motivos.

O compromisso era de desmitificar o conceito da avaliação, analisando o porquê, o como, o quem e o para que servia a avaliação; construir a ideia de uma avaliação pensando no *desenvolvimento* e na trajetória profissional, na perspectiva de uma política de *valorização* aos trabalhadores da instituição.

No final de 2005, com uma proposta inicial esboçada, três projetos pilotos foram realizados: o primeiro no ambulatório do Hospital Nossa Senhora da Conceição, o segundo na Linha de Cuidado<sup>2</sup> de Queimados do Hospital Cristo Redentor e o terceiro no Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Os projetos tiveram como objetivo a aplicação de um novo instrumento e método de avaliação com os trabalhadores e gestores desses serviços, com a finalidade de validar sua aplicabilidade em todas as categorias profissionais.

O resultado foi positivo, somente sendo necessários alguns ajustes e correções, o que possibilitou o lançamento do documento que expressava a Política de Avaliação, em caráter experimental, em março de 2006. O compromisso acordado com todos os envolvidos foi de que haveria um amplo processo de avaliação de acordo com a política, para a qualificação da proposta para o ano seguinte até o final do presente ano.

A Política de Avaliação assumiu o objetivo de valorizar e investir no trabalhador da instituição e, por isso, tornou-se imprescindível articulá-la a um processo de educação permanente em saúde. Deveria estar inserida nos processos de trabalho, qualificando o profissional e os serviços prestados. Quando o trabalhador e o gestor, no processo de avaliação, percebem dificuldades e necessidades de qualificação, bem como potencialidades, e o quanto se pode colaborar no crescimento da equipe de trabalho, não apenas pensam, mas colocam em prática uma proposta de educação permanente à instituição como um todo. Esta

---

<sup>2</sup> As Linhas de Cuidado são um modelo de organização dos processos de trabalho baseado no atendimento integral e humanizado aos usuários do SUS. A pessoa é eixo central da atenção à saúde. Isso implica trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolutividade.

se constitui em um processo desafiador, que coloca na rotina do hospital a necessidade de parar, refletir e propor ações para a melhoria dos serviços prestados.

Entretanto, a nova proposta de ação entra em choque com valores, atitudes e interesses há muito consolidados e, por vezes, contraditórios a ela. Tais valores, atitudes e interesses são enraizados no modelo e na própria estrutura hospitalocêntrica, a qual reforça a ideia de que sempre há alguém que avalia e alguém que é avaliado, em caráter hierárquico ou corporativo. De um modo geral, o corporativismo é muito forte, e predominam os conhecimentos científicos e médicos sobre a instituição. Todavia, como relembra Boaventura de Sousa Santos (2008),

todo o conhecimento científico é autoconhecimento. A ciência não descobre, cria, o ato criativo protagonizado por cada cientista e pela comunidade científica no seu conjunto tem de se conhecer intimamente antes que conheça o que com ele se conhece do real. Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação. A sociedade moderna não é a única explicação possível da realidade e não há sequer qualquer razão científica para considerar melhor que as explicações alternativas da metafísica, da astrologia, da religião, da arte ou da poesia. A razão por que privilegiamos hoje uma forma de conhecimento assente na previsão e no controle dos fenômenos nada tem de científico. É um juízo de valor. A explicação científica dos fenômenos é a autojustificação da ciência enquanto fenômeno central da nossa contemporaneidade. A ciência é, assim, autobiografia (p. 83).

Essa contribuição do autor auxiliou a compreensão dos processos culturais de produção de conhecimentos e representações que se faziam nos espaços em estudo.

No decorrer da construção da Política de Avaliação de Desenvolvimento, foram definidas algumas concepções, conceitos e intenções que a fundamentaram, com o objetivo de (re)pensar o papel do trabalhador dentro da instituição. A intenção era de que ele se constituísse como um sujeito histórico que consolida o Sistema Único de Saúde. Esses pressupostos foram assim definidos:

- Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde, principalmente os de equidade, universalidade, integralidade, controle social, rede regionalizada e hierarquizada e descentralização;

- Diretrizes do GHC: integralidade da atenção, democratização da gestão, operação sistêmica interna e externa, polo de formação e pesquisa, reestruturação institucional e eficiência e eficácia organizacional;
- Totalidade: realizando-se um exercício coletivo para pensar o trabalhador individualmente, a sua equipe de trabalho e a instituição de forma integrada e articulada;
- Educação Popular, enfatizando a importância da construção de sujeitos históricos, participativos no seu processo de trabalho e, para essa consolidação, a necessidade do método dialógico;
- Educação Permanente, com o objetivo de rever e de qualificar os processos de trabalho;
- Credenciamento como Hospital de Ensino: campo de estágio para instituições de ensino.

Com o objetivo de atender a instituição na sua totalidade, foi proposta a Política de Avaliação e Desenvolvimento em três níveis – individual, por equipe e institucional –, de forma a não mais pensar o trabalhador individualmente e isolado do seu contexto, mas, sim, como um sujeito que faz parte de uma equipe de trabalho e que compõe o conjunto da instituição. O conceito final do trabalhador seria a média alcançada pela soma dos resultados dos três níveis.

## 2.1 AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL

A Avaliação de Desenvolvimento Institucional pretende avaliar se os compromissos acordados pelo GHC junto ao gestor do Sistema Municipal de Saúde estão sendo cumpridos.



Em 2006, o GHC possuía, enquanto uma instituição pública de saúde e Hospital de Ensino, um contrato de metas chamado de “Contratualização”, o qual continha um conjunto de metas quantitativas e qualitativas de assistência, ensino e gestão, que eram regulamentadas por portarias do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação.

Ainda em 2006, essas metas da “Contratualização” foram disponibilizadas na rede interna do GHC como uma maneira de socializar o desempenho institucional, dar transparência ao processo e possibilitar ao trabalhador o acompanhamento de uma parte do seu próprio conceito (ver apêndice A).

O conceito final referente à avaliação institucional seria obtido considerando a seguinte legenda:

% de metas atingidas igual ou superior a 90% - Conceito A

% de metas atingidas igual ou superior a 80% - Conceito B

% de metas atingidas igual ou superior a 70% - Conceito C

% de metas atingidas inferior a 70% - Conceito D

## 2.2 AVALIAÇÃO DE EQUIPE

A Avaliação de Desenvolvimento das Equipes de Trabalho objetiva acompanhar o processo de trabalho cotidiano e analisar se cada equipe está, de fato, alcançando suas metas. Na época, definiram-se as equipes de trabalho de acordo com a especificação: “centradas nas pessoas que cuidamos ou em processos de trabalho desenvolvidos”, tentando abordar um conceito mais amplo e multiprofissional, agregando os diferentes trabalhadores (contratados, terceirizados, estagiários, residentes, doutorandos e cedidos).

Devido ao tamanho e à complexidade dos serviços desenvolvidos no GHC, cada Gerência ou Unidade Hospitalar promoveu essa discussão internamente e definiu, com autonomia, a constituição de suas equipes.

Em 2006, havia dois critérios no instrumento de avaliação das equipes:

- o absenteísmo, que avaliava a média de horas não trabalhadas pelos trabalhadores da equipe, identificando as causas desse fenômeno, com o objetivo de promover melhores condições de trabalho e reduzir os indicadores institucionais;
- as metas específicas da equipe, que servem como um instrumento de reflexão sobre os objetivos que são próprios de cada equipe, tendo como referência os indicadores e as metas institucionais. Cada equipe tinha que definir três metas prioritárias para efeito de avaliação de desenvolvimento, podendo eleger outras para qualificar seus processos.

O conceito final da equipe era dado através da legenda abaixo:

- a. Quatro metas cumpridas – Conceito A
- b. Três metas cumpridas – Conceito B
- c. Duas metas cumpridas – Conceito C
- d. Uma meta cumprida – Conceito D

No instrumento, também foram privilegiados espaços para que a equipe faça uma reflexão sobre o alcance ou não das metas, devendo realizar um parecer que justifique os conceitos atribuídos. No final, a equipe deve fazer um “Plano de Ação” com o objetivo de estabelecer uma agenda, visando à superação das dificuldades encontradas, bem como à elaboração de estratégias cujos objetivos sejam a consecução das metas ainda não alcançadas (ver apêndice B).

Cabe ressaltar que o ano de 2006 foi extremamente significativo, instigante e desafiador para a Gestão do Trabalho, tendo em vista a complexidade de realizar esse movimento em toda a instituição, promovendo discussões em torno da constituição das

equipes. Foi um processo inesquecível e muito rico, pois possibilitou muitas discussões e reflexões sobre os processos de trabalho em si. Quem são as equipes do GHC? São equipes de médicos, ou médicos e enfermeiros ou, ainda, de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de nutrição, etc? Onde estão inseridos os administrativos, os estagiários e outros?

### 2.3 AVALIAÇÃO INDIVIDUAL

A Avaliação Individual propõe-se a realizar um encontro de diálogo entre o gestor e o trabalhador, com o objetivo de possibilitar que o trabalhador faça uma autoavaliação sobre o seu fazer cotidiano – o trabalho real – e, conjuntamente, reflitam sobre as inúmeras questões que perpassam esse fazer, discutindo sobre suas potencialidades, suas dificuldades, seus desafios, seus problemas, suas soluções e seus impasses. Essa discussão é sistematizada em um instrumento específico (informatizado), como se fosse realizada uma entrevista individual (ver apêndice C).

Existem espaços de respostas abertas e questões objetivas no instrumento de sistematização da avaliação individual. A parte objetiva da avaliação se centra nas inúmeras exigências legais e contratuais que são regulamentadas, como, por exemplo, algumas questões da Delegacia Regional do Trabalho, que necessita, para suas análises, de dados quantitativos.

Os critérios de avaliação individual são três:

- **Atribuições do Cargo:** que considera em que medida o trabalhador conhece e executa as ações e as responsabilidades específicas de sua área profissional. Apresenta, ao todo, nove fatores de avaliação;
- **Comprometimento com as Normas e Obrigações Trabalhistas Contratadas:** considera em que medida o trabalhador cumpre normas, procedimentos, deveres, obrigações acordadas e utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva. Esse critério apresenta nove fatores de avaliação;

- Desenvolvimento Individual e na Equipe de Trabalho: considera o quanto ele tem interesse e busca qualificação para melhorar o seu desenvolvimento profissional, bem como o quanto contribui para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Esse critério apresenta uma subdivisão: individual, com oito fatores, e de equipe de trabalho, com quatro fatores de avaliação.

No final de cada critério, foi definido um conceito que corresponde a um peso, para que seja possível fazer o cálculo do conceito final. Quatro conceitos foram criados para fins de cálculo no sistema, com base na seguinte pontuação:

- **Conceito A:** o trabalhador desenvolve **plenamente** o item que está sendo avaliado. Equivalente a quatro pontos;
- **Conceito B:** o trabalhador desenvolve **a maioria** dos aspectos que envolvem o item que está sendo avaliado. Equivalente a três pontos;
- **Conceito C:** o trabalhador desenvolve **com dificuldades** os aspectos que envolvem o item que está sendo avaliado. Equivalente a dois pontos;
- **Conceito D:** o trabalhador **não desenvolve** os aspectos que envolvem o item que está sendo avaliado. Equivalente a um ponto;
- **NA:** o campo **não se aplica** serve para os casos em que o trabalhador ainda não teve possibilidade de desenvolver ou seu cargo não exige a avaliação de um item específico e, portanto, não pode ser avaliado em relação a ele. Não há pontuação.

Uma das ênfases da política recaiu nos aspectos **qualitativos** do instrumento de avaliação, que envolve os pareceres descritivos, os espaços abertos e os específicos, para que tanto os trabalhadores quanto os gestores expressem suas ideias, dificuldades, críticas e sugestões. Incentiva, também, o registro de seus avanços, suas superações e outras iniciativas. Os espaços são priorizados para que se tenham mais elementos que contribuam com o planejamento da trajetória do trabalhador e das prioridades da equipe de saúde, visando, também, à melhoria dos indicadores institucionais. Ao final da avaliação de cada critério, deve ser emitido parecer do gestor e do trabalhador, em forma de autoavaliação, justificando os conceitos atribuídos. No final do instrumento, há um espaço para o “Parecer Final do

Trabalhador” e o “Parecer Final do Gestor”, onde os envolvidos emitem um parecer sobre o processo de avaliação ou sugerem aspectos que possam favorecer o desenvolvimento do trabalhador.

A definição de incluir vários espaços abertos no instrumento foi considerada por muitos como um processo cansativo e repetitivo. Porém, a coordenação do processo considerava de fundamental importância a consolidação dos espaços abertos para que o trabalhador pudesse se expressar e apresentar mais dados consistentes para o processo de avaliação; a fim de que este fosse realmente mais participativo, enfatizando os dados qualitativos.

No final do instrumento, privilegiou-se um espaço para a construção de um “Plano de Ação”. Trata-se de uma espécie de contrato acordado entre trabalhador e gestor, os quais deverão planejar conjuntamente ações que serão realizadas no período subsequente (ano). Essas ações são necessárias e visam à superação das dificuldades apresentadas pelo trabalhador. Outro espaço disponível é o campo “Observações da Equipe de Trabalho”, no qual a equipe pode registrar sugestões para o desenvolvimento do trabalhador.

Pensando na Política de Avaliação de modo geral, é possível destacar outros aspectos importantes que foram implantados em 2006, com o objetivo de garantir a sua implementação. Entre estes estão:

#### ➤ **A Junta Recursal**

Trata-se de uma instância na qual os trabalhadores que não concordarem com a sua avaliação podem ingressar com recurso, no prazo máximo de três dias, após a realização da mesma. Ela é constituída paritariamente por seis representantes indicados pela Direção e seis trabalhadores, sendo estes últimos eleitos entre seus pares. Tem como principal objetivo intermediar e deliberar sobre impasses e/ou situações não previstas no processo.

A Junta Recursal representa uma mudança na cultura organizacional do GHC, pois, ao longo de sua trajetória, jamais houve a criação de um espaço no qual o trabalhador pudesse recorrer quando não concordasse com o processo de sua avaliação.

### ➤ **A Metodologia**

Considerou-se importante estabelecer na instituição um processo dialógico entre trabalhadores e gestores, de forma a viabilizar relações de trabalho mais humanas e solidárias e, conseqüentemente, consolidar a participação do conjunto dos trabalhadores nos processos coletivos de tomadas de decisão.

O método dialógico ainda é encarado como um grande desafio à instituição como um todo, considerando a longa trajetória de práticas conservadoras em seus diferentes processos avaliativos. Entretanto, há indícios de que a Gestão do Trabalho deve permanecer nessa busca, assumindo que é possível dialogar sobre nós mesmos e com os outros.

### ➤ **A Reestruturação da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento**

Na época, uma das preocupações centrais foi em relação ao gerenciamento desse processo, tendo em vista a complexidade e o tamanho do GHC. A Gestão do Trabalho - GTED era responsável por essa ação estratégica que incluía a implantação da Política de Avaliação em toda a instituição. Entretanto, não havia uma estrutura adequada, nem uma equipe em número suficiente que pudesse acompanhar de perto o processo e orientar os trabalhadores/gestores. A partir dessa preocupação, a direção do GHC investiu na GTED e, assim, conseguiu-se constituir uma equipe multiprofissional para a garantia do processo. A equipe foi construída com dez Referências Técnicas, incluindo cinco Técnicos em Educação, três Assistentes Sociais, uma Psicóloga e uma Enfermeira. Cada referência técnica tornou-se responsável por uma Gerência ou Unidade Hospitalar do GHC, com o objetivo de produzir uma relação mais próxima com os trabalhadores e gestores para o acompanhamento do processo de avaliação, a constituição das equipes de trabalho e o seu planejamento com a definição das metas. Cada referência ficou responsável por acompanhar, aproximadamente, 800 trabalhadores.

Também, havia problemas de infraestrutura, pois a avaliação deveria ser realizada no sistema informatizado interno, e havia muitas equipes sem espaço reservado e computadores. Não havia condições necessárias para que todos os trabalhadores realizassem sua avaliação

em um ambiente silencioso, reservado, com acesso aos computadores e ao sistema criado para tal finalidade. Foi um desafio viabilizar e dar condições para que todos os trabalhadores participassem do processo sem nenhuma distinção. Iniciou-se, em um primeiro momento, usando-se formulários de papel, sendo necessário constituir uma equipe para digitalizar todas as avaliações no sistema criado. Foi um trabalho imenso que incluiu a digitalização de quase 5.000 avaliações. Elegeu-se como prioridade a necessidade de cada referência analisar as avaliações sob sua responsabilidade antes de inserir no sistema. Foi comunicado a todos os gestores que, caso as avaliações viessem sem a assinatura e sem o parecer do trabalhador, seriam devolvidas, isso acontecia quando a avaliação tinha um distanciamento dos critérios definidos. Para a coordenação, essa foi uma maneira de legitimar o processo e garantir, de certa forma, a participação do trabalhador.

Em 2006, primeiro ano da Política de Avaliação, ficou acordado que todas as avaliações individuais ocorreriam no mês de setembro. Entretanto, devido ao número e ao movimento dos trabalhadores dentro da instituição (férias, licenças, cedências e outros), algumas avaliações foram realizadas nos meses posteriores: outubro, novembro e dezembro.

### ➤ **Alguns Avanços Percebidos**

No início de 2007, os dados das avaliações referentes ao período/ano 2006 foram apurados, os quais se demonstraram muito satisfatórios, pois cerca de 96% dos trabalhadores e equipes foram avaliados. Para a instituição, o resultado desse processo foi considerado uma vitória que expressou, além da capacidade de gerenciamento, o potencial do esforço coletivo dos trabalhadores para o sucesso de sua implementação.

O resultado também marcou o início de mudanças institucionais históricas, pois, além da participação de todas as categorias profissionais, inclusive médica, foi instituída uma nova prática: a de registrar a vida funcional do trabalhador em caráter permanente. Isso significa que a instituição, desde 2006, tem registros de cada trabalhador, fato que é de extrema relevância para o acompanhamento e a sistematização da trajetória do Grupo Hospitalar Conceição.

Em dezembro de 2006, conforme acordado no lançamento da Política, um Seminário de Avaliação foi realizado. Em plenária, foram definidas algumas modificações para o período 2007-2008.

Além de propostas na estrutura do instrumento de avaliação individual, tentando deixá-lo mais objetivo e menos repetitivo, também foi definido que as avaliações ocorreriam no mês de aniversário de ingresso do trabalhador na instituição, e não mais concentrado em um mesmo período/mês para todos (setembro). Essas medidas facilitariam a realização do processo, pois as avaliações seriam realizadas no decorrer dos doze meses do ano. Entretanto, até o momento, ainda se percebe um calendário com muitas avaliações atrasadas, demonstrando a necessidade de aperfeiçoamento do processo na prática.

Outra proposta foi a inserção da avaliação individual dos gestores pelos trabalhadores. Isso significaria que todos os gestores do GHC, além de sua avaliação individual, seriam avaliados também pela equipe de trabalho ou pelo colegiado de gestão<sup>3</sup> o qual integra. Tal proposta viabiliza a participação de todos os membros da equipe, sendo que cada uma desta pode organizar o processo conforme suas características e necessidades. O conceito individual de cada gestor será obtido realizando-se a média entre os conceitos decorrentes da avaliação realizada pelo seu gestor imediato e pela sua equipe.

Essa avaliação tem como objetivo o desenvolvimento do gestor no seu processo de gerenciamento. Os aspectos a serem considerados abrangem: planejamento participativo, reuniões com a equipe, promoção de diálogo, escuta dos seus trabalhadores, relações de trabalho, entre outros. É importante salientar que, novamente, esse momento teve por objetivo compartilhar e dialogar com a equipe.

A avaliação dos gestores, realizada com a participação dos trabalhadores da equipe, também pode ser considerada como um avanço institucional, pois, mais uma vez, significou uma mudança na estrutura de poder historicamente instituída. Proporcionou ao trabalhador um espaço de discussão, troca e escuta sobre o papel do gestor, e possibilitou, por sua vez, a reflexão sobre os processos de trabalho e o modo de se produzir saúde. O trabalho em equipe é, certamente, uma demonstração de empoderamento do trabalhador. É evidente que há

---

<sup>3</sup> Colegiados de Gestão: os Colegiados são espaços periódicos de discussão das equipes de trabalho (gestor e trabalhadores) para planejar, acompanhar, analisar e avaliar os processos de trabalho (modos de produzir saúde), dialogar sobre os conflitos, socializar as informações, pensar e redefinir fluxos e rotinas do setor, debater sobre infra-estrutura e proposição de investimentos.



equipes, gestores e trabalhadores com dificuldade de operacionalizar essa proposta na prática. Dependendo da composição da equipe, das rotinas e da organização dos serviços, encontram-se diversas dificuldades para colocá-la em prática muitas vezes. Entretanto, é um processo que estimula, provoca e convoca a todos, em todos os momentos e espaços da instituição, favorecendo uma participação efetiva.

Atualmente, a avaliação institucional não é mais a “Contratualização”, tendo sua base no Planejamento Institucional do GHC e na Agenda Estratégica. O Plano Institucional é aprovado pelo Conselho de Administração da Instituição, constituído por diversas representações, inclusive pelos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão. É sistematizado através da Agenda Estratégica e representa os principais compromissos assumidos pelo GHC, traduzidos em objetivos, metas e indicadores a serem alcançados durante o período da gestão. Com base nesse documento, o colegiado da Direção, que reúne diretores e gerentes, pactua objetivos e metas às diferentes unidades hospitalares e suas respectivas equipes anualmente.

Ao longo destes anos, a Política de Avaliação passou por algumas modificações. Em 2010, já na 3ª edição do seu manual, as mudanças da instituição e as solicitações trazidas pelos gestores, pelos trabalhadores e, também, pela própria Direção do Grupo foram consideradas. Houve avanços, como a avaliação de gestores, e alguns retrocessos, fatos que são relevantes de enfatizar. Um deles refere-se ao cálculo final para o conceito do trabalhador. Antes, no período de 2006 a 2009, esse conceito era a média da soma dos três níveis (institucional, equipe e individual), tendo todos níveis o mesmo peso. A partir de 2010, consideraram que a avaliação de equipe tem um peso maior, valendo mais, abrangendo 52% de peso no conceito final, enquanto que a individual e a institucional vale 24% cada uma.

Reafirmo a importância dos pesos iguais, no sentido de totalidade do trabalhador e do processo de trabalho, e não da fragmentação e da valorização de um aspecto sobre os demais. Entretanto, a experiência é válida, e as necessidades surgidas no contexto atual devem ser respeitadas, pois, afinal, para que serve a avaliação? Nesse sentido, vale refletir com Bodstein (2009), quando este afirma que,

no caso da promoção da saúde, as estratégias são múltiplas e difíceis de serem isoladas, já que voltadas para melhorar a informação e o conhecimento, melhorar a qualidade de vida, reforçar o processo decisório intersetorial e participativo e, por fim, promover a inclusão social, empoderamento e maior autonomia dos sujeitos. São estratégias abrangentes e convergentes, e extrapolam parâmetros normativos (p. 12).

Há necessidade de aperfeiçoamento constante desse processo, possibilitando que haja cada vez mais dados e informações sobre a vida do trabalhador e da instituição como um todo. O registro constitui-se como fundamental, mas, sobretudo, é importante o amadurecimento institucional sobre o significado e os sentidos da avaliação e da participação efetiva de cada trabalhador dentro do processo.

### 3 JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

Celebração da Desconfiança

No primeiro dia de aula, o professor trouxe um vidro enorme:  
 - *Isto está cheio de perfume* – disse a Miguel Brun e aos outros alunos.  
 - *Quero medir a percepção de cada um de vocês.*  
*Na medida em que sintam o cheiro, levantem a mão.*  
 E abriu o frasco. Num instante, já havia duas mãos levantadas.  
 - *Posso abrir a janela, professor?*  
 - Suplicou uma aluna, enjoada de tanto perfume, e várias vezes fizeram eco.  
 O forte aroma, que pesava no ar, tinha-se tornado insuportável para todos.  
 Então o professor mostrou o frasco aos alunos, um por um.  
 Estava cheio de água.  
 Eduardo Galeano

Para se discutir o tema “avaliação dos trabalhadores em saúde”, foi necessário aprofundar e resgatar o processo de discussão sobre a temática “Gestão do Trabalho e Educação na Saúde”. Esse tema que, ao longo do movimento da reforma sanitária, veio se consolidando, tendo em vista sua importância ao reconhecimento e à valorização desse profissional e, conseqüentemente, à melhoria da atenção à saúde, bem como ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde – SUS no país.

No decorrer da década de 80, junto com o processo de democratização do país, muitas batalhas foram travadas no sentido de criar o SUS, pensando-se sempre na perspectiva de um sistema de saúde de forma universal, integral e equitativa. Foi um momento de profundas rupturas e transformações. Entretanto, frente às inúmeras dificuldades que o contexto social, político e econômico apresentava, foi também um período marcado por lutas e movimentos históricos que foram muito significativos para a consolidação da discussão que estava sendo travada sobre a saúde pública.

Um marco importante pode ser registrado em 1986, ano em que aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação popular, onde foram discutidos os princípios da Reforma Sanitária: participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde. Esses princípios, por sua vez, foram legitimados na Constituição Federal de 1988, através de seu artigo 196: **"SAÚDE UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO"**.

O que se pode destacar é que, a partir de então, o debate sobre o “trabalhador em saúde” começou a ganhar cada vez mais espaço e legitimidade. Já na 8ª Conferência Nacional de Saúde se discutiu o “trabalhador em saúde”, trazendo para o debate questões de remuneração, admissão por concurso público, estabilidade, carreira, adequação da formação profissional às necessidades demandadas pela realidade, dentre outros temas. A partir daí, no mesmo ano, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos (RH), a qual trouxe para o debate a importância e a necessidade de uma Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária. Essas discussões começaram a ter mais força e estiveram presentes nas Conferências Nacionais de Saúde, de forma a consolidar o tema como uma necessidade também para o próprio fortalecimento do SUS.

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, aprofundou o debate e a reflexão, além de propor diretrizes à política de RH para a saúde, recomendando, assim, a realização da 2ª Conferência Nacional de RH para Saúde. Na 2ª Conferência, intitulada “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde”, analisou-se a saúde do povo brasileiro do ponto de vista de suas características e paradoxos, o processo de implementação do SUS e a sua relação com os trabalhadores nas dimensões da formação e desenvolvimento e da gestão do trabalho.

... as oportunidades de capacitação são escassas. Os salários são aviltantes. Os trabalhadores convivem, no mesmo local de trabalho e com as mesmas funções, com salários profundamente desiguais. Não existe, na maioria das instituições, um plano de carreira, cargos e salários compatíveis com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes ao processo de trabalho da área de saúde. Esta situação conduz a uma enorme e explicável desmotivação dos profissionais de saúde e ao descompromisso ético e social com os usuários e com o serviço público. Os trabalhadores querem assumir o seu papel de protagonista na transformação do setor (2ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 1993).

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, em 2000, foram aprovados os Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS – NOB/RH-SUS, a qual subsidiou as discussões da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde em 2006. Esse foi um grande marco, que ultrapassou a concepção de uma Conferência de Recursos Humanos, para a lógica e a concepção de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Com base nesse processo, em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 330, criando a Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Em 2006, na 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, foram discutidas as diretrizes para a implementação de políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, com o objetivo de ampliar a participação e a corresponsabilidade dos diversos segmentos do SUS na sua execução, fortalecendo então o compromisso social no campo da saúde pública.

Sabe-se que o investimento na Gestão do Trabalho irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema (CONFERÊNCIA DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2006).

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, reiterou-se aos gestores das três esferas de governo a imediata adoção da Política Nacional de Gestão do Trabalho, como instrumento efetivo para a consolidação do SUS, considerando-se que tal adoção certamente traria a valorização do trabalhador e contribuiria de maneira efetiva para a criação de vínculo entre o trabalhador e os serviços de saúde pública.

Paralelo ao processo de consolidação da “Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde”, intensificaram-se as discussões sobre valorização do trabalhador, sobre planos de carreira e, conseqüentemente, sobre “avaliações de desempenho”. Esses três aspectos caminharam juntos, pois, para elaboração e implementação de um plano de carreira, um processo de avaliação institucional com o objetivo de “promover” e “valorizar” o trabalhador foi requisitado.

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, destaca-se novamente o Pacto pela Gestão, o qual define a política de Gestão do Trabalho como um eixo estruturante do SUS, tendo como objetivos: a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, a mediação de conflitos e a humanização das relações de trabalho, considerando a educação permanente como parte essencial desse processo de qualificação e desenvolvimento dos trabalhadores.

É importante destacar, também, o quanto essas discussões foram significativas e vêm ganhando força, estando presentes em diversos espaços e fóruns de discussão. Um exemplo concreto disso na prática foi a própria reestruturação do Ministério da Saúde, em 2003, que instituiu a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com dois Departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS).

No DEGERTS, dentre várias ações desenvolvidas, foi criada a Mesa Nacional de Negociação do SUS<sup>4</sup> e, a partir daí, foram traçadas as diretrizes nacionais para a construção do Plano de Carreira, Cargos e Salários. Dentro desse contexto, a importância e a necessidade da avaliação de desempenho dos trabalhadores em saúde foram enfatizadas novamente, com o objetivo de valorização profissional e melhoria dos serviços prestados à população usuária do sistema.

Desde então, esse movimento vem sendo concretizado em muitas organizações no país, sendo que o Grupo Hospitalar Conceição, desde 2003, também vem consolidando algumas dessas ações: implantou a Mesa Permanente de Negociações, o Conselho Gestor, a Linha de Cuidado da Saúde do Trabalhador, a Política de Avaliação, os Colegiados de Gestão, entre outras. São muitas as ações que visam repensar os processos de trabalho em saúde e o papel do trabalhador nesse cenário.

Entretanto, ainda se esbarra em dificuldades quando se traz o assunto à realidade concreta: o trabalhador é um protagonista no processo de trabalho? Há participação efetiva do trabalhador nos Colegiados de Gestão? O trabalhador consegue refletir sobre suas práticas e o processo de trabalho no momento da avaliação?

Essas são algumas questões que poderão contribuir para enriquecer o debate sobre a avaliação do trabalhador em saúde e, de alguma forma, ressignificar o próprio fazer da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. Percebe-se que, ao longo dos anos, cerca de 96% dos trabalhadores, gestores e equipes vêm sendo avaliados. Observa-se que há o registro da

---

<sup>4</sup> A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) é um fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho. A criação da Mesa Permanente insere-se em um contexto de democratização das relações de trabalho no Estado, nas quais a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania, visando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e ao fortalecimento do SUS.

avaliação no sistema e o cumprimento da ação. Porém, não se está conseguindo questionar o modo como estão sendo realizadas essas avaliações.

Foram tais reflexões que motivaram a definição do problema dessa pesquisa, com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento dessa política, aproximando, assim, uma prática educativa no processo de avaliação de trabalhadores em saúde. Então, problematizo: **“como o processo de avaliação individual vem contribuindo para a qualificação do trabalhador?”**

Pode-se pensar também:

- Que tensões existem nesse processo?
- Há diálogo na relação trabalhador e gestor? Como se dá esse diálogo?
- Quais as interfaces da avaliação individual com a qualidade dos processos de trabalho?

A valorização e o reconhecimento do trabalhador da saúde trabalhador são fundamentais à consolidação e ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Assim, a construção de um Plano de Carreira e a consolidação de uma Política de Avaliação de Desempenho, como uma reivindicação histórica destes trabalhadores, se constitui como uma prioridade desde o Movimento da Reforma Sanitária. A própria relevância do tema está no fato de que ele se insere na agenda do Ministério da Saúde e na Agenda Estratégica do GHC como uma ação importante e significativa para a instituição.

Contudo, considerando minha trajetória profissional descrita anteriormente e meu interesse pessoal pelo tema, é que proponho a análise da prática avaliativa realizada pelos gestores e trabalhadores, com o objetivo de identificar a preocupação com o desenvolvimento do trabalhador, o diálogo e a melhoria dos processos de trabalho.

#### 4 UM OLHAR PEDAGÓGICO SOBRE A AVALIAÇÃO DE TRABALHADORES EM SAÚDE: UMA DISCUSSÃO NECESSÁRIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A burocracia/3

Sixto Martinez fez o serviço militar num quartel de Sevilha.  
 No meio do pátio desse quartel havia um banquinho.  
 Junto ao banquinho, um soldado montava guarda.  
 Ninguém sabia por que se montava guarda para o banquinho.  
 A guarda era feita porque sim, noite e dia, todas as noites, todos os dias,  
 e de geração em geração os oficiais transmitiam a ordem e os soldados obedeciam.  
 Ninguém nunca questionou, ninguém nunca perguntou.  
 Assim era feito, e sempre tinha sido feito.  
 E assim continuou sendo feito até que alguém, não sei qual general ou coronel,  
 quis conhecer a ordem original. Foi preciso revirar os arquivos a fundo.  
 E depois de muito cavoucar, soube-se.  
 Fazia trinta e um anos, dois meses e quatro dias,  
 que um oficial tinha mandado montar guarda junto ao banquinho,  
 que fora recém-pintado, para que ninguém sentasse na tinta fresca.  
*Eduardo Galeano*

Como foi explicitado, o objetivo deste estudo foi possibilitar uma reflexão pedagógica sobre a avaliação de trabalhadores em saúde. Para tal, foram enfatizados cinco aspectos importantes para a compreensão do tema. Primeiramente, inicio com uma reflexão, na qual defendo que o trabalho em saúde é um processo educativo. Para sustentar a afirmação, apoio-me nas contribuições de Miguel Arroyo, Yves Schuwartz, Louis Durrive e outros ergologistas<sup>5</sup>. Em segundo lugar, aprofundo também o tema da “avaliação” na perspectiva de novos sentidos ao processo avaliativo do trabalhador em saúde, dialogando com autores como Fernando Luckesi, Celso Vasconcellos, Ernest House e José Dias Sobrinho. Em terceiro, tomei o conceito de autonomia na perspectiva de responsabilização e de empoderamento do trabalhador, contando com o suporte de Paulo Freire. Em quarto, tomei o entendimento do diálogo como metodologia e ferramenta estratégica para a sistematização do processo de avaliação, também a partir de Paulo Freire. Finalmente, em quinto lugar, abordei alguns questionamentos sobre o paradigma dominante, trazendo o modelo de atenção hospitalar,

---

<sup>5</sup> A **ergologia** interessa-se pelo trabalho como atividade efetivamente realizada por sujeitos, entendendo o termo “atividade” como uma dialética entre duas dimensões da atividade humana que estão ligadas no trabalho: o dizer e o fazer, isto é, entre a prescrição e o que efetivamente acontece. A perspectiva ergológica ensina que a atividade de trabalho é social, coletiva, normalizada, mas, ao mesmo, engaja experiências subjetivas, que tendem a redefinir permanentemente os procedimentos. É o lugar de um jogo de reciprocidades entre o geral e o singular.



como algo construído social e historicamente, a partir das reflexões de Boaventura de Sousa Santos.

#### 4.1 O TRABALHO EM SAÚDE ENQUANTO UM PROCESSO EDUCATIVO

É importante iniciar esta reflexão a partir de alguns conceitos que a Norma Operacional Básica/Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS 1996) apresenta sobre o trabalhador em saúde e sobre o SUS, para que se possa compreender melhor, se possível, o significado de “trabalhador em saúde do Grupo Hospitalar Conceição:

“**Trabalhadores de Saúde** são todos aqueles que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados. **Trabalhadores do SUS** são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde pública e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados, pelo SUS.”

Também, sobre **Gestão do Trabalho no SUS**, a NOB/RH-SUS considera a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras.

Ao trazer esses conceitos para sustentar a pesquisa que envolve os trabalhadores do GHC/Hospital Nossa Senhora da Conceição, também é necessário fazer alguns questionamentos sobre sua história e o seu contexto, a fim de compreender melhor seu cotidiano, suas práticas e um pouco da trajetória histórica dessa instituição, dos seus usuários (quem são os usuários/população atendida pelo GHC), das possibilidades e das dificuldades dentro desse próprio contexto, como, também, do próprio “perfil” dos seus trabalhadores.

É sempre bom ressaltar que o GHC é vinculado ao Ministério da Saúde, tendo como referência para sua ação os princípios e as diretrizes do SUS. Trata-se de um hospital geral,

terciário, de alta complexidade, que conta com 800 leitos. É importante esclarecer que esse número é especificamente do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), e não do Grupo Hospitalar Conceição como um todo, tendo em vista o foco da pesquisa.

Destaco, então, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, que é a maior unidade do GHC para realizar o estudo. Esse hospital oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na emergência e na internação, mantendo a emergência médica e odontológica com as portas abertas por 24 horas.

Em Porto Alegre, o HNSC faz 23% do total de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade<sup>6</sup> e realiza também pelo menos 26% dos partos anualmente. Dos cerca de 31,8 mil pacientes internados por ano, pelo menos 54,5% são de Porto Alegre e 34% vêm da Região Metropolitana.

Oferece, aproximadamente, 800 leitos, o que representa 52% do total disponível no Grupo. Somente na emergência, há 50 leitos ocupados por meio da classificação de risco. Atualmente, o hospital está investindo pelo menos R\$ 15 milhões para ampliar a sua UTI adulto - tipo 3<sup>7</sup> - de 40 para 59 leitos, tornando-a uma das maiores do SUS no Brasil. Um dos principais diferenciais é a internação de pacientes em boxes individualizados, com equipamentos de última geração e uma central de monitoramento que pode acompanhar pacientes à distância.

Com mais de 4.600 trabalhadores, somam-se a esse total: estagiários, doutorandos, residentes médicos e da residência multiprofissional, além dos cedidos, terceirizados e jovens aprendizes.

Entretanto, devido às necessidades locais e regionais do próprio sistema de saúde, como também a superlotação dos hospitais na região metropolitana de Porto Alegre, a falta de inúmeras especialidades e a falta de leitos, o hospital está passando por algumas transformações internas. Tais mudanças têm em vista as inúmeras demandas do serviço de emergência que acabam refletindo no movimento e na rotina do hospital como um todo,

---

<sup>6</sup> O Ministério da Saúde define em sua Portaria 3.535 de 02/08/98: Centros de Alta Complexidade são hospitais que oferecem assistência especializada e integral aos pacientes portadores de determinada moléstia, atuando na área de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento do paciente.

<sup>7</sup> UTI Adulto tipo 3: são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998.

descaracterizando algumas de suas práticas. Isso não significa que há uma intencionalidade nessa ação, mas sim, uma necessidade externa do sistema que, no momento, ressignifica suas práticas cotidianas.

Em tal contexto é que se está pensando o trabalho e o trabalhador em saúde. Um trabalho extremamente “pesado” e estressante, que lida a todo o momento com o sofrimento, a dor e a morte. Da mesma forma, o trabalhador está lidando constantemente com a superlotação do hospital, com a demanda que aumenta a cada instante, com as novas exigências institucionais, com o cumprimento de metas e, também, com outros fatores que dizem respeito ao seu fazer e à assistência propriamente dita. A todo o momento, as práticas do cotidiano acabam passando por transformações, com novas exigências profissionais que tencionam o ambiente de trabalho.

O movimento e a rotina do hospital são intensos, provocam mudanças constantes, exigindo ainda mais do trabalhador. Um exemplo que colabora na compreensão dessa afirmativa é a ouvidoria, que tem por objetivo criar um canal de comunicação direta com usuários e seus familiares, consolidando a parceria com o controle social. Entretanto, por outro lado, isso significa a inserção do controle social dentro do hospital, interferindo nos processos de trabalho, na relação do trabalhador com o usuário e no modo de produzir saúde.

Schwartz (2007) comenta sobre a intensidade do trabalho, auxiliando a refletir sobre essa realidade:

É porque em certos momentos a diversidade de interlocutores, a multiplicidade de coisas a realizar ao mesmo tempo, a incapacidade de controlar o próprio curso de seu trabalho, tudo isso faz com que não se trate mais de um trabalho intenso: é um trabalho que se intensifica de modo que a carga se torna cada vez mais difícil de suportar (p. 30).

A internação do HNSC é constituída com 24 equipes de trabalho que enfrenta inúmeros desafios. Porém, no caso específico desta pesquisa, destacam-se os desafios referentes aos trabalhadores. Isso porque, estes refletem a instituição, dando, de certa forma, a cara dela, sendo a linha de frente, o contato direto com os usuários e a população de modo geral. É desse trabalhador, enfim, que se está falando e “cuidando”. Esse trabalhador que, além das dificuldades específicas de suas atribuições, encontra dificuldades dentro de sua própria equipe. São dificuldades como, por exemplo, as relações interpessoais e os conflitos internos entre o trabalhador e o gestor e, até mesmo, entre trabalhador e equipe e entre

trabalhador e trabalhador. Além do fato deste, muitas vezes, ser um trabalhador com dupla jornada, sendo mulheres em sua maioria, o que pode resultar em uma maior sobrecarga.

Atualmente, em quase todas as equipes do hospital, é unânime aparecer como tema principal a discussão sobre “motivação”. Os gestores sentem a necessidade de motivar os trabalhadores na perspectiva de melhorar o ambiente de trabalho, como se somente isso fosse suficiente. Em outras palavras, pode-se dizer que é fundamental humanizar o trabalhador, entretanto, não se questiona o espaço de trabalho que desumaniza (ARROYO, 1997, p. 65). Essa perspectiva, segundo o autor, é pensar o espaço material, as condições materiais de trabalho, o espaço humano e o clima de trabalho em termos de gente que se relaciona, pois, frequentemente, é um espaço violento, onde o servidor sente-se agredido.

Outra dificuldade a se destacar refere-se à exigência de trabalho noturno dentro do hospital. Duraffourg (2007, p. 55), um ergonomista radicalmente contra o trabalho noturno, afirma que, mesmo sabendo da importância dessa condição para o hospital, a noite é feita para dormir. Considero essa afirmativa relevante, principalmente ao se tratar desse hospital. As dificuldades e os desgastes dos trabalhadores são percebidos e, também, ressaltam-se as diferenças na forma de organização dos processos de trabalho e rotinas entre os dois turnos na prática. Pode-se destacar, por exemplo, o número de trabalhadores no turno da noite, o qual é inferior aos outros turnos de trabalho, sobrecarregando esses trabalhadores. Também há outros fatores que reforçam essa condição: as intercorrências com os pacientes em estado crítico que acabam se agravando no noturno. Esse fato é expresso pelos próprios trabalhadores.

Pode-se afirmar, também, as inúmeras potencialidades desse trabalhador dentro dessa mesma perspectiva. Isso quer dizer, das potencialidades referentes ao processo de aprender, ensinar, trocar, refletir, desenvolver, enfim, construir conhecimentos. É a partir dessa compreensão que trago a ideia do trabalho em saúde enquanto um processo educativo.

O trabalho no HSNC possibilita o incentivo e a criação de espaços abertos e participativos para que o trabalhador possa refletir sobre sua prática e ressignificar o seu saber. São espaços de diálogo criados, como as reuniões de colegiado referentes aos fluxos e os processos de trabalho, reuniões de equipe com os estudos de casos, PI – Plano de Investimentos e a própria meta institucional sobre as horas de formação (meta individual

16h/trabalhador/ano e de equipe 15/trabalhador/ano), que estimulam a procura de novos conhecimentos.

Esses são alguns exemplos de espaços de formação já incorporados como necessários pelo conjunto dos trabalhadores. Aos poucos, vão se constituindo outros para atender novas exigências do momento atual. Muitas vezes, o fator “tempo” é um complicador, mas, também, é um colaborador no sentido de incentivar a implementação de mudanças e de transformações. Para exemplificar, pode-se destacar as ações referentes ao combate à infecção hospitalar, com o aparecimento de novas bactérias multirresistentes. Tal situação está se tornando um grave problema de saúde pública, mobilizando equipes e aproximando conhecimentos em prol de um mesmo objetivo no hospital. Os cuidados necessários para o controle de infecção já faz parte da rotina e das atribuições dos trabalhadores em saúde, mas o que é importante salientar é a ideia do trabalho em equipe, ou melhor, em equipes, com parcerias. Nesse exemplo citado, as ações vão ganhando força com um trabalho conjunto, envolvendo diversas equipes como: UTI, Controle de Infecção, Gestão do Trabalho, Higienização e Pontos de Cultura/GHC<sup>8</sup>.

Para melhor compreender o tema sobre o trabalho em saúde é importante trazer a contribuição da Ergologia para a discussão. É importante pensar a Ergologia enquanto um modo inovador de abordar a atividade humana, na tentativa de “conformar o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho, para transformá-las” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2007, p. 25). Também, para melhor se problematizar e compreender o movimento e o significado desse trabalho no HNSC, cabe retornar novamente a Schwartz, quando este se refere à distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O prescrito é fundamental, pois é o trabalho que foi predeterminado, “cientificamente pensado” por pessoas que fizeram cálculos de tempo, de eficácia, portanto, que estudaram tudo, de fato, detalhadamente. O prescrito seria a maneira racional de pensar o trabalho, de maneira linear (p.40). Já o real é o que realmente foi feito, na prática, por uma pessoa em um lugar particular (p.42).

Traduzindo para o cotidiano, pode-se exemplificar o prescrito – no Hospital - como sendo os protocolos que definem as rotinas e os fluxos do processo de trabalho, e o real como o que realmente acontece na prática, com os imprevistos do contexto. O que a Ergologia alerta

---

<sup>8</sup> Uma parceria entre o Ministério da Cultura e o Ministério da Saúde. Espaço de cultura e saúde: a cultura proporcionando espaços de diálogo, relativização de discursos e humanização de relações.

é que, no trabalho, se tem a tendência de ver apenas o que está prescrito, isso é, discutir os protocolos. Tem-se, entretanto, dificuldade de discutir, de fato, o trabalho real. Conforme Duraffourg (2007, p.71), é difícil colocar em palavras aquilo que os trabalhadores fazem. Já Durrive (2007, p.71) colabora dizendo que a dificuldade está no plano axiológico, isto é, dos valores, pois os valores estão no centro do trabalho, e essa condição é difícil de expressar, de verbalizar.

Percebem-se, claramente, as distorções entre o prescrito e o real na fala dos trabalhadores do HNSC, quando estes procuram a Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento e solicitam alguma ajuda em relação ao seu fazer, seu trabalho concreto, sua equipe ou sua relação direta com o gestor. Geralmente, esses problemas dentro da equipe de trabalho necessitam de ações resolutivas e com a maior rapidez possível. É nesse momento que surgem, então, alguns problemas concretos. Como interceder? Como resolver?

De modo geral, intermediações entre os sujeitos envolvidos são feitas e, dependendo do caso, negociações e interfaces com outras Gerências e equipes para melhor se compreender a situação e tomar alguma atitude também são realizadas. Ou, ainda, resolve-se o problema fazendo o remanejamento do trabalhador para outra equipe. Geralmente, essa é a expectativa do trabalhador: trocar de equipe. Mas aí surgem questões como: remanejar trabalhadores é a melhor ação a ser feita pela Gestão do Trabalho? Resolve-se o problema do trabalhador? Da equipe? Como fica o serviço?

Outro aspecto relevante refere-se à importância da análise da atividade do trabalho e não da análise do trabalho, que é um conceito discutido pelos ergologistas que contribuem com a análise referente às dificuldades do trabalhador do HNSC, bem como, do próprio papel da Gestão do Trabalho. Duraffourg (p. 72) diz que “é preciso fazer com que lhe ensinem o trabalho para descobri-lo” e complementa dizendo que fazer análise do trabalho não é trazer respostas prontas; é, em primeiro lugar, fazê-lo refletir sobre sua atividade. É possível analisar a maneira como ele a realiza, com os meios que ele dispõe. Duraffourg sintetiza bem essa ideia, explicitando que sem o conhecimento da atividade e se não estiver articulado à situação de trabalho na qual ela se desenvolve, o processo não serve para nada (p. 70).

O autor continua (p. 61) problematizando essas questões quando fala sobre os rearranjos feitos para minimizar os problemas (os meios de proteção). Ele afirma que, quando as empresas o chamam, não é para ter um discurso teórico, mas sim, para resolver problemas

concretos. Exemplifica: vocês não conseguem alcançar as válvulas? Coloquem um estrado. Há ruído? Coloquem protetores auriculares. O produto é tóxico? Coloquem luvas. Então, porque não colocar em questão: se há ruído, como se pode suprimi-lo? De certa forma, é assim que se está trabalhando, tentando minimizar problemas, mas não superá-los de fato, na perspectiva de “ir ver o trabalho de perto, para colocar os verdadeiros problemas e negociar as soluções” (p. 60). Pensando no Hospital, pode-se iniciar essa reflexão apenas pontuando os inúmeros setores da assistência, mais especificamente, o Bloco Cirúrgico, a UTI, os serviços de Radiologia, a Emergência, entre outros. Esses são locais extremamente insalubres, de risco, onde se faz, obrigatoriamente, o uso de EPI’S e EPC’s (Equipamentos de Proteção Individual – Equipamentos de Proteção Coletiva).

Outros fatores importantes a considerar são os processos de mudança no trabalho e as “adaptações” do trabalhador. Duraffourg (p.58-59) afirma que as necessidades atuais da globalização e do mercado fazem com que o trabalhador se adapte a tais mudanças. Para isso, muitas vezes, chamam o sociólogo, o psicólogo ou o ergonomista para trabalharem comunicação, formação e motivação, no sentido de adaptar o trabalhador, ou de informá-lo, ou, ainda, de reciclá-lo. Enfim, a ação de formação tem como objetivo tornar a situação suportável, permitindo aos trabalhadores se adaptarem. Os processos de formação são considerados importantes, entretanto, deve-se ter consciência sobre sua intencionalidade e sua implicação na vida do trabalhador. O que realmente se quer com essa “formação”? Formar quem? E para quê?

Cunha<sup>9</sup> ajuda nessa reflexão quando problematiza a questão da aprendizagem compreendida em uma perspectiva de atualização e de inserção na denominada “sociedade da informação”. Explicita que, sendo assim, deve-se entrar em um processo vertiginoso que confronta sempre o sujeito com uma situação de déficit. Aponta para preocupação de que, de certa forma, nunca se está quites com as últimas descobertas da ciência e seus aplicativos e, portanto, todos são percebidos em constante desatualização. Refletindo, então, sobre as questões do mundo do trabalho, é importante pensar em suas influências e consequências ao trabalhador. Conforme Cunha, essa situação tende a provocar um mal estar profissional intenso, pois acaba culpabilizando o sujeito pela sua incompetência, sem analisar outros condicionantes que incidem sobre o fenômeno.

---

<sup>9</sup> Texto produzido para a Conferência realizada no II Congresso internacional de Avaliação em Educação, realizado em Braga, Portugal, em novembro de 2010.

Também, parece interessante trazer as contribuições de Arroyo (1997, p.61) sobre a pedagogia nas relações de trabalho. Para ele, o lugar onde se trabalha também é uma escola, um lugar de educação, e aquele que exerce uma responsabilidade de chefia é um pedagogo, um educador. E, complementa abordando algumas questões concretas referentes ao aperfeiçoamento e a qualificação do serviço: o que e para que educar? Para que fazer do espaço de trabalho um lugar educativo?

Arroyo enfatiza outro dado histórico central para essa reflexão: o trabalhador tem tomado consciência de que é sujeito de direitos. Isso significa que há uma conscientização de que o trabalhador tem que se aperfeiçoar não só para produzir mais e reduzir custos, mas sim, porque é cidadão, ser humano e tem direito à qualificação.

Outro aspecto interessante que o autor questiona é que, quando se fala em qualificação do trabalho, a ênfase recai na qualificação do trabalhador para o trabalho, entretanto, não se aborda a distância e o descompasso entre a requalificação do trabalhador e a realidade do trabalho desqualificado. Isso porque, não adianta qualificar o trabalhador para o trabalho desqualificador. O que qualifica ou desqualifica é o próprio trabalho (1997, p.63).

Pensando nas rotinas e nas práticas dentro do hospital, essa abordagem ganha sentido, uma vez que o próprio ambiente de trabalho não favorece a constituição de um espaço pedagógico. Nessa perspectiva, a necessidade de capacitação ou de educação permanente ganha uma amplitude cada vez maior, sem se questionar a quem interessa esse discurso. Qual sua real intencionalidade? Como afirma Cunha (2010), é inequívoca a necessidade de aprendizagem permanente para o professor, assim como para qualquer profissional. Entretanto, é fundamental que essa condição parta do reconhecimento do docente (ou outro profissional) como um produtor de saberes, sendo sujeito das suas próprias aprendizagens, que precisa viver, valorizar e partilhar experiências, ligando-as a uma produção de sentidos.

A necessidade de atividades de capacitações, treinamentos e outros se tornam, muitas vezes, desconexas e sem sentido para o trabalhador. Atualmente, pode-se perceber esse fenômeno mais claramente no GHC, na medida em que foi instituída como meta quinze horas de formação por trabalhador/ano. Sem dúvida, é importante a qualificação do trabalhador, entretanto, questiona-se a forma como essa exigência chega até ele. Parece haver uma corrida esquizofrênica quando se divulga os cursos, pois é possível identificar claramente a inscrição



em cursos que não estão diretamente vinculados ao seu processo de trabalho. Então, pode-se questionar: qual o sentido dessa formação? Qual o impacto no processo de trabalho?

Vale refletir sobre os dizeres de Arroyo (1997, p. 64) que aborda uma reflexão sobre a nova cultura no trabalho público para melhor compreender essa situação.

Um nova cultura no trabalho público significa criar no próprio trabalhador e na sociedade a idéia de que trabalhar no serviço público também realiza, forma, dá emoção. A cultura de que o trabalhador tolera e não agüenta seu trabalho deve ser redefinida. Como? Tornando o trabalho público mais criativo. Isso implica dar mais autonomia ao trabalhador para que seja mais criativo coletivamente.

Seguindo essa reflexão sobre a cultura do trabalho e a autonomia do trabalhador, Arroyo complementa referindo-se à criação de relações de trabalho que reconheçam os trabalhadores públicos como sujeitos de decisão, que enfrentam problemas, buscam soluções, opinam e são corresponsáveis ou autocriativos (p. 64).

Nesse sentido, o espaço do trabalho pode ser formador ou deformador. Assim, outras questões referentes à introdução de novas tecnologias (técnicas) e à resistência à mudança podem ser trazidas ao debate e contribuir para pensar o trabalhador e a sua qualificação para o trabalho. Rémy Jean (2007, p. 118), em um diálogo com outros ergologistas, afirma:

Toda mudança tecnológica tem efeitos sobre as qualificações, sobre o emprego, sobre o plano de cargos e salários da empresa, sobre o nível dos efetivos, sobre uma série de coisas que não são no início necessariamente pensadas, nem mesmo discutidas de qualquer forma que seja. E se isto não acontece, normalmente se deparam com dificuldades importantes de efetivação.

Então, outros problemas merecem destaque: “não se tem formação, não são competentes”, acarretando mais dificuldades nos processos de mudança. Entretanto, Rémy Jean questiona o modo como a mudança é conduzida e as condições nas quais ela deve se realizar. E Nouroudine (2007) complementa:

O que se quer é pensar a mudança, realizá-la e isto supõe poder inscrevê-la em sua própria história, para que a mudança não caia de pára-quadras, sem relação com a situação anterior, com projetos, objetivos e finalidades compartilhadas. Apropriar-se da mudança é um pouco isto. Quer se trate de transformar a organização do trabalho ou de introduzir tecnologias, penso que se apropriar da mudança é inseri-la na história e isto é fundamental (p. 122).

Nouroudine (2007, p. 122) também acrescenta ao debate a questão da formação e da aprendizagem, pois considera que não é apenas estabelecer o vínculo entre a técnica e os valores da experiência daquele que o fabricou, mas também entre a técnica e seus próprios valores, é, portanto, apropriar-se dela, fazê-la sua e torná-la própria. E, mais ainda, problematiza dizendo que as pessoas não são privadas de conhecimentos. “Eles possuem saberes, saber-fazer, competências, valores e tudo isso poderia servir de alavanca para adquirir novos conhecimentos, com a condição de que se faça um esforço **para começar pelo que eles sabem – e não pelo que eles não sabem** (*grifo meu*).

No caso do GHC, como exemplo, é possível mencionar a troca dos Auxiliares de Enfermagem (cargo em extinção) por Técnicos de Enfermagem em áreas fechadas do hospital. Isso é uma normatização da área de enfermagem, porém, tal ação está trazendo tensões, medos e conflitos ao cotidiano do trabalho. Muitos dos Auxiliares de Enfermagem têm uma longa caminhada na área da saúde e, por vezes, são pessoas muito qualificadas. Com a nova norma, eles devem sair dos seus setores, onde possuem uma larga experiência, como, por exemplo, os auxiliares do Bloco Cirúrgico, para outras áreas abertas nas quais não possuem inserção profissional. Essa condição vem trazendo problemas concretos, tanto para os trabalhadores, que se desmotivam e se sentem desvalorizados, como também para os serviços, que, muitas vezes, perdem um profissional experiente e comprometido.

Inúmeros poderiam ser os exemplos para aprofundar o debate sobre o trabalho em saúde. Entretanto, meu desejo, nesse momento, é problematizar, contribuindo com alguns elementos que relacione o processo de avaliação como um momento (não estanque) de reflexão individual e coletiva sobre o processo de trabalho, sobre suas potencialidades, dificuldades e desafios para serem enfrentados no seu cotidiano. Trata-se de potencializar o espaço de trabalho, como um espaço de troca, de saberes, de relações e de experiências. Como, então, avaliar o trabalhador dentro desse contexto?

## 4.2 NOVOS SENTIDOS DA AVALIAÇÃO DO TRABALHADOR EM SAÚDE

Trazer alguns questionamentos de Dias Sobrinho (2002, p. 144) sobre a função da avaliação e seu papel frente à ética e o mercado, foi fundamental para se pensar a avaliação do trabalhador em saúde. O autor argumenta que os sentidos ganham em complexidade quando intervêm o campo dos simbolismos e emergem valores e interesses públicos. Questiona a função da educação articulada aos modelos e às práticas de avaliação: Para que serve? Seria para selecionar para postos de trabalho? Seria para servir o mercado? Ou para preservar as ideologias dominantes? Ou, ainda, para aumentar a competitividade?

Atualmente, são muitas as discussões sobre o tema da avaliação na área da saúde. Avaliam-se programas, serviços, ações, indicadores e as próprias políticas de saúde. Entretanto, pouco se fala em avaliação na perspectiva do diálogo, das reflexões individuais e coletivas, no desenvolvimento profissional, nas possibilidades de provocar mudanças, transformações e construir conhecimentos no espaço de trabalho na interação com o grupo, com o contexto e com os usuários.

Trazendo para o campo da avaliação de trabalhadores em saúde, pode-se perguntar: avaliar para quê? Ou melhor, para que serve a avaliação? Seria para controle, punição e demissão do trabalhador? Ou, ainda, seria para melhoria das condições de trabalho, da qualificação profissional e das próprias relações de trabalho?

Luckesi (2008) colabora com o tema afirmando que:

O termo *avaliar* também tem sua origem no latim, provindo da composição *a-valere*, que quer dizer “dar valor a...”. Porém, o conceito “avaliação” é formulado a partir das determinações da conduta de “atribuir um valor ou qualidade a alguma coisa, ato ou curso de ação...”, que, por si, implica um posicionamento positivo ou negativo em relação ao objeto, ato ou curso de ação avaliado. Isso quer dizer que o ato de avaliar não encerra na configuração do valor ou qualidade atribuídos ao objeto em questão, exigindo uma tomada de posição favorável ou desfavorável ao objeto de avaliação, com uma conseqüente decisão de ação. O ato de avaliar implica coleta, análise e síntese dos dados que configuram o objeto da avaliação, acrescido de uma atribuição de valor ou qualidade, que se processa a partir da comparação da configuração do objeto avaliado com um determinado padrão de qualidade previamente estabelecido para aquele tipo de objeto. O valor ou qualidade atribuídos ao objeto conduzem a uma tomada de posição a seu favor ou contra ele. E o posicionamento a favor ou contra o objeto ato ou curso de ação, a partir do valor ou qualidade atribuídos, conduz a uma decisão nova: manter o objeto como está ou atuar sobre ele (p. 92).

Em se tratando da avaliação de trabalhadores em saúde, pode-se resgatar a importância do fazer do trabalhador no seu dia a dia, suas funções e atribuições que devem ser executadas com muita responsabilidade e qualidade. A partir daí, também se deve questionar o modo como essa avaliação está sendo realizada, sua intencionalidade, e se esse processo de avaliação possibilita ao trabalhador repensar sobre suas práticas, contribuindo ao seu desenvolvimento e à melhoria da atenção à saúde. Conforme Dias Sobrinho (2002, p. 137) afirma, a avaliação produz sentidos, consolida valores, afirma interesses, provoca mudanças, transforma.

Para ampliar o debate cabe, também, resgatar as palavras de Vasconcellos, no Congresso Internacional sobre Avaliação na Educação, em julho de 2003, quando questiona:

Tanta avaliação... Afinal o que queremos? Tem sentido fazer avaliação sem ter um projeto claro de educação? Tem sentido fazer avaliação sem uma ética efetiva, sem um autêntico compromisso com a mudança? Avaliar para saber o que já sabemos? Avaliar para quê? Só para dizer que estamos fazendo alguma coisa? Avaliação ou “jogo de cena”? No passado se dizia – maldosamente – que quando não se queria resolver algo se montava uma comissão para estudar o assunto; será que hoje a estratégia é desencadear uma avaliação?... Avaliamos tanto (agora não só o aluno; também o professor, o currículo, os programas, os projetos, a instituição, o sistema, etc.), usamos tanto tempo com a avaliação e parece que o ensino naufraga como nunca... Não é à toa que, quando se fala em avaliação, alguns educadores dizem ou pensam “De novo?”

Dias Sobrinho (2002, p. 140) traz outras questões importantes para se pensar a avaliação. Afirma que a avaliação é plural, com múltiplos sentidos e interesses distintos e contraditórios, como tudo o que se realiza na esfera social e pública dos valores e ideologias. Afirma, também, que, para se compreender os sentidos da avaliação, os seus processos devem

ser interrogados. Trazendo ao contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), essas questões podem ser observadas, pois, historicamente, foram se constituindo práticas e valores que predominam no cotidiano do setor saúde. No contexto hospitalar, prevalece o modelo médico-centrado, no qual determinados saberes prevalecem sobre outros, da mesma forma como acontece com as categorias profissionais. É possível constatar a avaliação com múltiplos interesses, significados e intenções dentro desse contexto.

Dias Sobrinho (2002) também problematiza a função ética da avaliação que, segundo ele, deveria atender ao interesse público, conforme as regras da vida social e os princípios da democracia. Mas, é essa a função que sempre cumpre a avaliação? Já que se está falando do SUS, esses questionamentos também podem ser feitos quando se implantam processos e/ou políticas de avaliação. Qual a intencionalidade? Para quem serve? Para a população usuária?

Mais que elaborar as tábuas classificatórias e hierarquizadoras, e, por isso mesmo, denunciadoras, a avaliação deve ser um processo capaz de elaborar as indagações a partir de diversos prismas e diferentes lugares, dando voz inclusive a quem normalmente não a tem, ou a tem enfraquecida, com a intenção de conceber os sentidos das relações e produzir a crítica que produza transformações (p. 162).

O autor menciona, também, as transformações e as mudanças:

Obviamente, todas as avaliações produzem transformações. A questão é saber quais são as transformações operadas, a quem servem, com quais custos, quais valores afirmam e consolidam de modo consciente e intencional ou não. Da mesma forma que controle não é avaliação, mas parte dela, também não se pode confundir quantidade com qualidade. As transformações quantitativas nem sempre significam uma mudança qualitativa para melhor (p. 162).

A avaliação de trabalhadores em saúde deve possibilitar reflexões e problematizações sobre suas práticas, sobre o seu fazer. No cotidiano do processo de trabalho, a avaliação deve ser compreendida como um instrumento que auxiliará no alcance dos objetivos propostos, em que se consegue visualizar as fragilidades, os desafios, as potencialidades e as dificuldades que deverão ser enfrentadas para se melhorar a ação. Nessa perspectiva, é importante ressaltar também a reflexão coletiva da equipe como um todo, pensando sempre na superação dos problemas do cotidiano e na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Os dados quantitativos em um processo de avaliação certamente são importantes, em principal na área da saúde. Trazer números e indicadores possibilita uma visão dos processos

desenvolvidos. Entretanto, esses dados precisam ser contextualizados e problematizados, dando significado às questões nas situações concretas de trabalho. Talvez, sua função seja a de provocar inquietações, desestabilizar o instituído e promover o instituinte no local de trabalho. Dados quantitativos servem para interpretar as percepções do senso comum, muitas vezes, responsáveis por atitudes imobilizadoras.

Novamente, Dias Sobrinho (2002) ajuda a compreender que

Os bancos de dados, as estatísticas, as descrições objetivas são imprescindíveis à avaliação e deles deve ser exigida a maior precisão e pertinência possíveis. Dados imprecisos deturpam ou enviesam as interpretações. Dados não pertinentes ou sem utilidade à avaliação lançam uma cortina de fumaça sobre o objeto, dificultando a percepção daquilo que é relevante conhecer e submeter a apreciações críticas. A falta de dados objetivos condena às falácias do subjetivismo. Por outro lado, a supervalorização dos dados e a adoção quase exclusiva de instrumentos quantitativos condena a avaliação aos reducionismos do objetivismo. Para os seres humanos, a realidade é, ao mesmo tempo e integradamente, quantidade e qualidade. Daí que tanto mais articuladamente se trabalham as combinações de metodologias, atribuindo-se adequadamente a cada situação as devidas ênfases, mais rica, precisa e integrada será a compreensão da realidade escolhida como objeto de avaliação (p. 121).

A autoavaliação é outra dimensão que interessa a este estudo, pois proporciona ao trabalhador um convite para inseri-lo, de fato, no processo. A autoavaliação pode ser considerada um ponto de partida para todo o processo avaliativo, pois poderá possibilitar ao trabalhador um repensar sobre suas práticas e sobre o seu fazer em ação, qualificando, assim, o processo de trabalho em saúde. Incorporar esse conceito, ou melhor, esse princípio básico nas relações de trabalho é favorecer que cada trabalhador em saúde assuma um compromisso ético com o usuário e com o sistema de saúde como um todo.

Luckesi (2008) faz um convite e coloca a todos como responsáveis por esse processo ao afirmar que:

O ato de avaliar, por sua constituição mesma, não se destina a um julgamento “definitivo” sobre alguma coisa, pessoa ou situação, pois que não é um ato seletivo. A avaliação se destina ao diagnóstico e, por isso mesmo, à inclusão; destina-se à melhoria do ciclo de vida. Deste modo, por si, é um ato amoroso. Infelizmente, por nossas experiências histórico-sociais e pessoais, temos dificuldades em assim compreendê-la e praticá-la. Mas... fica o convite a todos nós. É uma meta a ser trabalhada, que, com o tempo, se transformará em realidade, por meio de nossa ação. Somos responsáveis por esse processo (p. 180).

É importante enfatizar que, na saúde, e, mais especificamente, no contexto hospitalar, os trabalhadores – em principal os de nível médio, técnico e fundamental (manutenção, cozinheiros, administrativos, técnicos de nutrição e enfermagem e outros), foram historicamente esquecidos dentro do processo de trabalho. Dar voz a esses profissionais parece ser fundamental para a melhoria dos processos de trabalho e da qualidade dos serviços prestados à população usuária.

Assim, é importante pensar em novos sentidos para a avaliação, para que ela realmente contribua à compreensão da totalidade, projetando luz também sobre aqueles aspectos ou recantos que normalmente mais escondem seus significados. Para que se adquira uma significação de conjunto (DIAS SOBRINHO, 2002, p.117), é importante ressaltar algumas premissas no sentido de inverter a lógica da individualidade e da competitividade dentro do coletivo.

O objetivo dessas premissas foi ajudar a compreender a avaliação em um sentido mais amplo, justo e igualitário, fundamentado, basicamente, nas contribuições de Dias Sobrinho e House:

1. **Avaliação e o valor social da formação:** além da formação técnico-profissional que satisfaça e atenda ao mercado, deve-se formar pessoas/profissionais/trabalhadores que saibam integrar os conhecimentos e as práticas em seu processo de vida pessoal e que possam, também, participar ativamente da construção da cidadania, do desenvolvimento nacional e da nacionalidade;
2. **Avaliação e a democracia:** pretende-se uma avaliação democrática, participativa e formativa. Compreendida com um amplo e democrático processo de busca de compreensão das dimensões essenciais de uma instituição e de organização das possibilidades de transformações. A avaliação democrática deve priorizar os interesses sociais e públicos, e não os interesses privados dos indivíduos. Santos (1998) afirma que é preciso reinventar a democracia, na luta por alternativas democráticas, contra o dogmatismo da própria democracia. Assim, esse poderia ser o espaço pedagógico da avaliação, um espaço que busca a democracia com cidadania;

3. **Avaliação e equidade:** no processo avaliativo é fundamental que se cumpram com os requisitos da equidade, tais como a ausência de coerção, ou seja, que nenhum dos sujeitos do processo esteja sobre o controle ou influência de outro. Cada sujeito, independente de posição social, cargos e outros, é integrante do processo nas mesmas condições, dando-se garantias de igualdade de condições, de participação e de liberdade de expressão;
4. **Avaliação e ética:** pensar a avaliação como um processo de construção coletiva. Nesse sentido, a técnica deve-se submeter-se à ética, considerando, então, a técnica como indispensável, mas a ética como primazia. Muitas vezes, os indivíduos são meros atores do mercado que se submetem às suas forças e buscam maximizar seus bens particulares. O individualismo prevalece, e o interesse individual sobrepõe aos valores sociais e públicos. Assim, o desafio é lutar por uma concepção de avaliação que reafirme os princípios como a cooperação, a solidariedade, a democracia e a cidadania;
5. **Avaliação e acordo conjunto:** essa perspectiva de avaliação é pensada como um acordo em que as partes se comprometam e se responsabilizem pelo seu fazer, pela sua ação. A equidade requer que os sujeitos sejam conscientes de suas ações e dos seus resultados e, dessa forma, se constitua em um objeto de compromisso coletivo. Um acordo conjunto explícito é fundamental para definir as expectativas e as obrigações específicas para que todos se sintam tratados com equidade.

Certamente, outras premissas para analisar o tema da avaliação poderiam ser enfatizadas. Entretanto, para o foco da pesquisa, essas foram consideradas suficientes para trazer elementos que contribuiriam na problematização do objeto em si, mesmo considerando a compreensão de que essa reflexão não se encerra por aqui.



### 4.3 A AUTONOMIA NA PERSPECTIVA DE RESPONSABILIZAÇÃO E DE EMPODERAMENTO DO TRABALHADOR

Segundo o Ministério da Saúde, a Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental à efetividade e à eficiência do SUS. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente, e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

A cada dia que passa, o mundo do trabalho faz novas imposições que exigem o uso de novas tecnologias, envolve a troca por profissionais valorizando-se os mais especializados, reforçando, muitas vezes, um modelo de saúde fragmentado. Ainda, reforça-se a ideia do individualismo, a partir de relações de trabalho precárias, sem vínculos com os usuários. Por outro lado, cabe lembrar os inúmeros esforços e ações que vêm sendo realizados com o objetivo de romper com essa lógica, mesmo compreendendo que não é uma tarefa fácil.

Nesse contexto, é necessário trazer para reflexão os conceitos de autonomia e empoderamento do trabalhador em saúde, na perspectiva da criação de mecanismos de participação do trabalhador nos processos de tomada de decisão e a consolidação de espaços e momentos para reflexões individuais e coletivas sobre os processos de trabalho. Assim, além da possibilidade de constituição de um trabalhador autônomo, crítico e consciente da importância do seu fazer, haveria também um impacto positivo na qualidade dos serviços de saúde prestados à população usuária.

Pode-se então resgatar Freire a fim de se refletir inicialmente sobre o conceito de autonomia. Para o educador, autonomia é a experiência da liberdade, é um processo de decisão e de humanização que se vai construindo historicamente. Ninguém é autônomo primeiro para depois aprender a decidir. A autonomia vai se construindo na experiência de inúmeras decisões que vão sendo tomadas (FREIRE, 1996, p.120). A autonomia, como amadurecimento do ser para si, é um processo, é vir a ser (FREIRE, 2000, p.121).

A autonomia se constrói. Está articulada aos conceitos de democracia, sujeito e liberdade. Tomando esses pressupostos, é possível questionar: como pensar o trabalhador em

saúde? Como um mero executor de tarefas pré-determinadas? Ou um trabalhador que reflete sobre suas ações e reconhece nelas a importância de cumprir com mais qualidade e com responsabilidade?

Para Freire (1987),

A educação como prática da liberdade, ao contrário daquela que é prática da dominação, implica a negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim como também a negação do mundo como uma realidade ausente dos homens. A reflexão que propõe, por ser autêntica, não é sobre este homem abstrato nem sobre este mundo sem homens, mas sobre os homens em suas relações com o mundo. Relações em que consciência e mundo se dão simultaneamente. Não há uma consciência antes e um mundo depois e vice-versa (p. 70).

Compreender a ação humana nessa perspectiva pressupõe um compromisso ético e de exercício democrático. Há uma axiologia nessa compreensão que inclui perceber os sujeitos a partir de seus contextos históricos e políticos.

Outro conceito significativo para a análise aqui empreendida é o de empoderamento. Freire o define enquanto um eixo que une consciência e liberdade. Guareschi (2008), explorando a ideia do autor, assinala que,

Empoderamento é assim para Freire um processo que emerge das interações sociais em que nós, seres humanos, somos construídos e, a medida que, criticamente, problematizamos a realidade, vamos nos “conscientizando”, descobrindo brechas e ideologias; tal consciência nos dá “poder” para transformar as relações sociais de dominação, poder esse que leva à liberdade e à libertação (p. 166).

Como esse conceito atinge o trabalhador em saúde? Se na área da saúde a participação e a autonomia do trabalhador são fundamentais para o fortalecimento do SUS, os trabalhadores devem participar dos processos e espaços de tomada de decisão de forma crítica, consciente e autônoma. O desencadeamento de ações democráticas que visem ao interesse público pode possibilitar um significativo avanço para a área da saúde pública.

Entretanto, no dia a dia do trabalhador, exige-se dele inúmeras tarefas, responsabilidades e comprometimento. Exige-se dele, também, o alcance de metas e resultados. Mas, muitas vezes, não se dá as condições necessárias para que isso realmente possa se concretizar na prática. Não se conversa com o trabalhador, não se sabe de suas necessidades, de seu potencial, de suas experiências e de suas expectativas. Mas, por fim,

cobra-se! Será que se está, de fato, contribuindo para o empoderamento desse trabalhador? Ninguém liberta sozinho, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão (FREIRE, 1999, p.52).

Tentando fazer uma relação com os termos “educador e educando” de Paulo Freire, com “gestor e trabalhador”, percebo que esses termos se aproximam dentro do contexto hospitalar. Depara-se, inúmeras vezes, com expressões de “gestores” que afirmam: “eu ensino e o trabalhador aprende”, como também, nas próprias relações hierárquicas: “eu planejo e o trabalhador executa”. Será realmente assim? Serão esses procedimentos compatíveis com uma aprendizagem significativa? Nessa relação, é importante destacar o papel do trabalhador em saúde, sua participação ativa e crítica, além de se destacar a consciência de que ele está inserido em uma instituição pública, a qual faz parte de um sistema de saúde. Então, qual é o seu papel?

Resgatando um trecho da obra “Pedagogia do Oprimido”, percebe-se Freire (1987) explicitando que:

... o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que ao ser educado, também educa. Ambos, assim, se tornam sujeitos do processo em que crescem juntos e em que os “argumentos de autoridade” já não valem. Em que, para ser-se, funcionalmente, autoridade, se necessita de estar sendo com as liberdades e não contra elas. Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo. Mediatizados pelos objetos cognoscíveis que, na prática “bancária”, são possuídos pelo educador que os descreve ou os deposita nos educandos passivos (p. 68).

A intencionalidade com essa aproximação é assumir que, nas ações de saúde, se pode “aprender” e “ensinar” uns aos outros, gestores e trabalhadores, possibilitando trocas, experiências e, com isso, aprender com o outro no próprio local de trabalho. Fazer com que esse local seja um espaço de construção coletiva de conhecimento e não apenas de execução de tarefas. Vale, também, lembrar de outro, e importante, interlocutor desse processo, que é o usuário, e o quanto se aprende com ele.

Parece importante refletir sobre o quanto se está próximo ou distante dessa perspectiva. Vale perguntar se os espaços de serviços de saúde corroboram para a participação

efetiva do trabalhador, e se há valorização de seus conhecimentos, seus saberes e suas experiências nas suas relações de trabalho.

Pensar na autonomia e no empoderamento do trabalhador é fundamental, porém, para tal, é preciso dar as condições necessárias para que ele possa se sentir sujeito e responsável por suas ações na prática. É necessário fazer com que ele se insira nesse contexto de forma distinta, com um outro olhar sobre a saúde.

Nas relações profissionais, exercem-se papéis e assumem-se níveis de responsabilidades diferenciados entre os gestores e os trabalhadores. Essa organização é fundamental para o gerenciamento das ações em saúde. Não se quer afirmar aqui que hierarquias não tenham de existir, mas sim, pretende-se abordá-las de outra forma.

Nesse sentido, é bom destacar o diálogo de Freire com Schor (1997) quando afirma que “o professor é sempre diferente e não é igual aos alunos, mesmo quando se praticam relações democráticas em classe. Este é outro modo de descrever o papel de líder que o professor libertador tem que desempenhar (p. 120).”

Da mesma forma, na saúde, há diferenças significativas na relação entre gestor e trabalhador. O gestor tem inúmeras responsabilidades (diferenciadas) que o trabalhador não tem. Entretanto, o que não se pode negar é a responsabilização que todos têm no processo. É com a riqueza desses múltiplos olhares que se pode transformar os modos de produzir saúde.

É nesse sentido o compromisso geral, com um trabalhador responsável, autônomo e empoderado, que se construa e se reconstrua nessa caminhada, comprometido com o seu fazer, o fazer em saúde.

#### 4.4 O DIÁLOGO COMO METODOLOGIA E FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA O PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Considera-se que o diálogo, no processo de avaliação, tanto no nível individual, como de equipe ou institucional, é imprescindível para o desencadeamento de mudanças de práticas.

Significa que gestores e trabalhadores devem participar do processo como sujeitos críticos e transformadores, capazes de ouvir e de respeitar uns aos outros, pois o diálogo é o encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para *pronunciá-lo*, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu (FREIRE, 1987).

O diálogo deve possibilitar a reflexão do fazer em saúde, fortalecendo os laços e o compromisso com a sociedade. A escuta e a fala entre os sujeitos que são responsáveis pela ação são imprescindíveis ao crescimento e ao desenvolvimento do trabalhador em saúde. Saber ouvir e saber falar (a autoavaliação) contribui para esse processo, o qual tem base na construção de conhecimentos, de novas práticas, de novos processos de trabalho, etc. Saber o que o outro tem a dizer sobre o modo como se faz as coisas, sobre a ação que se desempenha no cotidiano, é fundamental para o nosso crescimento e a qualidade da ação. Da mesma forma, dar voz ao trabalhador para que ele possa se expressar, fazer sua autocrítica e sua autoavaliação é positivo e potencializa o seu crescimento.

Há outros questionamentos de Freire (1987) que ajudam a pensar na relação gestor-trabalhador quando se propõe um processo de avaliação dentro de uma instituição.

Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim? [...] Como posso dialogar, se me fecho à contribuição dos outros, que jamais reconheço, e até me sinto ofendido com ela? Como posso dialogar se temo a superação e se, só em pensar nela, sofro e definho? [...] Se alguém não é capaz de sentir-se e saber-se tão homem quanto os outros, é que lhe falta ainda muito que caminhar, para chegar ao lugar de encontro com eles. Neste lugar de encontro, não há ignorantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que, em comunhão, buscam saber mais (p. 80).

Promover um processo de avaliação de trabalhadores em um hospital de grande porte não é tarefa fácil, pois a rotina, o número de trabalhadores e a demanda diária impactam nas condições de reflexão e de diálogo. Assim, é importante lembrar o que Freire (1997) menciona sobre a educação dialógica, pois afirma que ela estabelece a ligação, vincula a leitura das palavras com a leitura da realidade, para que as duas possam falar uma com a outra. Desta forma, faz-se necessária a consolidação de espaços que promovam a reflexão sobre os processos de trabalho. Momentos em que o trabalhador, além de se autoavaliar, possa também escutar e dialogar com o outro, com o objetivo de verificar suas necessidades, contribuindo, assim, com o seu crescimento e desenvolvimento profissional.

Como propor esse processo, de modo que se possa contribuir com o desenvolvimento do trabalhador, tentando superar suas dificuldades e valorizando suas potencialidades?

Nesse sentido, o modo (método) como isso acontece é fundamental. Como o diálogo acontece? Por que acontece? Possibilita-se o crescimento do trabalhador? Freire e Schor (1997) abordam com muita clareza e propriedade a importância do diálogo:

..., o diálogo é uma espécie de postura necessária, na medida em que os seres humanos se transformam cada vez mais em seres criticamente comunicativos. O diálogo é o momento em que os humanos se encontram para refletir sobre sua realidade tal como a fazem e re-fazem. Outra coisa: na medida em que somos seres comunicativos, que nos comunicamos uns com os outros enquanto nos tornamos mais capazes de transformar nossa realidade, somos capazes de *saber que sabemos*, que é algo mais do que só saber. De certa maneira, por exemplo, os pássaros *conhecem* as árvores. Eles até se comunicam entre si, usam uma espécie de linguagem oral e simbólica, mas não usam a linguagem escrita. E eles não sabem que sabem – pelo menos até agora, cientificamente, não temos certeza de que eles sabem que sabem. Por outro lado, *nós*; seres humanos, sabemos que sabemos, e sabemos também que não sabemos. Através do diálogo, refletindo juntos sobre o que sabemos e não sabemos, podemos, a seguir, atuar criticamente para transformar a realidade (p. 123).

Há também que se considerar o silêncio. O que ele significa? Na avaliação dos trabalhadores em saúde, há muitos silêncios, muitas concordâncias com os posicionamentos dos gestores. Significa que o trabalhador não tem nada a dizer? Quanto ao silêncio - o silêncio do aluno - Freire (1997, p. 144) diz que ele é criado pelas artes da dominação, e que os alunos não são silenciosos por natureza. Eles têm muito a dizer; o que lhes faltam, às vezes, é condição para tal. Reinventar os aspectos visuais e verbais da sala de aula é uma forma de se opor às artes destrutivas da educação passiva. Pode essa compreensão servir para analisar as relações que são objetos dessa pesquisa?

Como se incentiva o diálogo e a participação do trabalhador? Reinventam-se aspectos visuais e verbais no nosso espaço de trabalho? Certamente, investe-se muitos esforços nesse sentido de rupturas e de processos mais participativos e democráticos. Entretanto, parece haver necessidade constante e permanente de valorização desses aspectos, fazendo com que eles ganhem força e sentido ao conjunto dos trabalhadores e não à sua minoria. É importante compreender que ele é um cidadão, com experiências, com uma história de vida parte de um coletivo maior, que se pode chamar de “coletivos de trabalho”. Em um diálogo entre Durrive e Duraffourg (2007), há a afirmação de que, na análise do trabalho, é preciso compreendê-lo (o trabalhador), em uma *conjunção* e não como uma soma. Isso porque, a partir do momento

em que se considera soma, os membros do coletivo são intercambiáveis. Durraffourg traz um exemplo interessante:

Pensar que um pedreiro é igual a um pedreiro é uma abstração que deixa de lado as modalidades concretas de funcionamento da equipe de pedreiros. O resultado é um aumento da carga de trabalho, mais riscos, um aumento do estresse... Isto quer dizer que é impossível mudar? Evidentemente não, mas é preciso então prever os meios necessários para a reconstrução do coletivo (p. 78).

Refletindo sobre a realidade do Grupo Hospitalar Conceição, é possível trazer como exemplo o *turnover*<sup>10</sup>, que expressa o sentimento apresentado pelo autor. No dia a dia, ocorrem muitas mudanças de trabalhadores, que acabam gerando inseguranças e incertezas na equipe, inclusive gerando processos constantes de adaptação ao trabalho, tanto do novo trabalhador, quanto da equipe. E, então, pode-se perguntar: um técnico de enfermagem é igual a outro técnico de enfermagem?

É com nesse conjunto de fatores que se dá o trabalho, as relações e, também, o diálogo. Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão (FREIRE, 1999, p. 78). É um pensar crítico, um posicionamento e uma leitura do mundo. Nesse sentido, é fundamental convidar os trabalhadores a fazer uso de sua palavra, de não silenciar perante o seu fazer, a sua ação. É provocá-los a pensar, a se questionar, a questionar o outro e a interagir no mundo, no mundo do trabalho.

Será possível tomar a inspiração dessas palavras para inspirar o processo vivido no Grupo Hospitalar Conceição? Em que nível de intenção se tem efetivado o diálogo nas práticas avaliativas?

---

<sup>10</sup> A rotatividade ou *turnover*, “tenta captar a flutuação (entrada e saída) no quadro de pessoal (efetivo de empregados), tendo em vista o impacto potencialmente negativo de uma rotatividade não desejada ou planejada pela organização” (ASSIS, 2005, p. 48).

#### 4.5 O PARADIGMA DOMINANTE E O MODELO DE ATENÇÃO HOSPITALAR

Trazer Sousa Santos para essa discussão foi fundamental. Ele ajuda a compreender melhor a situação na qual o trabalho em saúde se encontra e, ao mesmo tempo, remete para outras reflexões e possibilidades. Afirma que é possível construir alternativas e aproximar o senso comum do conhecimento científico. Suas obras têm como preocupação a aproximação da ciência ao "senso comum", com vista a ampliar o acesso a todo o conhecimento sistematizado. Para ele, a ciência pós-moderna deve voltar-se ao senso comum e, inclusive, tornar-se um novo senso comum.

O autor propõe uma ação humana dentro do paradigma emergente, o qual se caracteriza como “um conhecimento prudente para uma vida decente”. Essas afirmações são possíveis de visualizar na área da saúde e, mais especificamente, no modelo de atenção hospitalar. A estrutura ainda predominante é especialmente rígida, hierarquizada e fragmentada, em que pesam os espaços de transformação. É esse o contexto que se tem procurado enfatizar, tornando o conceito de equipe de saúde multiprofissional, em que cada área de conhecimento seja fundamental para uma atenção integral. Mesmo assim, ainda o que predomina é o modelo médico-centrado, pois o médico traz uma legitimidade social por ser reconhecido como o profissional que tem o poder da cura (OLIVEIRA, 2004), constituindo-se, então, na maioria das vezes, como o coordenador da equipe, determinando ações e procedimentos aos demais componentes do grupo.

Da mesma forma, o modelo hospitalar reflete o poder médico, pois o hospital se constitui e é organizado pelas especialidades médicas, como pediatria, neurologia, ginecologia, etc. Essa condição dificulta a integralidade da atenção ao usuário, as relações e os processos de trabalho mais integrados e transversalizados. Romper com essa lógica e estrutura se constitui em um grande desafio, quem sabe incluído no conceito de Sousa Santos ao paradigma emergente. Também se pode inspirar em Cecílio, a fim de repensar o modelo de atenção à saúde. Problematiza o autor, com muita propriedade, o modelo “piramidal”, no qual o hospital se encontra no topo, o que significa ser o de maior complexidade referente aos serviços de saúde. Cecílio, a partir dessa reflexão, propõe um modelo assistencial pensado



como um círculo e relativiza a concepção de hierarquização dos serviços, associando a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída (1997).

Trazendo para uma discussão mais micro, seria só centrar o olhar na relação gestor-trabalhador, na qual, muitas vezes, o gestor é o médico. Também se pode questionar o “conhecimento” médico que, por sua vez, é reconhecido e valorizado como sendo o conhecimento científico. Destaco, dentre inúmeras situações, as relações de saber e poder, nas quais o saber médico é priorizado dentre os saberes de outras categorias profissionais. Essa condição se expressa, por exemplo, nos espaços de tomada de decisão, nos colegiados de gestão, onde, geralmente, as definições e os acordos se dão em relação às necessidades dessa categoria em detrimento das demais.

Essa condição cultural pode ser analisada a partir das ideias de Sousa Santos (2010), o qual menciona a “ecologia de saberes”. Defende a ideia de um movimento de fora para dentro, tomando como exemplo a Universidade. Esse conceito de ecologia de saberes

consiste na promoção de diálogos entre o saber científico ou humanístico, que a universidade produz, e saberes leigos, populares, tradicionais, urbanos, camponeses, provindos de culturas não ocidentais (indígenas, de origem africana, oriental etc.) que circulam na sociedade. [...] Começa a ser socialmente perceptível que a universidade, ao especializar-se no conhecimento científico e ao considerá-lo a única forma de conhecimento válido, contribui ativamente para a desqualificação e mesmo destruição de muito conhecimento não científico e que, com isso, contribui para a marginalização dos grupos sociais que só tinham ao seu dispor essas formas de conhecimento (p. 76).

O que pretendo ressaltar é a importância do aprendizado que ocorre no cotidiano dos processos de trabalho, incluindo a interlocução entre os diferentes sujeitos, o respeito pelos diferentes conhecimentos e saberes. Ecologia de saberes enquanto um conjunto de práticas que promove uma nova convivência ativa de saberes, com o pressuposto de que todos eles enriquecem o diálogo, incluindo o saber científico. E, em complemento a isso, justificando:

Implica uma vasta gama de ações de valorização, tanto do conhecimento científico, como de outros conhecimentos práticos, considerados úteis, cuja partilha por pesquisadores, estudantes e grupos cidadãos serve de base à criação de comunidades epistêmicas mais amplas que convertem a universidade num espaço público de interconhecimento onde os cidadãos e os grupos sociais podem intervir sem ser exclusivamente na posição de aprendizes (SOUSA SANTOS, 2010, p.77).

Outro fator importante de se questionar, pela especificidade da saúde, relaciona-se ao que Sousa Santos problematiza como o rigor científico, o rigor das medições. O autor afirma que, no paradigma dominante, em primeiro lugar, conhecer significa quantificar. Assim, o que não é quantificável é cientificamente irrelevante. É o rigor da matemática enquanto um instrumento privilegiado de análise. As pesquisas em saúde valorizam as análises quantitativas.

Dentro do hospital, tudo é quantificado: média de permanência, taxa de infecção hospitalar, n. de exames realizados, n. de internações/mês, horas de formação/trabalhador, entre outros indicadores. Esses números são, certamente, muito importantes. No entanto, é preciso ressaltar que não são somente os números que têm valor, mas também o contexto de sua produção histórica e institucional, além dos sujeitos, dos usuários e da comunidade que constituem, de fato, a instituição. É importante dar qualidade e significado a esses dados, articulando permanentemente a quantidade com a qualidade.

Também vale ressaltar que as pesquisas, na área hospitalar, ainda são, em maior número, realizadas pela área médica, da clínica, e, prioritariamente, são pesquisas quantitativas, pois estas é que são “reconhecidas cientificamente”. Realizar pesquisa qualitativa ainda se constitui em um grande desafio para uma instituição tão tradicional. Sua consolidação histórica vem comprovando essa afirmativa, pois a estrutura verticalizada e fragmentada do seu fazer e do modo como produz saúde, ou doença, retrata o modelo ainda consolidado e vigente nas rotinas hospitalares.

Sousa Santos (2008, p. 74) diz que um conhecimento disciplinar, tende a ser um conhecimento disciplinado, ou seja, segrega uma organização do saber orientada para policiar as fronteiras entre as disciplinas e reprimir os que as quiserem transpor. Essa afirmativa possibilita compreender melhor a realidade e as condições de trabalho na instituição.

É preciso aprofundar o tema da avaliação nos serviços de saúde, dando ênfase para a avaliação de trabalhadores, equipes de trabalho (processos de trabalho, os modos de produzir saúde) e a própria instituição de saúde (indicadores e metas acordadas com o gestor municipal, estadual e federal) dentro de outra perspectiva.

Avaliar o quê? Avaliar conhecimentos? O autor considera que todo conhecimento é total e local. É um conhecimento sobre as condições de possibilidade. As condições de possibilidade da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local. Então,

o desafio está em consolidar práticas avaliativas que levem em consideração esses princípios e que consigam perceber o trabalhador e o trabalho em saúde nessa perspectiva, rompendo a fragmentação e a verticalização do fazer cotidiano.

Será que se tem sido capaz de alcançar uma ecologia dos saberes, quando se pensa nas equipes de trabalho?

Pode-se, também, aproximar essas reflexões de outro autor, em um processo desafiador, pela própria rotina e movimento da instituição e dos seus processos de trabalho. O conceito sobre avaliação, de Dias Sobrinho (2002), possibilitou repensar as questões de medida e resultado que foram questionadas anteriormente.

Avaliar é mais que elaborar um banco de dados, medir os graus de possíveis aprendizagens, inventariar resultados ou demonstrar desempenhos, embora tudo isso seja importante e deva fazer parte do processo. É mais que medir, selecionar, controlar ou fiscalizar, embora essas funções tenham estigmatizado toda a história da avaliação e sob muitos argumentos se justifiquem. A avaliação democrática, no sentido de uma ampla ação do coletivo universitário, deve priorizar seu potencial formativo e proativo. Deve levar a instituição educativa a se interrogar de forma radical e de conjunto sobre os significados de seus serviços e atividades e de suas relações com a ciência e a sociedade. Essencialmente, a avaliação deve suscitar interrogações de sentido ético, político e filosófico sobre a formação que está promovendo e engendrar reflexões sobre o significado mais profundo da missão e da visão de cada instituição, segundo os princípios da equidade e da pertinência. Precisa conhecer e interpretar as fraquezas da instituição, com vistas a superá-las, mas, sobretudo, deve compreender e identificar as suas qualidades mais fortes e suas potencialidades para se consolidar ainda mais (p.135).

Quando se poderá fazer valer desta perspectiva no âmbito das instituições de saúde? Como incorporar esses valores quando se trata de avaliação do trabalho e seus sujeitos? O processo instituído no Grupo Hospitalar Conceição vem se aproximando de tal perspectiva? Tem feito rupturas com a lógica tradicional?

## 5 O DESENHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA

“A utopia está no horizonte.  
 Me aproximo dois passos,  
 Se distancia dois passos.  
 Caminho dez passos  
 E o horizonte corre dez passos a mais,  
 Por mais que eu caminhe,  
 Nunca o alcançarei,  
 Para que serve a utopia?  
 Para isso, para caminhar.”  
*Eduardo Galeano*

Realizar uma pesquisa qualitativa que contribua para a reflexão de práticas e do cotidiano dos processos de trabalho, dentro de um contexto em que, na maioria das vezes, abriga dor e sofrimento aos seus próprios trabalhadores, é um desafio.

Como já explicitado, na área da saúde, e, principalmente, na área hospitalar, as pesquisas quantitativas são as que prevalecem. Se esses dados numéricos são fundamentais ao planejamento e à organização dos serviços de saúde, é preciso reconhecer, também, a necessidade de dar a eles significado e sentidos. A investigação qualitativa pode incorporar essa perspectiva e ajudar a promover as mudanças necessárias dentro desse contexto. Sousa Santos (2008), fazendo uma crítica ao paradigma científico da modernidade e refletindo sobre o rigor na pesquisa, faz interessante análise.

Em primeiro lugar, conhecer significa quantificar. O rigor científico afere-se pelo rigor das medições. As qualidades intrínsecas do objeto são, por assim dizer, desqualificadas e em seu lugar passam a imperar as quantidades em que eventualmente se podem traduzir. O que não é quantificável é cientificamente irrelevante. Em segundo lugar, o método científico assenta na redução da complexidade. O mundo é complicado e a mente humana não o pode compreender completamente (p.27).

Na construção desse projeto, estabeleceram-se como base algumas ações já realizadas no Grupo Hospitalar Conceição e, mais especificamente, na Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento. Ações que forneceram bases de experiência e conhecimento e possibilitaram a reflexão e questionamento ainda maior sobre o tema da pesquisa.

A preparação de um dos módulos do Curso para Gestores do GHC, no final de 2009, cujo tema focava a avaliação, foi uma delas. Favoreceu resgatar a sistematização de um estudo realizado em 2007, pela equipe da GTED, que teve como objetivo analisar as avaliações realizadas no ano anterior (2006), em um total de 20% das avaliações individuais e de equipe de cada gerência ou unidade hospitalar e, também, da avaliação institucional.

Na época, foram definidas 11 dimensões que contribuíram para a análise dos registros, sendo que o resultado foi promissor, sendo possível dar retorno ao conjunto da instituição. As dimensões foram definidas assim:

- Atendimento aos usuários;
- Condições de Trabalho;
- Formação/Capacitação;
- Manifestações em relação à Política de Avaliação;
- Papel dos gestores;
- Postura Profissional;
- Qualificação Profissional;
- Relacionamento com colegas e chefia;
- Saúde do Trabalhador;
- Visões em relação à Instituição;
- Concordo/Manter Desenvolvimento/De Acordo/Não se Aplica.

Retomando esse processo e percebendo a possibilidade de conseguir material e conteúdo suficiente para o estudo, é que propus a análise documental como método investigativo principal. Dessa forma, usei também os registros de sistematização das avaliações individuais dos trabalhadores efetivos, analisando apenas os pareceres finais e os planos de ação realizados pelos próprios gestores e trabalhadores do período/ano de 2009.

Franco (2003) afirma que “o ponto de partida da Análise de Conteúdo é a **mensagem**, seja ela verbal (oral e escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada” (p. 13). Assim, foi na mensagem escrita, que tentei identificar tais reflexões, compreendendo que a emissão das mensagens estiveram, necessariamente, vinculadas às condições contextuais de seus produtores e, ainda, carregadas de componentes cognitivos, afetivos, valorativos e historicamente mutáveis.

A autora também destaca que,

neste sentido, a Análise de Conteúdo assenta-se nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica da linguagem. Linguagem, aqui entendida, como uma construção real de toda a sociedade e como expressão da existência humana que, em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais no dinamismo interacional que se estabelece entre linguagem, pensamento e ação (p.14).

Procurei identificar, nos registros, a preocupação dos trabalhadores e dos gestores em relação ao processo de trabalho, o desenvolvimento e a qualificação do trabalhador, além de identificar a existência ou não do diálogo entre os sujeitos envolvidos. Tentei, de certa forma, identificar como essa avaliação vem acontecendo na prática.

Defini alguns critérios para a seleção das avaliações dos trabalhadores que considerei relevantes ao estudo, devido ao tamanho e à complexidade do Grupo, visto que, atualmente, o GHC conta com mais de 7.500 trabalhadores e com 209 equipes de trabalho. Explicito, então, esses critérios:

1º - *a escolha da Gerência de Internação do Hospital Nossa Senhora da Conceição* – pois, atualmente, sou referência técnica da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento, responsável pelo acompanhamento das equipes de trabalho e dos trabalhadores dessa Gerência, o que contribuiu para a realização das minhas ações.

2º - *a diversidade da equipe* - uma vez que todas as Gerências são constituídas por equipes de trabalho multiprofissionais. Essa Gerência tem, ao todo, 24 equipes constituídas, com 18 cargos (ex.: técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, médico, fisioterapeuta, enfermeiro, psicólogo, etc.) e, também, um número significativo de gestores, possibilitando uma análise mais variada.

3º - *o número total de trabalhadores* – que, no final de 2009, era de 1.654, sendo a maior Gerência do Grupo. Foram excluídos dessa análise os trabalhadores em Contrato de Experiência e os Temporários, pela necessidade de estabelecer um vínculo com a instituição, os gestores e a equipe de trabalho. Assim, o total passou para 1.271 trabalhadores.

4º - *os critérios aleatórios de amostragem* - envolvendo 10% dos documentos de avaliações da Gerência, em um total aproximado de 127 trabalhadores efetivos.

A amostragem será extraída da base de dados do sistema interno, contemplando os trabalhadores das 24 equipes da Gerência e dos diferentes cargos. Dessa forma, pode-se diversificar também a análise dos pareceres dos gestores nesse processo e identificar como as equipes e/ou áreas, representados aqui pelos seus cargos, realizavam o processo de avaliação individual e quais suas preocupações em relação ao desenvolvimento do trabalhador.

Cabe ressaltar que não pretendi realizar o mesmo processo que ocorreu em 2006 ou fazer comparações. Isso porque, ao longo destes três anos, ocorreram mudanças significativas, até mesmo no próprio Manual da Política de Avaliação. Contudo, as dimensões utilizadas em 2007 são pertinentes e coerentes com a proposta de investigação, envolvendo categorias como “Formação/Capacitação”, “Qualificação Profissional”, “Relacionamento com Colegas e Chefias”, e, também, “Concordo e De Acordo”, com o objetivo de analisar as relações de trabalho na perspectiva do diálogo.

Essas dimensões contribuíram para compreender o fenômeno em estudo, sendo capazes de propor algumas melhorias no sistema, bem como acompanhar e registrar, dentro do possível, a trajetória da instituição em relação à consolidação de sua política institucional.

Considero que trilhar essa caminhada pode sugerir dados interessantes para a compreensão do objeto, contribuindo para a melhoria do processo de avaliação da instituição.

## 5.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA ESTRATIFICADA

Durante 2009, foram realizadas 5.826 avaliações individuais de trabalhadores efetivos no GHC. Na Gerência de Unidades de Internação, foram, ao todo, 1.271 trabalhadores, com a participação de 160 gestores, em 24 equipes e 18 cargos.

Assim, para que esse contexto estivesse representado, a amostragem foi definida em 10% do total dos trabalhadores por equipe e por cargo, sendo que todos os cargos por equipe deveriam ter representação. Então, de cada 10 trabalhadores foi selecionado um, e naqueles cargos com menos de 10 ou com apenas um trabalhador foi selecionado uma pessoa para garantir sua representatividade no cargo.

Os dados sistematizados em uma planilha de *Excell* possibilitaram a realização de alguns filtros. Primeiro, foi realizado um filtro por equipe. Depois, cada equipe foi classificada por cargo e n. de registro (n. do cartão ponto do trabalhador que representa o tempo de serviço ou antiguidade na instituição). Isso garantiu uma representatividade mais significativa, com o objetivo de não selecionar apenas os trabalhadores mais antigos ou mais novos na instituição. Possibilitou, também, a inclusão de um número significativo de gestores, pela diversidade de equipes e cargos.

No final, a amostragem ficou maior do que 10%, tendo em vista os arredondamentos e a representatividade de todos os cargos em todas as equipes - no mínimo um trabalhador por cargo (ver apêndice D).

Com essa estratégia, constituiu-se uma amostra de 199 avaliações, que permitiu a análise dos pareceres e planos de ação associados a diferentes equipes, cargos e gestores, contemplando, também, trabalhadores que atuam há tempos variados no GHC (Planilhas: Parecer do Trabalhador – Parecer do Gestor – Plano de Ação - ver apêndice E).



## 6 ANÁLISE DOS DADOS

### 6.1 DIMENSÕES PARA A PRÉ-ANÁLISE

Iniciei a análise de três campos fundamentais: “Parecer do Trabalhador”, “Parecer do Gestor” e “Plano de Ação”, a partir de uma pesquisa interna desenvolvida pela Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento no ano de 2007. Na época, foram criadas 11 dimensões para a análise. Entretanto, nesse novo contexto, senti a necessidade de criar uma nova dimensão que denominei “Participação”, tendo em vista a implementação dos Colegiados de Gestão. Estes foram instituídos a partir de 2008, em todas as equipes da instituição, e visam à participação do trabalhador nos processos de tomada de decisão e a democratização da gestão.

As dimensões, então, foram definidas assim:

<b>Atendimento aos Usuários:</b> manifestações relativas à qualidade do atendimento e do serviço prestado, compromisso e responsabilidade com as pessoas que acessam os serviços de saúde.
<b>Condições de Trabalho:</b> manifestações acerca do ambiente e das condições de trabalho, contemplando a estrutura física (espaço, equipamentos, instrumentos e materiais) para o desenvolvimento do trabalho, o uso e o trato do patrimônio, assim como a organização dos processos de trabalho.
<b>Formação/Capacitação:</b> questões referentes a propostas e necessidades de formação, treinamento em serviço, promoção de cursos e seminários, dentro e fora da instituição, ou seja, educação permanente e continuada.
<b>Manifestações em Relação à Política de Avaliação de Desenvolvimento:</b> referências – contribuições, críticas ou elogios – relativas à Política de Avaliação de Desenvolvimento.
<b>Papel dos Gestores:</b> inferências sobre a postura do gestor, o seu relacionamento e/ou diálogo com a equipe de trabalho.
<b>Postura Profissional:</b> considerações acerca da postura ética e profissional, comportamento, conduta, sigilo profissional, assiduidade e pontualidade.
<b>Qualificação Profissional:</b> domínio das técnicas específicas que os trabalhadores devem apresentar para o exercício dos seus cargos ou funções.
<b>Relacionamento com Colegas e Gestores:</b> relacionamento e diálogo entre os colegas e gestores, trabalho em equipe, tensões e conflitos.
<b>Saúde do Trabalhador:</b> orientações, fornecimento e uso de EPIs/EPCs; exames periódicos; encaminhamentos para atendimento de saúde.
<b>Visões em Relação à Instituição:</b> observações, críticas, elogios, sugestões, reivindicações e

descontentamentos dos trabalhadores em relação ao GHC.
<b>Manter/Não se Aplica/Concordo/De acordo:</b> manifestações sem conteúdo suficiente para embasar ações de planejamento.
<b>Participação:</b> nas Metas da Equipe/Reuniões de Colegiados e da Equipe/PI – Plano de Investimentos.

## 6.2 DESVELANDO OS DADOS

Conforme Franco (2003), a pré-análise se constituiu em um momento significativo para a pesquisa, pois a leitura flutuante possibilitou uma melhor organização dos dados, onde foi possível conhecer as mensagens contidas nos registros de avaliação, deixando que o pesquisador seja invadido por impressões, representações, emoções, conhecimentos e expectativas.

Nesse momento, os registros foram estruturados e analisados a partir das dimensões definidas preliminarmente. As dimensões possibilitaram outras aproximações e interfaces que contribuíram na definição das categorias, como também, no próprio desenho da análise.

Para a exploração e organização do material organizou-se as “pré-análises” separadamente:

- Organização dos Pareceres dos Trabalhadores em Relação às Dimensões;
- Organização dos Pareceres dos Gestores em Relação às Dimensões;
- Organização dos Planos de Ação em Relação às Dimensões.

### 6.2.1 Organização dos Pareceres dos Trabalhadores em Relação às Dimensões

#### Postura Profissional

No “Parecer do Trabalhador”, o que mais se destacou foram os aspectos relacionados à “Postura Profissional”. Aproximadamente 50% dos trabalhadores expressaram que gostam muito do que fazem e estão dispostos a melhorar de alguma forma. Também, há uma preocupação marcante com os aspectos referentes à assiduidade e à pontualidade e, nesse sentido, os trabalhadores se comprometem a melhorar.

N.	Depoimentos
4	“Em relação aos meus atrasos sei que devo melhorar, por esse motivo pedi a troca de turno. Desde então pude me organizar melhor e melhorar este aspecto. Quanto as rotinas do isolamento busco esclarecer com a equipe que atua há mais tempo, pois sei que há ...
8	Concordo com esta avaliação. Me dedico na realização das atividades profissionais, e tenho bom relacionamento com os colegas do setor e demais serviços. Busco sempre desenvolvimento no meu trabalho, me atualizando quando necessário, e buscando informações.”

#### Manter/Não se Aplica/Concordo/De Acordo

Também houve destaque para o item “Manter/Não se Aplica/Concordo/De acordo”, 27% dos trabalhadores concordavam e estavam de acordo com o parecer realizado pelo gestor, em um total de 199 pareceres analisados. Talvez fosse possível analisar essa concordância como uma forma de silenciamento, revelando que o trabalhador resiste em expressar descontentamentos, medo ou indignação com o gestor, com a instituição ou, até mesmo, com relação ao processo de avaliação.

Quando é muito visível a tendência do trabalhador em expressar concordância, pode-se suspeitar que a avaliação tenha sido feita pelo gestor, como indicam os dados abaixo:

N.	Depoimentos
82	<b>sem comentários.</b>
99	“concordo <b>com a avaliação da chefia.</b> ”
122	“de acordo <b>com parecer do gestor.</b> ”

### **Qualificação Profissional - Relacionamento com Colegas, Gestores e Equipe – Condições de Trabalho**

Aproximadamente 18% dos pareceres explicitaram preocupações em relação à qualificação profissional (o aperfeiçoamento de sua técnica); ao relacionamento com colegas, gestores e o trabalho em equipe e com as condições de trabalho. Esse dado parece ser significativo, pois aponta para questões importantes, não só na perspectiva do seu crescimento, mas da equipe de trabalho como um todo.

N.	Depoimentos
8	“Concordo com esta avaliação. <b>Dedico-me à realização das atividades profissionais e tenho bom relacionamento com os colegas do setor e demais serviços.</b> Busco sempre desenvolvimento no meu trabalho, me atualizando quando necessário, e buscando informações.”
14	“Tentarei desenvolver o solicitado. <b>Me sinto bem no local de trabalho. Gostaria de aprender também a especialidade de proctologia e cardíaca.</b> ”
109	“Concordo com a avaliação, estou em <b>processo de aprendizagem</b> nas áreas de intensivismo e SR. Venho <b>buscando maior conhecimento para atuar coerente</b> com as necessidades do setor e no gerenciamento da equipe de enfermagem, sendo isto, algo novo para mim.”
127	“Avalio como tendo <b>um crescimento</b> com a proposta de trabalho e me dedicado <b>para contribuir com o trabalho de equipe e institucional.</b> ”
199	“ <b>Tenho aprendido bastante</b> , tenho muita coisa a desenvolver. Espero ter oportunidade de <b>aprimorar mais meus conhecimentos e contribuir mais com o desenvolvimento do grupo todo.</b> ”

### **Participação**

Essas questões, de certa forma, também estão articuladas às metas da equipe e da instituição, constituindo-se em outra dimensão. Aproximadamente, aparece em 11% dos depoimentos, o que pode ser considerado um avanço para ao GHC. Indica que a preocupação com as metas da equipe e da instituição tem valor para os trabalhadores e não só para os gestores.

N.	Depoimentos
96	“De acordo com a avaliação. <b>Estamos em um período de construção quanto ao atingir as metas propostas pelo colegiado</b> , isto faz com que haja uma <b>adaptação de todos e comprometimento</b> . Quanto às reuniões de serviço foram datas em que eu estava em aula.”
151	“Desenvolvi bastante durante o ano e continuo comprometida com a instituição, <b>pretendo realizar um trabalho adequado e com as metas da onco-hemato.</b> ”
152	“ <b>Acompanho</b> as atividades específicas da fisioterapia e <b>as metas estabelecidas no colegiado de forma ativa.</b> ”
182	“Me comprometo a <b>trabalhar para atingirmos as metas estipuladas</b> e alcançar a elaboração dos protocolos.”

### Formação/Capacitação

Outra dimensão significativa, esse item se expressa em 14% das respostas. Percebe-se que os trabalhadores sentem a necessidade de se qualificarem cada vez mais.

N.	Depoimentos
5	“Tenho bom relacionamento com colegas e chefia, e gosto de trabalhar neste setor. <b>Gostaria de participar da educação continuada oferecida pela instituição</b> e no próximo ano tentarei conciliar meus horários para poder participar ativamente.”
36	“Vou tentar <b>melhorar a minha participação nos treinamentos e atividades da instituição</b> , e continuar colaborando para o bom funcionamento do setor.”
60	“Satisfeita com meu ambiente de trabalho, horário, posto com chefia e colegas. No próximo ano pretendo me aprimorar e <b>participar mais em cursos oferecidos.</b> ”
118	“Concordo com o parecer de avaliação apresentado e também acho que <b>posso me envolver mais com a parte de educação continuada</b> , pretendo me inserir mais no que diz respeito. Acho que as metas deveriam ser mais divulgadas e incentivadas, pois assim a adesão.”
193	“Pretendo <b>buscar mais conhecimento científico através de pesquisa</b> e conversas com as colegas e chefias. Conto com o apoio de todos para minha readaptação no setor. Vou dar o máximo de mim.”

### Atendimento aos Usuários

A qualidade do atendimento aos usuários aparece ainda com um percentual baixo, mas com significativo crescimento ao longo dos anos. Menciona-se a qualidade dos serviços prestados em 6% dos pareceres. Mesmo não sendo um número muito expressivo, esse destaque é válido, pois revela uma consciência sobre as finalidades do seu trabalho. Os trabalhadores dizem:

N.	Depoimentos
48	“Estou à disposição para qualquer atividade que possa colaborar em prol da instituição e <b>melhorando o atendimento ao paciente.</b> ”
49	“Vejo a necessidade de trabalhar pela melhoria da estrutura e das condições necessárias para aumentar a produção do bloco cirúrgico (anestesistas, salas, equipamentos). também trabalhar, junto aos residentes, <b>uma melhor relação médico-paciente e médico-família.</b> ”
150	“Pretendo continuar sendo responsável e dedicada, <b>buscando o melhor para a instituição e usuários.</b> ”
187	“Acho que a nossa profissão exige seriedade, competência e responsabilidade uma vez que lidamos com vidas, diante disso procuro trabalhar da melhor forma possível com a integração da equipe <b>visando sempre o conforto e o bem estar dos nossos pacientes.</b> ”

As dimensões menos presentes nos discursos dos trabalhadores foram:

- **Manifestações em relação à Política de Avaliação;** de modo geral, é um processo que vem sendo incorporado pelos trabalhadores, os quais já não sentem tanta necessidade de trazer apontamentos específicos;

- **Papel dos Gestores;** apenas três respostas apontaram para essa questão, envolvendo o gestor especificamente. Todas mencionavam elogios ao seu gestor.

- **Saúde do Trabalhador;** apenas seis interlocutores fizeram registros, sendo que um apontou o exame periódico, três o uso de EPI's e dois justificaram os afastamentos por motivo de saúde.

- **Visões em Relação à Instituição;** no total de doze pareceres, a metade abordou um aspecto positivo, valorizando o crescimento e as mudanças na instituição e no serviço. Outra metade trouxe questões de insatisfação, insegurança, desejo de remanejamento e reivindicação.

Considero importante destacar que houve 14 registros (7%), nos quais foi possível perceber que a escrita foi realizada pelo gestor, mesmo sendo esse campo designado para a expressão do trabalhador. É um número significativo, tendo em vista que essa atitude por parte do gestor não seria desejada. Mas, também, é importante registrar que, ao longo dos anos, esse tipo de prática tem diminuído de forma significativa. Em 2006, por exemplo, tal fato se deu com maior frequência.

Cabe ressaltar, também, que algumas vezes, são os próprios trabalhadores que pedem ao gestor para que ele escreva “por ele”, pois creem que têm dificuldades para escrever ou, então, não estão acostumados com o computador/sistema. Certamente, são conjecturas que se baseiam na experiência cotidiana de convivência no espaço de trabalho, pois, em muitas situações, os trabalhadores procuram a Gestão do Trabalho e expressam essas dificuldades.

## 6.2.2 Organização dos Pareceres dos Gestores em Relação às Dimensões

### Postura Profissional e Qualificação Profissional

No “Parecer do Gestor”, as dimensões que mais foram expressas relacionaram-se à “Postura e a Qualificação Profissional”, alcançando em torno de 70% do total. Na maioria das vezes, foram registros positivos, dando elogios aos trabalhadores. Percebe-se, de certa forma, uma relação muito próxima entre as duas dimensões, no sentido de que uma pode fortalecer e respaldar a outra.

N.	Depoimentos
8	“O trabalhador apresenta <b>bom desenvolvimento no seu trabalho, é capacitado</b> , tem boa resolutividade dos problemas de seu setor, <b>tem postura adequada</b> , bom relacionamento, <b>participativo</b> , solidário com os demais, sugere ações para integrar a equipe nas metas do setor.”
14	“Funcionária <b>comprometida com seu trabalho</b> , assídua, atua visando o desenvolvimento da equipe colabora na construção das metas do setor. <b>Foi elogiada quanto a seu desempenho na organização da educação continuada</b> do setor e da cooperação na organização do mesmo.”
17	“Colaboradora <b>desenvolve bem suas atividades como circulante e instrumentadora</b> , atualmente nas equipes da urologia e vascular, em função do recebimento de periculosidade e dosímetro. <b>Apresenta comprometimento com o setor e contribui com críticas e sugestões.</b> ”
91	“ <b>Executa uma assistência qualificada, atualizada e com embasamento ético-científico.</b> Bom relacionamento com colegas e toda a equipe de trabalho. Contribui com a preceptoria dos médicos residentes. Necessita cumprir mais com sua carga de trabalho contratada.”
117	Trabalhadora pontual, assídua, <b>respeita a hierarquia</b> , interessada em manter todos os materiais do setor em ordem mantém bom relacionamento com todos os setores, disponível nas solicitações. <b>Deve melhorar seus conhecimentos em pacientes críticos.</b>
162	O trabalhador apresenta <b>postura adequada, bom desenvolvimento técnico.</b> É pontual <b>comprometido com o seu trabalho</b> , sigiloso, cumpre com as normas e rotinas de sua área de atuação.

### Relacionamento com Colegas e Gestores

Destaca-se, também, a dimensão “Relacionamento com Colegas e Gestores” aparecendo em 75 depoimentos, que correspondem, aproximadamente, a 38% do total. De modo geral, registram-se, novamente, elogios aos trabalhos quanto ao bom relacionamento com os colegas, gestores e também com os usuários, reforçando a importância do trabalho em equipe.

N.	Depoimentos
36	“É um funcionário responsável, colaborativo, tem bastante conhecimento do setor e sempre participa com sugestões bem aproveitadas. <b>Colabora para o bom funcionamento do setor e para manutenção do espírito de equipe.</b> Tem boa postura, é assíduo e pontual.”
41	“ <b>Funcionário executa plenamente suas funções, executando um bom trabalho junto a chefia e equipe.</b> Adaptado as normas e rotinas da instituição, procura buscar meios para seu desenvolvimento profissional. Tem executado suas funções sem apresentar problemas.”

Apenas cinco gestores, do universo de 75 pareceres, mencionaram essa dimensão na perspectiva de melhorias no relacionamento, que são:

N.	Depoimentos
23	“Avaliação difícil, feita na presença da Ana Lucia, referência técnica da política de avaliação do HNSC/ INTERNAÇÃO. <b>Dr. ... nunca me reconheceu como chefia,</b> recorre diretamente ao Dr. Ivo, quando quer reivindicar algo. <b>Age com individualismo dentro da instituição.</b> ”
44	“Funcionária desenvolve suas atividades adequadamente. <b>Converso sobre seu relacionamento com colegas, alerta para algumas dificuldades</b> que ela ainda não tinha percebido em seu comportamento.”
90	“Em relação às avaliações realizadas, observo melhora na postura profissional e pessoal da funcionária avaliada. <b>Tem apresentado resultados mais satisfatórios no quesito de relacionamento em equipe,</b> tanto da fisioterapia como da UTI. A partir da última avaliação.”
129	“Funcionária que necessita aprimorar seus conhecimentos técnicos, tem assiduidade e pontualidade, usa equipamentos de proteção. <b>Necessita integrar-se um pouco mais com a equipe,</b> deve ser mais participativa e mais segura quanto aos procedimentos atribuídos.”
163	“Realiza de acordo com suas atribuições do cargo as suas funções. Cumpre as normas e rotinas da unidade com plena capacidade e desenvoltura. Tem bom desenvolvimento individual, em equipe e institucional. <b>Em alguns momentos apresenta leve atrito com os colegas.</b> ”



### Participação

Quanto à dimensão “Participação”, ocorreram 34 registros (17%) nos pareceres dos gestores. Incentivam a participação dos trabalhadores nos espaços de democratização da gestão. Observam que o trabalhador mais participativo é também o mais colaborativo e atuante dentro da equipe.

N.	Depoimentos
96	“Desenvolve suas atividades com qualidade, responsabilidade. é assidua e pontual. colabora com o espírito de equipe. Atualmente <b>participa do PI 2009</b> . Compromete-se com os problemas da unidade buscando soluções junto a sua chefia.”
97	“Funcionária responsável, com boa técnica , trabalho com bom acabamento, ótimo relacionamento com chefia e colegas, <b>necessita participar das reuniões de serviço e educação continuada.</b> ”
127	“Funcionária <b>demonstrou crescimento desde sua ultima avaliação, envolvendo - se com as metas institucionais e da unidade</b> . Este envolvimento foi possível na medida que foi <b>conhecendo a realidade do trabalho.</b> ”
144	“A funcionária executa as suas atividades com qualidade, <b>participa das atividades de ensino e do colegiado da equipe</b> . Está bem entrosada com a equipe, estabelecendo bom relacionamento com os membros da equipe e com os pacientes.”

Outras três dimensões apareceram em percentuais de 10 a 15% dos pareceres: “Atendimento aos Usuários”, “Condições de Trabalho” e “Formação/Capacitação”. Considero importante destacar individualmente cada uma dessas categorias, a fim de não se perder a riqueza da análise propriamente dita:

### Atendimento aos Usuários

Os 22 pareceres que trataram do “Atendimento aos Usuários” destacaram aspectos referentes ao bom atendimento e relacionamento com os usuários, como nos exemplos:

N.	Depoimentos
112	“Funcionária assídua, pontual, <b>trata o paciente com respeito e carinho</b> , mantém bom relacionamento com toda a equipe.”
174	“Funcionario é responsável, assíduo, demonstra que gosta do que faz, <b>é atencioso com os pacientes.</b> ”
176	“Funcionária bem integrada na equipe, é disponível quando solicitada, <b>dedicada no atendimento aos usuários</b> , executa sua função de maneira adequada. Solicitado que atente ao tom de voz alto, devido á sua expansividade.”

Dentre esses pareceres, apenas dois registros pontuaram algumas necessidades para melhoria do aspecto (atendimento aos usuários), como é possível perceber:

N.	Depoimentos
4	“Funcionária há 1 ano no setor, <b>apresentou dificuldades em adaptar-se às rotinas</b> e principalmente ao tipo de <b>pacientes com alto grau de complexidade. Às vezes usa tom de voz áspero para tratar com usuários e realiza alguns comentários</b> ,causando algum desconforto.”
113	“Colaborativo, educado e responsável. <b>Apresentou melhora no que se refere à distração e proximidade ao paciente</b> , bem como o uso de epis, em relação à avaliação anterior. Seguir plano de ação contratado para o próximo período.”

### Condições de Trabalho

Sobre “Condições de Trabalho”, 25 pareceres registram elogios nos aspectos referentes à organização, ao funcionamento e às necessidades do setor/equipe. Ousei relacionar essa dimensão com a que explicita a “Postura e Qualificação Profissional”, pois, de certa forma, apresentam aspectos muitas vezes interligados que abordam as “qualidades” e o potencial do trabalhador. Destaquei depoimentos como:

N.	Depoimentos
13	“Funcionária <b>contribui no processo de trabalho do setor</b> , é colaborativa e assídua. Mantém postura adequada, <b>conhece as diversas especialidades</b> e colabora com colegas e chefias. Atualmente está trabalhando em outro hospital o que prejudicará seu comparecimento.”
25	“Apresenta postura adequada as necessidades do serviço, segue num conhecimento crescente e qualificado. Sua atuação <b>traz maior tranquilidade e capacidade de resolução de problemas ao setor.</b> ”
28	“A funcionária apresenta um bom desempenho profissional, é colaborativa, ágil, atenciosa e participativa. Administra bem suas atividades, relacionando-se muito bem

	com demais setores da instituição <b>na busca de soluções e necessidades da unidade.</b> ”
36	“É um funcionário responsável, colaborativo, tem bastante conhecimento do setor e sempre participa com sugestões bem aproveitadas. <b>Colabora para o bom funcionamento do setor</b> e para manutenção do espírito de equipe. Tem boa postura, é assíduo e pontual.”
177	“Calma, tranquila, segura, <b>demonstra cada vez mais capacidade para ajudar o serviço a crescer, participando da organização de rotinas.</b> Assumiu neste ano novas funções e tarefas, esta ainda em aprendizado, necessitando um certo refinamento. Boa postura.”

### Formação/Capacitação

Na dimensão “Formação/Capacitação”, foram 29 os relatos destacando a importância da necessidade de capacitação do trabalhador, principalmente o incentivo às atividades desenvolvidas pela instituição.

N.	Dimensões
6	Funcionária desempenha suas funções demonstrando interesse em melhorar, <b>só precisa participar um pouco mais das atividades de capacitação oferecidas</b> , bem como reuniões de colegiado e elaboração das metas da equipe.
11	Funcionária apresenta um ótimo desempenho profissional e, vem evoluindo diariamente no aspecto interrelacional. <b>Tem participado das educações continuadas do serviço, bem como, demonstra interesse pelos cursos oferecidos por outros setores.</b>
132	A Enfermeira melhorou nos aspectos de postura profissional e administrativos, porém <b>deve envolver-se mais com a instituição</b> procurando cumprir as metas estipuladas pela mesma, <b>realizando as capacitações oferecidas</b> e cumprindo a data dos exames periódicos.
142	A funcionária executa as suas atividades com qualidade, <b>participa de atividades de ensino com preceptora da residência integrada da oncologia-hematologia.</b>

### Manter/Não se Aplica/Concordo/ De Acordo

A dimensão “Manter/Não se Aplica/Concordo/De Acordo” é significativa para ser analisada, porque, ao longo dos anos, tem se verificado a redução dos índices dessa escolha, que apareceu em apenas 18 pareceres em um total de 199. Demonstra que os gestores estão sentindo a necessidade de deixar registrado alguns aspectos, especificidades ou características do perfil do trabalhador.

No início da implantação da Política de Avaliação, em 2006, os gestores colocavam “Manter Desenvolvimento” com muita frequência em seus pareceres. Atualmente, parece que consideram importante ressaltar, de alguma forma, os pontos fortes do trabalhador, elogiando suas qualidades.

### Saúde do Trabalhador

A dimensão “Saúde do Trabalhador” foi registrada em apenas 13 pareceres, principalmente fazendo-se referência à importância do uso de EPI’s e ao exame periódico. Alguns comentários foram feitos no sentido de algum tipo de restrição ou problemas de saúde. Desde 2006, percebe-se a redução dos índices dessa dimensão, pois os trabalhadores têm consciência de que esses aspectos (EPI’s e exame periódico) fazem parte dos critérios de avaliação.

N.	Depoimentos
26	“Funcionária desempenhou um bom trabalho desde sua permanência no 3ºD-i (não é cedência, apenas empréstimo temporário), adaptando-se bem a nova rotina. Tem desempenhado atividades como circulante, <b>dentro de suas restrições de saúde.</b> ”
129	“Funcionária que necessita aprimorar seus conhecimentos técnicos, tem assiduidade e pontualidade, <b>usa equipamentos de proteção.</b> Necessita integrar-se um pouco mais com a equipe, deve ser mais participativa e mais segura quanto aos procedimentos atribuídos.”
138	“Funcionária apresenta boa postura profissional e executa suas atividades de forma adequada. <b>Orientada sobre a importância do uso correto dos EPIS,</b> assiduidade, pontualidade e atualização profissional.”

O aparecimento da dimensão “Manifestações em relação à Política de Avaliação” foi raro, encontrando-se apenas uma vez. Já a dimensão “Papel dos Gestores” se evidenciou em duas oportunidades e “Visões em relação à Instituição” em três registros. Estes destacaram-se por demonstrarem questões bem específicas, como no exemplo:

N.	Depoimentos
83	“O NHE foi constituído, na maioria das vezes, por pessoas em processo de reabilitação. <b>Acho que é importante o apoio institucional a esta equipe com avaliação e apoio interdisciplinar.</b> ”

### 6.2.3 Organização dos Planos de Ação em Relação às Dimensões

Na decorrência deste estudo, foram analisados os “Planos de Ação”. Eles são uma espécie de contrato entre trabalhador e gestor, no qual ambos definem ações específicas ao desenvolvimento do trabalhador no próximo período/ano. No caso em análise, as dimensões mais recorrentes foram: “Formação/Capacitação” e “Postura Profissional”, ambas próximas dos 50% nos planos.

#### **Formação/Capacitação**

A dimensão “Formação/Capacitação” foi destacada em 98 planos de ação, apontando a necessidade dos trabalhadores participarem dos cursos desenvolvidos pela instituição. Entretanto, foram raros os gestores e trabalhadores que descreveram melhor essa formação, ficando difícil compreender as reais necessidades dos trabalhadores, das equipes e da instituição em sua totalidade. Os registros das avaliações (“Plano de Ação”), no sistema, poderiam gerar relatórios apontando os cursos mais solicitados, por exemplo. Mas essa condição ainda fica muito distante do ideal. Pode-se destacar alguns exemplos, como:

N.	Depoimentos
25	“Programar <b>treinamentos</b> sobre <b>equipamentos</b> . Anual.”
81	“ <b>Continuar participando do treinamento dos médicos residentes</b> no serviço de patologia cervical. 2009. Manter a atividade científica de análise dos dados do setor de patologia cervical. 2009.”
112	“ <b>Continuar na buscando sempre mais o conhecimento</b> . 1 ano. Procurar <b>participar dos eventos e palestras oferecidas pelo setor</b> . 1 ano. Manter pontos positivos e atual postura. 1 ano.”
199	“ <b>Continuar insentivando seu conhecimento profissional</b> proporcionando um ambiente de segurança para <b>novos aprendizados</b> . 1 ano.”

#### **Postura Profissional**

A dimensão “Postura Profissional” apareceu em 94 “Planos de Ação”, onde predominam aspectos referentes à postura colaborativa do trabalhador nas atividades do setor e da instituição, bem como assiduidade e pontualidade.

N.	Depoimentos
37	“ <b>Manter-se colaborativa e buscar sempre mais contribuições</b> dentro das condições atuais físicas. 1 ano.”
130	“Deve buscar <b>maior pontualidade na chegada ao setor</b> . 06/2010.”

Percebe-se também, em algumas situações, que muitos “Planos de Ação” não se constituem como planos, e sim, como pareceres sobre a postura do trabalhador. Outros abordam aspectos de melhora de postura, ética e comportamento. São exemplos:

N.	Depoimentos
27	“Apresenta <b>bom desenvolvimento</b> dentro da sua área de atuação, <b>devendo continuar seu comportamento</b> . Procurar <b>melhorar seu relacionamento com o grupo devido sua impetuosidade em manifestar suas idéias</b> . Seis meses.”
92	“Identificar situações de risco e propor soluções. Até a próxima avaliação. Ter domínio das normas e rotinas das uti's. Até a próxima avaliação. <b>Melhorar a qualidade do atendimento</b> . Até a próxima avaliação.”
107	<b>Precisa controlar mais a ansiedade</b> . Um ano. <b>Tem que educar o tom de voz</b> . Um ano.

Alguns abordam questões mais complexas articuladas diretamente às metas da equipe e da instituição. Estas podem envolver tanto o trabalhador diretamente como a equipe de trabalho:

N.	Depoimento
30	“ <b>Redução de suspensão de cirurgias cardíacas</b> . Anual. <b>Aumento do numero de cirurgias cardíacas em 5 %</b> . Anual. <b>Redução média da permanência cirurgia cardíaca</b> . Permanente.”

### Participação

A dimensão “Participação”- nas metas da equipe/reuniões de colegiados e da equipe/PI – plano de investimentos, se evidenciou em 53 planos de ação (27%), dando ênfase à participação dos colegiados e do alcance das metas do setor e da instituição. Entretanto, os planos não são muito aperfeiçoados e não trazem muitas informações. Estes informam a importância da participação para o alcance das metas da equipe e instituição, sendo mais uma vez abrangentes demais, não especificando em quais as metas, quais as prioridades, por quanto tempo e, principalmente, quais as ações para cumprir a meta. São exemplos:

N.	Depoimentos
65	Colaborar para <b>atingir as metas da equipe</b> . 12 meses.
71	<b>Ser mais participativa nas metas da equipe</b> . Até próxima avaliação. Aumentar participação de treinamentos oferecidos pela instituição. Até próxima avaliação. Melhorar técnicas. Até próxima avaliação.
73	<b>Manter participação nas reuniões do colegiado</b> . Dezembro/2010. Participar de cursos da área que são oferecidos na instituição. Dezembro/2010.
89	Seguir com a busca do conhecimento. 01 ano. Participar mais ativamente do gerenciamento da unidade. 01 ano. Colaborar na redução de taxa de infecção hospitalar. 01 ano. <b>Atuar de forma a melhorar o atingimento das metas</b> . 01 ano.
157	<b>Colaborar na concretização das metas da equipe</b> . 2010. <b>Participar efetivamente das reuniões do colegiado da Medicina Interna</b> . 2010. Manter o desenvolvimento. Contínuo.

### Qualificação Profissional

A dimensão “Qualificação Profissional” foi registrada em 45 “Planos de Ação” (23%), dando ênfase às especificidades da técnica e do serviço.

N.	Depoimentos
3	“Buscar auxílio para superar dificuldades. 2010. Manter desenvolvimento atual. 2010. Observar pontualidade. 2010. <b>Conhecer as particularidades da área de isolamento</b> . 2010.”
21	“ <b>Implementar melhorias na monitorização da cirurgia cardíaca</b> . 2010. Ajudar na programação das apresentações de casos clínicos, pelos colegas. 2010.”
71	“Ser mais participativa nas metas da equipe. Até próxima avaliação. Aumentar participação de treinamentos oferecidos pela instituição. Até próxima avaliação. <b>Melhorar técnicas</b> . Até próxima avaliação.”
94	“Incentivar o espírito da equipe. Idem. Melhorar insatisfação. Idem. <b>Avaliar melhor situações de risco</b> . Até a próxima avaliação. <b>Melhorar o domínio das rotinas</b> . Até a próxima avaliação.”

Outros registros apontam ações específicas, como:

N.	Depoimentos
105	“Manter vigentes itens do plano de ação precedente. <b>Elaborar protocolo de linhas-guias de cuidados em paciente com litíase urológica.</b> No período.”
110	“ <b>Participação de atividades para elaboração de protocolos assistenciais da unidade.</b> 1 ano.”

Também, explicitam alguns elogios:

N.	Depoimento
125	“ <b>Continuar desenvolvendo o trabalho de maneira qualificada.</b> Contínuo.”

#### **Manter/Não se Aplica/Concordo/De acordo, Saúde do Trabalhador, Relacionamento com Colegas e Gestores**

Essas dimensões apareceram em torno de 10 a 15% dos “Planos de Ação”. Quanto à dimensão Manter/Não se Aplica/Concordo/De acordo, apareceu apenas em 18 registros dos planos. O registro que mais aparece nos “Planos de Ação” é “Manter Desenvolvimento”. Os planos que constavam “Manter Desenvolvimento” juntamente a outra dimensão foram desconsiderados. Sendo assim, o número não se constitui como muito expressivo.

Já a dimensão “Saúde do Trabalhador”, aparece em 28% das falas. Os respondentes reforçam a importância do uso de EPI’s e a realização do exame periódico. Na dimensão “Relacionamento com Colegas e Gestores”, que surgiu em 23% dos planos, o enfoque recai sobre manter-se participativo e integrado com a equipe ou de se melhorar esse aspecto, sempre com um enfoque de equipe e não apenas com o gestor ou algum colega especificamente:

N.	Depoimentos
133	“ <b>Integrar-se ao setor como um todo visualizando as dificuldades e apontando soluções.</b> Ano. Ser mais pontual, procurando chegar em horário que consiga receber plantão. Ano. Ser mais assídua. Ano.”
188	“Um ano. Manter o incentivo ao estudo e ao aprendizado. Um ano. <b>Continuar incentivando sua participação no grupo.</b> ”
195	“ <b>Manter-se participativa dentro da equipe.</b> Próxima avaliação. Continuar buscando maior conhecimento dos programas de informática. Próxima avaliação.”



### Condições de Trabalho

Sobre a dimensão “Condições de Trabalho”, foram 12 registros nos “Planos de Ação”, principalmente com a preocupação ao cuidado (economia) de materiais e equipamentos ou, então, a própria organização do setor/equipe. São exemplos:

N.	Depoimentos
32	“Buscar promover o espírito de equipe. Julho/2010. <b>Zelar pelos materiais da unidade. Julho/2010. Ler e colocar em prática as rotinas da manhã</b> que recebeu por escrito. Julho/2010. Buscar conhecimentos específicos.”
176	“ <b>Manter junto com toda equipe a organização de materiais e da unidade em si.</b> Um ano. Buscar aperfeiçoamento profissional através de cursos. Um ano. Participar de atividades de interesse da instituição. Um ano.”

### Atendimento aos Usuários

Quanto ao “Atendimento aos Usuários”, houve apenas 8 registros específicos, que priorizaram, de alguma forma, a qualidade da atenção e citavam o usuário/paciente.

N.	Depoimentos
86	“Deverá fazer o possível para participar das reuniões de serviço. Agosto 2010. <b>Deverá procurar recursos para se atualizar para um melhor atendimento ao paciente.</b> Agosto 2010.”
143	“ <b>Identificar fatores que comprometam a qualidade do atendimento</b> e elaborar planos de ação para a solução dos mesmos. 2010. Organizar protocolos por patologia. 2010. Estimular atividades de pesquisa. 2010.”

### Papel dos Gestores

A dimensão “Papel dos Gestores” apareceu em um único plano. Entretanto, considero significativo esse registro, em principal por estar no “Plano de Ação” como uma pactuação entre gestor e trabalhador. É interessante, também, pelo fato de que o trabalhador é um médico, e essa avaliação foi realizada na presença da Referência Técnica da Gestão do Trabalho.

N.	Depoimentos
23	“Iniciar participação nas visitas pré-anestésicas dos pacientes internados. Três meses. <b>Reconhecer chefia no seu dia de trabalho, que é o coordenador de toda a demanda da anestesia do hospital. Ficar em contato com este coordenador do dia.</b> Três meses.”

Quanto às dimensões “Manifestações em Relação à Política de Avaliação de Desenvolvimento” e “Visões em Relação à Instituição”, cabe ressaltar que não apareceram nos “Planos de Ação”, tendo em vista o próprio significado deste e sua finalidade.

## 7 DAS DIMENSÕES ÀS CATEGORIAS: INTERPRETANDO OS DADOS

Para Bardin (2009), as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico. Esse agrupamento se efetua em razão das características comuns desses elementos. Em tal processo, as categorias emergiram após a pré-análise, considerando o conjunto de informações que foi agrupado, na perspectiva de não fragmentá-lo e de não percebê-lo em pedaços.

Diante desse contexto e sob tal perspectiva, é que descrevo as quatro categorias de análise com base nas dimensões anteriormente definidas e no conjunto de mensagens extraídas dos “Pareceres” e “Planos de ação”: avaliação e diálogo; avaliação e democratização da gestão; avaliação e a gestão do trabalho; avaliação e aperfeiçoamento profissional.

### ➤ **Avaliação e Diálogo**

Foi importante pensar o processo de avaliação enquanto um momento dialógico que se dá na relação direta entre trabalhador e gestor. Freire (1999) diz que a existência humana não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Assim, o trabalhador tem direito de se expressar, de olhar o mundo, de transformar, de dizer a palavra verdadeira, que é práxis. É transformar o mundo como direito de todos os homens. Por isso, foi importante verificar se havia na relação trabalhador-gestor um processo dialógico com a participação do trabalhador nesse momento de reflexão.

Nessa categoria, três dimensões foram incluídas: “Papel dos Gestores”, “Relacionamento com Colegas e Gestores” e “Manter/Não se Aplica/Concordo/De Acordo”. Foram estas que melhor forneceram a identificação da existência, ou não, do processo dialógico, como um exercício a ser construído no ambiente pesquisado, através da avaliação.

### ➤ **Avaliação e a Democratização da Gestão**

Nessa perspectiva, a avaliação é compreendida enquanto uma ferramenta de participação dos trabalhadores, opinando, definindo, ouvindo e contribuindo para mudanças importantes no contexto do trabalho. A partir disso, ela resgata a diretriz do Grupo Hospitalar Conceição, de “Democratização da Gestão”, vendo-se o protagonismo dos trabalhadores em saúde e da sociedade como peça fundamental e estruturante para essa gestão. Procura o envolvimento do trabalhador nos espaços de tomada de decisão e a sua participação efetiva na melhoria dos serviços prestados à população.

As dimensões que compuseram essa categoria foram: “Manifestações em Relação à Política de Avaliação”, “Visões em Relação à Instituição” e “Participação”. Essas dimensões possibilitaram identificar algumas preocupações e ações, envolvendo a participação de trabalhadores e gestores.

### ➤ **Avaliação e a Gestão do Trabalho**

O processo de avaliação precisa contribuir à reflexão das práticas cotidianas e ao repensar dos fazeres e processos de trabalho, percebendo suas implicações, suas necessidades e seus desafios. O trabalhador consegue perceber o processo de trabalho como um todo? Avaliar o processo de trabalho é avaliar o seu fazer, percebendo os erros e acertos, e construindo alternativas, valorizando o que está dando certo e provocando mudanças, ou seja, transformando. Schwartz (2007) afirma que a perspectiva ergológica obriga articular permanentemente o micro e o macro espaços, a partir do momento em que toda atividade de trabalho requer escolhas, debates de normas e, logo, encontro de valores.

Nessa categoria, incluem-se as dimensões: “Atendimento aos Usuários”, “Condições de Trabalho” e “Saúde do Trabalhador”. Com essas dimensões, foi possível verificar questões específicas sobre o processo de trabalho e o trabalhador.

### ➤ **Avaliação e Aperfeiçoamento Profissional**

Essa categoria se propôs a reunir evidências de que o processo de avaliação não fosse um momento estanque que rotulasse os trabalhadores e estimulasse a comparação entre eles. A perspectiva de ter um processo de avaliação visando à busca incessante do rompimento com a dicotomia dos que “sabem” e dos que “não sabem”. Freire (1999) afirma que “só existe saber na invenção, na reinvenção, na busca inquieta, impaciente, permanente, que os homens fazem no mundo, com o mundo e com os outros” (p. 58). O processo de avaliação, dentre outras ações, deve provocar no trabalhador um repensar sobre o seu fazer e, assim, refletir sobre a sua necessidade de aperfeiçoamento e de qualificação profissional, a fim de que o processo, realmente, tenha sentido para ele. Afinal, se todo o conhecimento é autoconhecimento, também todo o desconhecimento é autodesconhecimento (SANTOS, 2008, p. 92).

Nessa categoria, incluíram-se as dimensões: “Formação/Capacitação”, “Postura Profissional” e “Qualificação Profissional”. Tais dimensões contribuíram com a reflexão sobre a qualificação e o aperfeiçoamento profissional, apontando necessidades e dificuldades no cotidiano dos processos de trabalho.

São inúmeras as reflexões que podem ser realizadas a partir dos dados obtidos nesse estudo. Entretanto, cabe muita cautela e cuidado nessa análise, pois ela envolve um conjunto de fatores que não podem ser percebidos de modo isolado e descontextualizado, uma vez que envolvem pessoas, fazeres, práticas cotidianas, movimentos e rotinas de uma Unidade de Internação de um grande hospital de Porto Alegre.

Ouso alertar para os perigos de afirmações definitivas, porque o objeto de pesquisa assume um importante papel dentro do sistema de saúde. Há, também, um reconhecimento da comunidade pela prestação de seus serviços. Portanto, detenho-me em reflexões e questionamentos que possam contribuir com o aperfeiçoamento das práticas avaliativas e para um melhor aproveitamento da discussão como um todo.

Na análise realizada dos “Pareceres dos Trabalhadores”, “Pareceres dos Gestores” e dos “Planos de Ação” inúmeras questões importantes podem ser extraídas. Estas contribuem com o debate sobre a Gestão do Trabalho e sobre o tema da avaliação do trabalhador em

saúde. As reflexões conjuntas entre gestor e trabalhador proporcionam um conjunto de possibilidades e desafios para uma melhor (re)organização de seus processos de trabalho que, de certa forma, provocam desacomodações e mudanças.

Essas questões possibilitaram ampliar os olhares para se refletir acerca das possibilidades e dos desafios que o processo de avaliação apresenta. Não se perdendo de vista o problema inicial da pesquisa: **“como o processo de avaliação individual vem contribuindo para a qualificação do trabalhador”**, procuraram-se respostas que encaminhassem a compreensão sobre tal fenômeno.

Primeiramente, precisa-se levar em consideração alguns indicativos evidenciados no decorrer da análise, que foram de extrema relevância para melhor compreender o contexto da pesquisa. São as dificuldades do cotidiano do trabalho que acabam influenciando o processo de avaliação. Isso, de certa forma, esteve presente nos registros tanto dos trabalhadores como nos dos gestores, e podem ser assim expressos:

- as equipes são muito grandes (n. de trabalhadores). Por exemplo, na nova UTI, há mais de 300 trabalhadores e, conseqüentemente, muitas avaliações para serem realizadas;
- o serviço é exigente em diversos aspectos: n. de atendimentos, usuários mais doentes/mais comorbidades, aumento da demanda, etc;
- o fato do trabalho ser noturno;
- a incidência de duplas jornadas de trabalho, ocasionando o excesso de trabalho;
- a relação entre trabalho manual (trabalhador) x trabalho intelectual (gestor);
- as novas habilidades e funções, as novas exigências do mercado de trabalho e as novas tecnologias;
- os conflitos na equipe, envolvendo problemas de relação interpessoal;
- os problemas de gestão, incluindo fluxos e organograma;
- os tempos da Gerência de Internação (fim) x os tempos das Gerências Administrativas (meio) e outros.

De modo geral, a avaliação dos trabalhadores no Hospital Nossa Senhora da Conceição se constitui a partir das condições citadas acima. O contexto não é muito favorável para a “parada”, a reflexão e o diálogo. Muitas equipes não têm nem uma sala apropriada, ou melhor, reservada, a fim de realizar essa conversa com o trabalhador. A correria do cotidiano dificulta o processo, pois há uma demanda muita grande de trabalho que, algumas vezes, desqualifica a avaliação.

Também, pode-se destacar um outro fator importante que pode contribuir para uma melhor compreensão do contexto que se está estudando. Trata-se do número de mulheres trabalhadoras na instituição. Dos 199 registros analisados, 166 eram de mulheres, e apenas 33 de homens. Dentro do quadro geral do GHC, aproximadamente 70% dos trabalhadores são mulheres. Esse número é muito significativo, em principal porque o número de mulheres predomina nas áreas de enfermagem e nutrição, que representam as duas maiores áreas hospitalares. Dessa forma, pode-se afirmar que a força de trabalho do HNSC é predominantemente feminina. Poderá essa condição feminina ter algum impacto no processo avaliativo? Em que medida essa condição interfere nas percepções e representações do grupo envolvido?

Certamente, da análise geral da prática do processo de avaliação dos trabalhadores do HNSC, algumas inferências podem ser feitas a partir de diferentes ângulos, incluindo...

#### ➤ **a perspectiva da Avaliação e do Diálogo**

Resgatando os achados da pré-análise, não há dúvidas quanto à importância da dimensão “Manter/Não se Aplica/Concordo/De acordo”, ainda se destacadas nas avaliações de 2009. Isso porque, no “Parecer do Trabalhador”, ainda se sobressai a concordância em relação às colocações do gestor, pois essa constatação apareceu em 53 registros. Já no “Parecer do Gestor” e no “Plano de Ação” há diminuição do item “Manter Desenvolvimento” em relação ao trabalhador.

Quanto ao trabalhador, essa concordância vem decrescendo ao longo dos anos. Porém, considerando-se a implantação da avaliação em 2006, ainda é pouco tempo para uma mudança cultural que se constitui tão fortemente enraizada. No GHC e em outras instituições

de saúde, as práticas de avaliação, muitas vezes, são punitivas e comportamentalista. A mudança de paradigma requer um tempo de maturação.

Cabe salientar outro fator nesta análise para tentar compreender o porquê que o trabalhador, em seu espaço de reflexão, coloca “concordo” ou “de acordo”. Ao analisar o que o gestor tinha escrito em seu parecer, surpreendente deparei-me com elogios em 100% dos pareceres. Diz o gestor: “A funcionária trabalha com responsabilidade, administra seu tempo adequadamente, realiza registros corretamente, é assídua, possui postura ética adequada. Utiliza EPI, participa ativamente do colegiado da equipe e possui bom relacionamento com o grupo.” Certamente, essa opinião traz satisfação ao trabalhador, e este não sente necessidade de contestá-la.

A partir daí, pode-se indagar: será que o trabalhador sente necessidade de se expressar, quando recebe elogios? Faltou diálogo? Ou tempo para escrever? Será que o trabalhador não está se posicionando? Ou esse silêncio representa uma postura cômoda frente ao processo?

Paulo Freire, em uma conversa com Ira Shor, chama a atenção para a importância do diálogo, o qual possibilita um repensar das relações entre gestores e trabalhadores.

O diálogo significa uma tensão permanente entre a autoridade e a liberdade. [...] O diálogo não tem como meta ou exigência que todas as pessoas da classe devam dizer alguma coisa, ainda que não tenham nada a dizer! [...] No diálogo, têm-se o direito de permanecer em silêncio! No entanto, não se tem o direito de usar mal sua participação no desenvolvimento do exercício comum (FREIRE, 1997, p. 127).

As palavras de Freire fazem refletir sobre o silêncio do trabalhador. E, também, não trazem respostas prontas e acabadas, mas sim, novas reflexões sobre as inúmeras questões que fazem parte do cotidiano de trabalho e das relações.

Nesse sentido, é fundamental considerar a caminhada da instituição em relação ao tema e à cultura da “avaliação”. É perceptível que há um amadurecimento institucional, no qual se registram avanços e mudanças nas práticas avaliativas. Ao mesmo tempo, compreende-se que essa caminhada é longa e exige persistência. Talvez, também desafiadora e sofrida, mas não menos instigante e provocadora de sentimentos e emoções que tencionam a cada dia. Como provocar mudanças e transformações nos processos e nas relações de trabalho se não se incentiva a ruptura com o próprio silêncio? Para Freire (1999) é possível pensar



a educação como prática da liberdade, ao contrário daquela que é prática da dominação, implica a negação do homem abstrato, isolado, solto, desligado do mundo, assim como também a negação do mundo como uma realidade ausente dos homens.

A reflexão que se propõe, por ser autêntica, não é sobre este homem em abstração nem sobre este mundo sem homens, mas sobre os homens em suas relações com o mundo. Relações em que consciência e mundo se dão simultaneamente. Não há uma consciência antes e um mundo depois e vice-versa (p. 70).

Por outro lado, percebe-se que o gestor, tanto em seu parecer como no “Plano de Ação”, tem aproveitado os espaços para registrar algumas questões que considera importante enfatizar e pactuar com o trabalhador, o que talvez, também possa ser considerado um avanço no sentido da utilização da ferramenta. Entretanto, não são todas as categorias profissionais que se utilizam dela. Dentre todas, aquela em que mais se identifica o uso é a área da enfermagem, pois esta registra e pactua frequentemente com o seu trabalhador. Já a medicina, apenas elogia e faz poucas pactuações; a maioria delas relacionada à elaboração de protocolos e às atividades científicas e pesquisa.

House (1997, p. 153) defende a ideia de um contrato de avaliação equitativo, o qual teria relação com a proposta de construção do “Plano de Ação”, que deve ser construído conjuntamente entre trabalhador e gestor. Segundo ele, uma das condições desse contrato é que seja feito em conjunto, sendo os participantes conscientes das consequências dos resultados, constituindo-se como um compromisso de todos os membros do grupo.

Com base nessa concepção apresentada por House, é que se estabeleceria um “Plano de Ação”. Ter propostas de ações conjuntas, pactuar, contratar conjuntamente é o desafio proposto nessa relação de trabalho, com o objetivo de definir uma estratégia ao desenvolvimento do trabalhador dentro da instituição. Tal ideia significa um comprometimento de ambas as partes; não é o trabalhador o único responsável pelo seu desenvolvimento, assim como também não é o gestor o responsável exclusivo das condições necessárias para isso.

➤ **a perspectiva da Avaliação e a Democratização da Gestão**

Destacou-se a dimensão referente à “Participação” no período de pré-análise dos registros. Cabe lembrar o objetivo pelo qual foi construída tal dimensão. A partir de 2008, a implantação dos Colegiados de Gestão foi definida pela Direção do Grupo, visando à participação dos trabalhadores nesses espaços.

Ao se pensar na questão “tempo”, é perceptível que esse período é muito curto (2008 – 2009), sendo que a expectativa inicial era de que apenas os gestores iriam abordar essas questões. Entretanto, os resultados foram surpreendentes, assim como a consciência de alguns trabalhadores em relação à temática.

Quanto aos gestores, foram 34 registros positivos, articulando o desenvolvimento individual do trabalhador com a necessidade de participação nesses espaços ou no desenvolvimento das metas da equipe. Já os trabalhadores fizeram 21 registros nesse sentido. Pode-se considerar tal evidência como um avanço institucional, tendo em vista as dificuldades encontradas quando foram implantadas as ações institucionais e as mudanças culturais.

Destacam-se alguns registros para melhor se exemplificar:

Parecer do Trabalhador: “desenvolvi bastante durante o ano e <b>continuo comprometida com a instituição. Pretendo realizar um trabalho adequado com as metas da onco-hemato.</b> ”
--

Parecer do Gestor: “demonstra competência técnica; é comprometida com as metas e atividades da atribuição do cargo; <b>deve demonstrar maior interesse em participar de grupos de trabalho, pois tem potencial para isso; estimulada para contribuir no programa de integração da equipe.</b> ”
---

Percebe-se que aos poucos os trabalhadores vão se colocando em outra posição.

“Concordo com o parecer de avaliação apresentado e também <b>acho que posso me envolver mais com a parte de educação continuada</b> , pretendo me inserir mais no que diz respeito. Acho que as metas deveriam ser mais divulgadas e incentivadas, pois assim a adesão...”
--

“ <b>Vejo a necessidade de trabalhar pela melhoria da estrutura e das condições necessárias para aumentar a produção do bloco cirúrgico</b> (anestesistas, salas,
---

equipamentos). Também trabalhar, junto aos residentes, uma melhor relação médico-paciente e médico-família.”

Também, os trabalhadores expressam suas angústias:

**“Apesar do clima de insegurança que estamos vivendo na instituição,** procuro realizar minhas atividades da melhor forma sem que isto interfira o meu trabalho.”

Esse depoimento foi feito por uma Auxiliar de Enfermagem que, muito provavelmente, estava preocupada com sua situação atual, pois seu cargo está em extinção. Sua insegurança talvez seja decorrente do medo de “perder” o emprego.

Desde 2009, a questão referente ao cargo dos Auxiliares de Enfermagem tem trazido inúmeras discussões e conflitos internos. A política da instituição não é a de demissão, apenas de remanejamento interno, pois não haverá mais esse cargo nos próximos Processos Seletivos Públicos. Entretanto, esse clima de insegurança ainda fica no imaginário dos trabalhadores.

Quanto à “Participação”, pode-se problematizar outro aspecto que, no decorrer da análise, se destacou. Trata-se do número significativo de “Planos de Ação” enfocando a participação dos trabalhadores em relação às metas da equipe e da instituição. Considera-se este um avanço positivo. Entretanto, tal fato pode revelar também certo comodismo ou descomprometimento com o processo de avaliação do trabalhador, não conseguindo identificar as necessidades específicas para potencializar o seu crescimento. Talvez isso aconteça por não conhecer muito bem o processo de trabalho, ou por não acompanhar esse trabalhador de perto, no dia a dia, ficando interessante colocar uma meta geral, abrangente, como se pode observar no exemplo abaixo:

**“Colaborar para atingir as metas da equipe. 12 meses. Dra ...”**

Essa questão apresentada tem por objetivo refletir sobre as diferentes facetas ou possibilidades dadas ao enfoque da participação. Entretanto, é muito positivo identificar em

53 “Planos de Ação” pactuações que incentivem a participação do trabalhador em sua equipe e/ou instituição.

**“Permanecer colaborando com a equipe multidisciplinar para alcançarmos os indicadores e as metas do setor.** Manter a atual postura, responsabilidade ética e profissionalismo. Próxima avaliação.”

“Seguir com a busca do conhecimento. 01 ano. **Participar mais ativamente do gerenciamento da unidade. 01 ano.** Colaborar na redução de taxa de infecção hospitalar. 01 ano. Atuar de forma a melhorar o atingimento das metas. 1 ano.”

Para aprofundar ainda mais a discussão, vale recorrer ao conceito de equipe enquanto uma comunidade de aprendizagem, proposto por Dias Sobrinho (2003, p.41). Para o autor, ela deve existir não com o objetivo de classificar produtividade, mas sim, de construir nessa comunidade aprendizagem, sentidos, valores, enfim, uma teia de relações pessoais e intersubjetivas. O foco passa a ser as relações intersubjetivas concretas, as representações e as estruturas, em função da formação do estudante/trabalhador e, por que não, da formação da equipe de trabalho.

Quanto mais ampla e dedicada a participação do conjunto dos sujeitos, mais significativa será a avaliação dos trabalhadores. A política de avaliação institucional, por sua vez, deve ter como objeto a sua totalidade, procurando estabelecer uma compreensão integrada e articulada do conjunto. Além de analisar a existência ou carência de articulação entre as partes, a avaliação deve promover mecanismos de construção e consolidação da integração (DIAS SOBRINHO, 2003, p. 45).

Consolidar a participação do trabalhador nesse contexto é percebê-lo enquanto sujeito histórico, crítico e consciente de suas ações, possibilidades e desafios. Não basta apenas ter o direito de participar, mas é preciso criar condições efetivas para essa participação (RIOS, 2008, p. 116). Por isso, é importante também reconhecer o papel do trabalhador dentro da instituição, fazer com que ele se perceba dentro dela, conseguindo fazer articulações do seu trabalho micro, do cotidiano, com sua equipe de trabalho e com o todo. Isso, sim, pode ser considerado o início de uma mudança cultural, na qual o trabalhador comece a ser reconhecido como um importante sujeito dentro do processo.

➤ **a perspectiva da Avaliação e a Gestão do Trabalho**

Para Schwartz (2007),

o trabalho é atravessado pelas societárias: emprego, desemprego, evolução dos contratos e do direito, negociações salariais. Ele é igualmente perpassado por fatos que lhes são subjacentes: a mundialização, o consumo, as desigualdades, a cidadania etc. Não é, pois, a Grande História que sobrevoa a vida modesta das pessoas que trabalham: os níveis microscópico e macroscópico da vida social se interpenetram. No nível mais macro de nossa atividade, valores que circulam na sociedade tomam forma e sentido – e reciprocamente: as questões sociais não evoluem unicamente graças à ação dos expoentes da economia e da política, mas igualmente decorre da atividade de cada um de nós, como fermentos de mudança. Nossas escolhas, mesmo micro, operadas no trabalho, contribuem para dar uma forma à sociedade em que vivemos e vice-versa (p. 251).

Essa citação ajudou a compreender melhor que, aos poucos, os trabalhadores começam a reconhecer a importância de se falar sobre o trabalho e suas condições nessa caminhada da avaliação. No início, em 2006, grande parte dos trabalhadores e dos gestores priorizava apenas enfoques mais pontuais do cotidiano. Atualmente, é possível identificar outras preocupações, pensando no trabalho como um todo. Dizem eles:

“Gosto de trabalhar nesta unidade, tenho bom relacionamento com todos da equipe. Porém **observo que em alguns momentos o serviço fica prejudicado pela falta de estrutura e organização** (quando tenho que assumir outra unidade, deixando a minha descoberta). Auxiliar Administrativa – Equipe do 2º A.”

“Procuro realizar meu trabalho da melhor forma possível. Gosto de trabalhar como técnica de enfermagem. **Gostaria de mudar para uma unidade onde tivesse menor carga física.** (Técnica de Enfermagem – Cirurgia Geral e Proctologia).”

Também, os trabalhadores percebem a importância do seu trabalho voltado à qualidade do atendimento aos usuários. Mesmo aparecendo em apenas 11 registros, tal fato é significativo e deve ser valorizado.

“Procuo me manter atualizada nos temas técnicos visando colaborar coma equipe de trabalho e **melhorar a assistência ao paciente.**”

“Espero estar colaborando com o crescimento da equipe, busco interação com colegas e chefia **para melhorar o atendimento em prol do paciente.**”

Pensar o trabalho, reconhecer suas dificuldades e limitações, é pensar em alternativas e mudanças, em busca de aperfeiçoamento constante. É refletir, dialogar em conjunto, traçar ideias e promover uma comunidade de aprendizagem. DUC (2007), em uma conversa com Schwartz e Durrive, afirma que: “trabalhar é produzir, mas também é acumular história, constituir um patrimônio... E, complementa: é preciso criar locais para debater o que está em jogo no trabalho, neste momento em que projetam novas maneiras de trabalhar” (p. 101). Assim, segundo essa perspectiva, a avaliação deve ser pensada, organizada e planejada com o objetivo de dar essas condições para que o trabalhador possa discutir sobre o seu trabalho.

De modo geral, na análise dos pareceres e do “Plano de Ação” ficou evidente a preocupação com aspectos bem pontuais, os quais expressam a rotina do trabalho e o seu cotidiano, como pontualidade, assiduidade, comportamento, entre outros. Entretanto, pode-se questionar, também, se essas questões não são importantes para se refletir o trabalho. Com certeza, sabe-se que isso implica na organização tanto da vida pessoal como do vínculo e da relação com o trabalho.

Da mesma forma, cabe acrescentar a essa discussão outro aspecto que foi identificado na análise dos registros. O gestor que se preocupa em registrar os aspectos que se está chamando de pontuais, também registra, em grande maioria, elogios em relação ao comprometimento, à postura e à qualidade técnica do trabalhador.

Assim, nos pareceres, são destacadas as dificuldades do cotidiano, as limitações e as próprias relações de trabalho, mas, também, ao mesmo tempo, as possibilidades e o potencial do trabalhador da instituição, comprometido com a qualidade do serviço prestado e o respeito com o usuário. Já nos “Planos de Ação”, essas questões são retomadas e pactuadas entre os pares (gestor e trabalhador). É, então, o momento de definir ações ao próximo período, pensando no desenvolvimento e na qualificação do trabalhador.

Mesmo com as dificuldades que se tem tido na rotina dos processos de trabalho, percebe-se, de modo geral, na análise dos registros de avaliação, que há uma preocupação,

tanto de gestores como de trabalhadores, em qualificar o seu fazer e de prestar um serviço mais qualificado ao usuário. De certa forma, o trabalhador reconhece também suas dificuldades e limitações, as quais se explicitam no “Plano de Ação” enquanto um mecanismo de qualificação profissional. Um exemplo da avaliação de um Técnico de Enfermagem da Equipe da Pneumologia e Cirurgia Torácica, assim se apresenta:

**Parecer do Gestor:** “funcionária deve melhorar no que se refere à pontualidade e assiduidade. Realizar o exame periódico. Procurar visualizar a assistência ao paciente como um todo, trazendo à chefia as dificuldades encontradas. Participar mais ativamente dos processos referente ...”

**Parecer do Trabalhador:** “concordo que tenho que melhorar a assiduidade e pontualidade, participar de reuniões e processos do setor, vou procurar fazer-lo, a respeito da assistência do paciente como um todo posso melhorar mais, embora ache que me dou bem com todos pacientes e sem ...”

**Plano de Ação:** “integrar-se ao setor como um todo visualizando as dificuldades e apontando soluções – ano. Ser mais pontual, procurando chegar em horário que consiga receber plantão – ano. Ser mais assídua – ano.”

Quanto ao exemplo, pode-se questionar: parece tão pouco! Pouca reflexão, pouca escrita ou poucas ações? Será? Parece importante se reportar à história de avaliação da instituição, na qual o gestor realizava a avaliação do trabalhador, e que prevalecia era sua visão sobre o fenômeno. Constituía-se em uma avaliação mais quantitativa, comportamentalista e, porque não dizer, um tanto quanto “punitiva”.

Historicamente, não havia registros sobre a vida funcional do trabalhador, apenas duas categorias profissionais avaliavam - enfermagem e nutrição -, sendo que instrumentos diferenciados para a realização da mesma eram criados nos seus diversos setores, gerências ou unidades hospitalares. Não havia critério único para o conjunto da instituição. As outras categorias avaliavam apenas no período do contrato de experiência, enquanto uma exigência legal. O processo caracterizava apenas no preenchimento do papel (instrumento) e no envio deste à Gerência de Recursos Humanos.

Por tanto, vale perguntar: ainda é pouco? Como não se tem o hábito de sistematizar e registrar as trajetórias, crê-se que um passo importante foi dado. Talvez ainda não seja suficiente, mas a sua evolução e o seu reconhecimento é evidente. Essa caminhada propõe ao

conjunto da instituição um longo tempo de aprendizagem e construção coletiva, além de novas possibilidades.

➤ **a perspectiva da Avaliação e o Aperfeiçoamento Profissional**

Sem dúvida, essa foi a categoria mais evidenciada no decorrer da análise. Tanto os gestores como os trabalhadores, em seus pareceres, deram um grande destaque especial às questões referentes à postura e à qualificação profissional. Já nos “Planos de Ação” conseguiram pactuar ações específicas em relação à “Formação/Capacitação” e, também, à dimensão “Postura Profissional”.

Percebe-se uma forte ligação entre postura e qualificação profissional, como também, destas com formação/capacitação, ou seja, uma sintonia entre as três dimensões.

Os aspectos mais destacados nos registros foram em relação à rotina, aos fluxos, aos comportamentos, à qualificação técnica e às necessidades de capacitação e treinamentos específicos. Sem dúvida, de certa forma, essas questões também auxiliaram no desenvolvimento do trabalhador e na qualidade do serviço prestado. Os desafios e as dificuldades do trabalhador ficaram evidentes na análise dos “Pareceres dos Trabalhadores”, “Pareceres dos Gestores” e “Planos de Ação”, mas, também, por outro lado, apontaram questões importantes de reconhecimento e valorização desse trabalhador. Houve uma tentativa de superação, busca de acordos e aproximações que, por sua vez, qualificam o seu fazer.

Os pareceres, tanto do trabalhador como do gestor, refletem os sentimentos de reconhecimento de suas necessidades e expectativas que, no “Plano de Ação”, são pontuadas em forma de ações específicas à superação. Assim, o “Plano de Ação” começa, aos poucos, ao longo destes cinco anos de implantação da Política de Avaliação, a ser reconhecido como um instrumento e/ou momento de pactuação entre os pares (gestor e trabalhador). Mesmo que se possa ainda considerá-los como superficiais e não muito detalhados, é preciso reconhecer avanços nesse sentido.

Mas cabe, também, ressaltar outros elementos percebidos na análise que, talvez, poder-se-ia chamar de mais subjetivos. Primeiro, é em relação à escrita nos pareceres e



“Planos de Ação”. Por incrível que possa parecer, a categoria médica é uma das que menos escreve. Também, seguindo essa mesma linha de raciocínio, a enfermagem se posiciona mais e aproveita o espaço para pontuar questões que considera relevante. Tal fato, porém, não quer dizer que é apenas o cargo de nível superior enfermeiro que faz isso. Os técnicos e auxiliares de enfermagem utilizam o seu espaço e fazem os seus registros, que, além de aspectos pontuais onde se dão conta da assiduidade, pontualidade e EPI’s, também registram preocupações, descontentamentos e sentimentos. Exemplo da avaliação de uma Técnica de Enfermagem da Linha Mãe-Bêbe:

“Acho que a nossa profissão exige seriedade, competência e responsabilidade uma vez que lidamos com vidas, diante disso procuro trabalhar da melhor forma possível com a integração da equipe visando sempre o conforto e o bem estar dos nossos pacientes.”

Ao comparar os Planos de Ação de duas categorias profissionais - medicina e enfermagem – destacam-se, ainda, algumas considerações. Na área da medicina, aparece predominantemente a elaboração de protocolos, atividades científicas e pesquisa e produtividade/metras. A área da enfermagem prioriza o uso de EPI’s, realização do exame periódico, pontualidade e passagem de plantão, mas, também, por sua vez, incentivam a participação dos trabalhadores nas reuniões de equipe/colegiado, nos cursos e nas capacitações e o alcance das metas e o trabalho em equipe.

Rapidamente, algumas questões significativas podem ser constatadas nesse processo. Talvez, em um primeiro momento, percebe-se que a medicina continua valorizando, sobretudo, o conhecimento científico. Percebe-se que, historicamente, essa área valoriza mais esse aspecto sobre os demais, onde se predomina a pesquisa quantitativa. É provável que haja a necessidade de um esforço para se fazer valer as ideias de SOUSA SANTOS (2008), quando este afirma que *todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum*. Ele diz que

o conhecimento científico pós-moderno só se realiza enquanto tal na medida em que se converte em senso comum. [...] ao se sensocomunizar-se, não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento se deve traduzir em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida. (SOUSA SANTOS, 2008, p. 91).

Entretanto, essa não é uma perspectiva dominante, em especial em espaços profissionais que se alicerçam fortemente nos parâmetros científicos da modernidade. Parece que muita reflexão e muitos esforços precisarão ser despendidos para se avançar a relação entre o conhecimento científico e o saber do senso comum.

Quanto às necessidades permanentes de qualificação profissional e às atividades de formação, cabe, novamente, trazer a contribuição de Cunha (2010) para colaborar na discussão. A autora, refletindo sobre o excesso de discursos referentes à qualificação profissional, propõe algumas reflexões, indagando: a quem interessa o discurso da qualificação profissional? Será ele proposto com o sentido de fortalecer o desejo de formação contínua? Ou estará reforçando a desqualificação para aviltar salários e comprometer as reivindicações profissionais?

É evidente a necessidade de qualificação profissional, em principal na área da saúde. É importante contar com profissionais atualizados, informados e competentes. Entretanto, deve-se continuar questionando: para quê? Existe, ainda, enraizada muito fortemente uma relação verticalizada no próprio processo de formação profissional? No espaço de trabalho, onde se dá, por exemplo, a educação permanente, registra-se uma maneira muito dura se tratar essa formação muitas vezes de maneira estanque. Predomina nesse processo a relação de que quem ensina é o gestor, ou o detentor de cargo superior ou o médico, e quem aprende é o trabalhador, o não detentor de cargos de chefia ou os de nível médio. Os saberes dos trabalhadores pouco são valorizados e reconhecidos, colocando-os em uma forma intelectual subalterna.

Entretanto, tem havido um empenho incessante decorrente da própria Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a qual tenta romper essas barreiras, aproximando os diferentes sujeitos e buscando soluções conjuntas e troca de conhecimentos. Essa não é uma tarefa fácil, mas é desafiadora e se coloca frente a inúmeros obstáculos em relação ao trabalho. CECCIM (2005) colabora com essa reflexão, quando destaca o que deve ser realmente central na Educação Permanente em Saúde. Para ele,

é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em atividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (p. 162).

Tardif (2008), por sua vez, afirma que o saber profissional é um saber social e complementa dizendo que é

um processo em construção ao longo de uma carreira profissional na qual o professor aprende progressivamente a dominar seu ambiente de trabalho, ao mesmo tempo em que se insere nele e o interioriza por meio de regras de ação que se tornam parte integrante de sua “consciência prática” (p. 14).

Considero que são muitos os desafios que se apresentam nesse processo, no qual trabalhadores em saúde estão embutidos na busca de relações mais horizontalizadas e solidárias. A busca de uma comunidade de aprendizagem (DIAS SOBRINHO, 2003) pode ser uma instigante alternativa, na qual os diferentes sujeitos trocam ideias, socializam informações e comungam saberes.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização desta dissertação representa a finalização de um processo histórico da minha própria caminhada enquanto gestora e coordenadora de um projeto institucional, assim como representa, também, a presença de novos desafios e busca de sentidos/conhecimentos sobre o significado da avaliação do trabalhador da saúde. Não são conclusões fechadas, mas sim, reflexões, ou melhor, novas reflexões sobre o processo e a prática avaliativa.

Estes dois anos de estudo, pesquisa e investigação fizeram-me ampliar o olhar sobre o tema e ressignificaram alguns conceitos que eram ainda muito estanques e, por vezes, frágeis em sua consistência. Atualmente, percebo o trabalho e o trabalhador em saúde em uma outra perspectiva e, a partir disso, novas possibilidades, conquistas e ressignificações que começam a fazer parte da nova mirada.

Em 2005, quando estas discussões se iniciaram no espaço de trabalho, não tinha sequer a noção de muitas coisas importantes, principalmente de alguns conceitos, que considero essenciais para tão importante discussão hoje. Sei, também, que ainda faltam muitas outras ampliações, talvez mais estudo, mais pesquisas, mais trocas e mais informações. Entretanto, o resultado desse estudo simboliza uma etapa do meu crescimento no aqui e no agora. E, sem dúvida, percebo que foi um grande crescimento, tanto pessoal como profissional.

A pesquisa impulsionou-me a novos desafios e a novas buscas. Minha expectativa inicial era fazer uma discussão “coletiva” sobre o tema, e considero ter atingido essa meta. Aproximei-me de diversos autores, troquei ideias, conheci novas pessoas e novos pensamentos e, conjuntamente, foi possível sonhar e pensar sobre propostas para a consolidação de um processo de avaliação que envolva e contemple um trabalhador cada vez mais autônomo e empoderado dentro de uma instituição pública de saúde.

É fundamental repensar, também, sobre a Gestão do Trabalho como um todo, suas limitações, seus processos e suas perspectivas e, então, nesse contexto, o trabalhador de saúde. Considero que a discussão do trabalhador na perspectiva de Gestão de Pessoas não traduz o seu real significado, pois seria reduzir muito uma discussão tão importante. Seria

válido pensar na perspectiva da Gestão do Trabalho, enquanto processo, produto e produtor de relações, histórias e conhecimentos. Dessa forma, se estaria pensando o trabalhador no seu contexto de trabalho, com todas as suas implicações. Ele passaria a ser considerado um sujeito histórico, com saberes, práticas, vivências, experiências e sentimentos, e não como algo vazio, que nada sabe e que tudo tem a aprender. Seria compreender o trabalhador e suas relações, suas práticas e seu processo de trabalho.

Nessa perspectiva, atrevo-me a buscar e aproximar dois autores que, prioritariamente, contribuíram na consolidação da pesquisa: Sousa Santos e Dias Sobrinho, resgatando dois conceitos por eles defendidos: “*ecologia de saberes*” e “*comunidade de aprendizagem*”. Novamente, o desafio que se colocou referiu-se a como aproximar o tema avaliação de trabalhadores a partir desses conceitos.

Não se trata de buscar uma resposta pronta, mas sim, de provocar a reflexão sobre novas alternativas e mudanças, em uma busca constante, desejando uma avaliação na promoção de diálogos, entre o saber científico ou humanístico e os saberes leigos e populares da comunidade (SOUZA SANTOS, 2008, p. 76). Ou, ainda, uma avaliação não para classificar produtividade, mas sim, para construir uma comunidade de aprendizagem, de sentidos, de valores, enfim, uma teia de relações pessoais e intersubjetivas (DIAS SOBRINHO, 2003, p.41).

De forma objetiva, como resultado do estudo foi possível compreender que:

- o processo é complexo dada a magnitude do volume de trabalhadores e de equipes;
- a Política de Avaliação, implementada em 2006 e sustentada por princípios de participação e diálogos, vem produzindo avanços na construção dos trabalhadores como sujeitos históricos;
- as históricas relações de poder entre as diferentes áreas profissionais ainda estão presentes nas práticas cotidianas;
- o fato da dessa política exigir um trabalho conjunto, no momento de avaliação, indica processos mais efetivos e eficientes para os sujeitos envolvidos;

- a avaliação vem perdendo o caráter punitivo e classificatório, mesmo que ainda se perceba representações dos indivíduos nesse sentido (uma cultura que não se transforma de uma hora para outra, pois são culturas consolidadas);
- um sentimento de confiabilidade do sistema e do processo como um todo está presente, interferindo positivamente nas relações trabalhistas;
- o trabalhador está, aos poucos, tornando-se mais participativo e empoderado, pois os depoimentos refletem essa nova postura;
- o trabalhador reflete sobre o seu trabalho e, aos poucos, consegue se expressar;
- os gestores reconhecem a qualificação do trabalhador e valorizam o momento da avaliação;
- tanto gestores como trabalhadores sentem necessidade de aperfeiçoamento profissional, visando melhorias no seu processo de trabalho e desenvolvimento individual.

Contudo, como um dos objetivos era propor melhorias ao processo de avaliação e tendo como base toda análise proporcionada pela pesquisa, algumas sugestões e ideias podem ser trazidas à qualificação desse processo.

Primeiro, considero fundamental a constituição de uma Linha de Pesquisa sobre a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Isso potencializaria as discussões sobre os processos de trabalho na instituição e, de certa forma, qualificaria o que vem sendo feito, com a finalidade de fortalecer o Sistema Único de Saúde. Essa linha abrangeria múltiplos temas, como, por exemplo, trabalho em saúde, processos educativos, educação permanente, avaliação dos serviços, ações, políticas e trabalhadores em saúde, entre outros.

Segundo, proporia o aprimoramento constante do sistema da Política de Avaliação, envolvendo iniciativas como:

- trazer mais informações sobre o trabalhador e as equipes (em 2010, alguns dados sobre as equipes foram suprimidos o que pode ter desqualificado as informações para o planejamento);

- realizar o recadastramento do trabalhador, pois há uma necessidade institucional nesse sentido. O cadastro poderia ser atualizado, anualmente, no momento da avaliação individual, junto com a presença do gestor. Como a senha individual está sendo considerada uma assinatura digital, o trabalhador, por sua vez, quando colocar sua senha no sistema, estará sendo responsável por todas as informações que registrar;
- aperfeiçoar o “Plano de Ação”, pois cada vez mais faz-se necessário e urgente o detalhamento deste, com o objetivo de qualificar o planejamento das ações em saúde (de equipe e institucional). Seria necessário abrir “janelas automáticas” conforme os temas acordados pelos sujeitos. Poderia-se absorver pelo sistema, informações mais detalhadas, como, por exemplo, no campo “Capacitação/Formação”: qual curso, para quê, porquê, quando realizar, carga horária, quem participa e qual a metodologia? Ou, ainda, na definição do campo “Participação”, por exemplo, das metas da equipe. Os trabalhadores deveriam especificar melhor: qual a(s) meta(s), o período, as ações específicas para o atingimento da meta e quem se envolveria na ação. Tal processo se daria assim por diante, em cada ação do “Plano de Ação”, constituindo-se em um planejamento que pudesse, ao longo do ano, ser alimentado pelas equipes, extraindo-se dele relatórios e informações.

Terceiro, favorecer o incentivo e a criação de espaços compartilhados para a troca de saberes. No GHC, ainda há dificuldades para essas atividades que ainda são muito focadas por áreas profissionais ou por setores. Porém, a preocupação maior está nos métodos. Ainda, é muito forte a ideia do palestrante e do método expositivo como alternativa principal de formação.

Em quarto, valorizar a expressão do trabalhador. Criar mecanismos para que o trabalhador consiga se expressar, falar sobre seus sentimentos, suas angustias, dificuldades e conflitos nas suas relações de trabalho.

Em quinto, propor a concretude de uma Política de Valorização do Trabalhador, a necessidade de criação do Plano de Carreira e outros mecanismos de valorização e de reconhecimento da trajetória do trabalhador dentro da instituição.

Em sexto, realizar uma pesquisa junto aos trabalhadores, tentando investigar seus sentimentos/representações em relação à Política de Avaliação. Isso porque, no decorrer dessa pesquisa, senti falta de alguns itens, como a pergunta direta ao trabalhador: o que você achou sobre sua avaliação? A avaliação foi válida? Foi significativa para você? O gestor te escutou e respeitou tuas ideias? Como você se sentiu? É importante ser avaliado? Traz algum retorno ao trabalhador?

Enfim, esses são apenas alguns questionamentos que a pesquisa realizada me proporcionou. São muitas inquietudes e muitos desejos, mas, com certeza, posso afirmar: *valeu a pena!*



## REFERÊNCIAS

ARROYO, Miguel. Pedagogia das Relações de Trabalho. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, n. 2, p. 61-67, ago./dez. 1997.

ASSIS, Marcelino Tadeu de. **Indicadores de gestão de recursos humanos**: usando indicadores demográficos, financeiros e de processos na gestão do capital humano. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005, p. 48.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: 2009.

BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção de saúde. **Boletim Técnico do SENAC – a revista da educação profissional**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 7-15, maio/ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/conferencias>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Conferência Nacional da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 2009. Disponível em: <<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Conferência Nacional de Recursos Humanos**. 2009. Disponível em: <<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/>>. Acesso em 02 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Conferência Nacional de Recursos Humanos**. 2009. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/periodicos/crhsv2n1.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Grupo Hospitalar Conceição. **Política de Avaliação de Desenvolvimento**. Brasília, DF: [s.n.], 2006.

\_\_\_\_\_. **Política de Planejamento, Avaliação e Desenvolvimento de Pessoas**. Brasília, DF: [s.n.], 2007/2008.

\_\_\_\_\_. **Política de Avaliação e Desenvolvimento**. 3. ed. Brasília, DF: [s.n.], 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição**. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde. <[http://www.saude.sc.gov.br/admin\\_ses/diretoria\\_desenv\\_humano/educacaopermanente/Portaria.](http://www.saude.sc.gov.br/admin_ses/diretoria_desenv_humano/educacaopermanente/Portaria.)>. Acesso em: 01 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 3.535/GM, de 02 de setembro de 1998**. Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia. DOU n. 196-E, Seção 1, p. 53-54, de 14.10.98.

\_\_\_\_\_. **Portaria n. 3432, de 12 de agosto de 1998**. Estabelecimento de critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Ministério da Saúde.

BRITO, Jussara. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, Marcelo et al (Orgs.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. In: **Interface** – Comum, Saúde, Educ, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, n. 13, v. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CUNHA, Maria Isabel da. Quando *um discurso sobre as ciências* atinge a sala de aula. In: FREITAS, Ana Lúcia Souza de; MORAES, Salette Campos de (Orgs.). **Contra o desperdício da experiência**. A pedagogia do conflito revisitada. Porto Alegre: Redes Editora, 2009.

\_\_\_\_\_. Aprendizagem ao longo da vida e avaliação do desempenho profissional. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE AVALIAÇÃO EDUCACIONAL, 2. **Anais...** Universidade do Minho, Braga, Portugal, novembro de 2010.

DIAS SOBRINHO, José. **Universidade e Avaliação:** entre a ética e o mercado. Florianópolis: Insular, 2002.

\_\_\_\_\_. **Avaliação da Educação Superior.** Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_; RISTOFF, Dilvo I. (Orgs.). **Avaliação e Compromisso Público:** a Educação Superior em debate. Florianópolis: Insular, 2003.

DOLLÉ, François; DURRIVE, Louis; JEAN, Rémy; NOUROUDINE, Abdallah. As técnicas e a experiência dos humanos. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs.) **Trabalho e Ergologia:** conversas sobre a atividade humana. RJ: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.

DUC, Marcelle; DURAFFOURG, Jacques; DURRIVE, Louis. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs.) **Trabalho e Ergologia:** conversas sobre a atividade humana. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.

ESTEBAN, Maria Teresa. A avaliação do cotidiano escolar. In: ESTEBAN, Maria Teresa (org.) **Avaliação:** uma prática em busca de novos sentidos. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise do Conteúdo.** Brasília: Plano Editora, 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia:** o cotidiano do professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GALEANO, Eduardo. **Livro dos Abraços**. Porto Alegre: L&PM, 2009.

GUARESCHI, Pedrinho. Empoderamento. In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José. **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008, p.165 – 166.

HOUSE, Ernest R. **Evaluación, ética y poder**. Madrid: Ediciones Morata, S. L. 1997.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem escolar**. São Paulo: Cortez, 2008.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 3ª ed., 2007.

OLIVEIRA, José Maurício de. **Novas configurações organizacionais em hospitais brasileiros: entre o desejo e a realidade**. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Educação. **Caderno 1 da Constituinte Escolar**. 1999.

RIOS, Terezinha Azerêdo. **Compreender e ensinar: por uma docência da melhor qualidade**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, Eloisa Helena. *Trabalho prescrito e real no atual mundo do trabalho*. **Trabalho & Educação**. Revista do NETE. Belo Horizonte, fev/jul, n. 1, 1997.

SCHWARTZ, Yves. **Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias**. In: FIGUEIREDO, Marcelo; ATHAYDE, Milton; BRITO, Jussara; ALVAREZ, Denise (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. (Orgs.) **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana**. RJ: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.

SOUSA SANTOS, Boaventura de. **A Universidade do Século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade.** São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência.** 5 Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências.** São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Reinventar a Democracia.** Cadernos Democráticos. Lisboa, Gradiva, 1998.

STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; ZITKOSKI, Jaime José. **Dicionário Paulo Freire.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

TARDIF, Maurice. **Saberes Docentes e Formação Profissional.** 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

TEIXEIRA, Marlene. **Linguística da enunciação e ergologia: um diálogo possível.** Revista Unisinos, vol. 13, n. 3, 2009, p. 237.

VASCONCELLOS, Celso. Avaliação: o que pretendemos atingir? In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE AVALIAÇÃO NA EDUCAÇÃO, jul. **Anais...**

WIKIPÉDIA. **Turnover.** Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil>>. Acesso em: 03 dez. 2010.

## APÊNDICES

APÊNDICE A – Avaliação Institucional

APÊNDICE B – Avaliação de Equipe

APÊNDICE C – Avaliação Individual

APÊNDICE D – Amostra Extratificada

APÊNDICE E – Parecer do Trabalhador – Parecer do Gestor – Plano de Ação

**AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL**



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS  
COORDENAÇÃO DA GESTÃO DO TRABALHO, EDUCAÇÃO E DESENVOLVIMENTO  
AVALIAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DAS EQUIPES DE TRABALHO

Equipe: DIRETORIA - AGENDA ESTRATÉGICA

Unidade Hospitalar: GHC

Nº Total de Trabalhadores da Equipe:41

Nº Trabalhadores por categoria Profissional:

CARGO	QUANTIDADE
ANALISTA DE SISTEMAS	1
ASSESSOR TEC.DIRETORIA	5
ASSIST. DIRETORIA	3
ATENDENTE DE NUTRICAÇÃO	1
DIRETOR ADM. E FINANCEIRO	1
DIRETOR SUPERINTENDENTE	1
DIRETOR TECNICO	1
ESP.MANUT.HOSP.	1
FARMACEUTICO	1
FG-1 GERENTE	1
FG-2 COORDENADOR	1
FG-4 ASSIST TEC/SUP/COM Lic.	1
GERENTE	11
MEDICO	7
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO	1
TECNICO DE MANUTENCAO	1
TECNICO ADMINISTRATIVO	2
TECNICO ESPECIALIZADO	1

**Critérios para avaliação das Equipes de Trabalho:**

- Indicadores específicos da equipe de trabalho;
- Absenteísmo.

**Observação:** É fundamental que para cada critério haja uma justificativa e um plano de ação final para melhor avaliar o desenvolvimento da equipe de trabalho.

O conceito equivalente a cada meta e o conceito final da equipe será obtido conforme apresenta-se na tabela abaixo.

Conceito	Descrição do Conceito
A	Quando a equipe atingir 85% ou mais da meta proposta.
B	Quando a equipe atingir entre 70% e 84,99% da meta proposta.
C	Quando a equipe atingir entre 50% e 69,99% da meta proposta.
D	Quando a equipe atingir 49,99% ou menos da meta proposta.

Após a equipe realizar a avaliação de todas as suas metas, o conceito final da equipe será obtido realizando-se a média dos percentuais de atingimento alcançado nas mesmas.

Conceito	Descrição do Conceito
A	Quando o percentual médio de atingimento de metas for igual ou superior a 85%.
B	Quando o percentual médio de atingimento de metas ficar entre 70% e 84,99%.
C	Quando o percentual médio de atingimento de metas ficar entre 50% e 69,99%.
D	Quando o percentual médio de atingimento de metas for igual ou inferior a 49,99%.



**METAS ESPECÍFICAS DA EQUIPE DE TRABALHO:** propõe-se a servir como um instrumento de reflexão sobre os objetivos que são próprios de cada equipe de trabalho.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	Série histórica da equipe	Meta da Equipe	Resultado atingido pela equipe	% Atingimento	Conceito
Nº INTERNAÇÕES (MÉDIA MENSAL GHC) (Aumentar)	4877	5038	4991	99.06	A
Nº DE CIRURGIAS (MÉDIA MENSAL GHC) (Aumentar)	2889	3079	2975	96.62	A
TAXA DE INFECÇÃO (UTI ÁREA I - HNSC) (Diminuir)	25.89	21	19.54	100	A
TAXA DE INFECÇÃO (UTI ÁREA II - HNSC) (Diminuir)	11.09	9.0	13.89	0	D
TAXA DE INFECÇÃO (SALA DE RECUPERAÇÃO - HNSC) (Diminuir)	34.14	27.0	33.12	14.28	D
TAXA DE INFECÇÃO (UTI NEONATAL - HCC) MÉDIA HISTÓRICA 8.51 - UTILIZADO REFENCIAL DA LITERATURA (Diminuir)	10.0	10.0	6.16	100	A
TAXA DE INFECÇÃO (UTI PEDIÁTRICA - HCC) MÉDIA HISTÓRICA 6.68 - UTILIZADO REFENCIAL DA LITERATURA (Diminuir)	10.0	10.0	9.47	100	A
TAXA DE INFECÇÃO (EM CIRURGIAS LIMPAS - HCR) MÉDIA HISTÓRICA 3.74 - UTILIZADO REFENCIAL DA LITERATURA (Diminuir)	4.5	4.5	3.11	100	A
TAXA DE INFECÇÃO (SÍTIO CIRÚRGICO EM CESÁRIA - HF) (Diminuir)	1.62	1.50	1.05	100	A
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO - HNSC (Aumentar)	43.11	50.0	44.96	89.92	A
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO - HCC (Aumentar)	72.95	73.10	73.82	100	A
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO - HCR (Aumentar)	70.02	73.10	65.26	89.27	A
SATISFAÇÃO DO USUÁRIO - HF (Aumentar)	67.05	68.00	71.51	100	A
HORAS EXTRAS EVENTUAIS GHC (Diminuir)	18.035	8.137	12.973	51.14	C
CONSUMO DE MATERIAIS GHC (Diminuir)	4538.609	4322.076	5036.036	0	D
ABSENTEÍSMO GHC (Diminuir)	2.43	2.19	3.73	0	D
HORAS DE FORMAÇÃO (H/TRABALHADOR GHC/ANO) INCENTIVADAS PELO GHC (Aumentar)	0	24	23.45	97.70	A

CONCEITO FINAL DA EQUIPE DE TRABALHO: ( B )

**Parecer e justificativa da equipe de trabalho:**

Aguardar parecer do colegiado.

Ações da avaliação anterior não concretizadas:

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO
REDISCUTIR COM O GESTOR OS INDICADORES E METAS PACTUADAS	DIREÇÃO	DEZEMBRO 2006
INCLUIR INDICADORES DA CONTRATUALIZAÇÃO NAS EQUIPES E VICE-VERSA	GERENTES	2007

Ações desta avaliação não concretizadas:

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO
AGENDA ESTRATÉGICA 2010	COLEGIADO	2010

Porto Alegre, 29 de Janeiro de 2010.

Assinaturas e carimbo do(s) gestor(es) responsável(is):

MARCO ANTONIO FISCH: \_\_\_\_\_

LUIZ ALBERTO VANNI: \_\_\_\_\_

JOAO ALBINO POTRICH: \_\_\_\_\_

GILBERTO BANDEIRA LANG: \_\_\_\_\_

NEY BRAGANCA GYRAO: \_\_\_\_\_

CARLA SOUZA BAPTISTA: \_\_\_\_\_

LEANDRO PIRES BARCELLOS: \_\_\_\_\_

DENISE RAMOS CAMPAO: \_\_\_\_\_

AYRES LUIS APOLINARIO: \_\_\_\_\_

MARIO ROBERTO DA SILVEIRA: \_\_\_\_\_

ELISABETH LOGUERCIO COLLARES: \_\_\_\_\_

DENISE MARIA JORNADA BRAGA PINTO: \_\_\_\_\_

NATANIEL SCHOSTACK: \_\_\_\_\_

JOSE PEDRO SILVA DA LUZ: \_\_\_\_\_

CARLOS EDUARDO NERY PAES: \_\_\_\_\_

GILBERTO BARICHELLO: \_\_\_\_\_

JAIME NUNES BEZERRA: \_\_\_\_\_

SANDRO DEPROMOCENA SANTANDER: \_\_\_\_\_

LISIANE BOER POSSA: \_\_\_\_\_

JULIMAR ROBERTO ROTTA: \_\_\_\_\_

JOSE EDUARDO DA CUNHA BERNHARDT: \_\_\_\_\_

JUSSARA ROSA CONY: \_\_\_\_\_

IVO LEUCK JUNIOR:

---

CLAUDIOMIRO AMBROSIO:

---

PAULO RICARDO BOBEK:

---

IRENE PORTO PRAZERES:

---

YURI SANTANNA DOS SANTOS:

---

NEIO LUCIO FRAGA PEREIRA:

---

ALEXANDRE PAULO MACHADO DE BRITTO:

---

LUIS CARLOS BAPTISTA DA SILVA:

---

**AVALIAÇÃO DE EQUIPE**

## Instrumento para Avaliação de Desenvolvimento das Equipes de Trabalho

Equipe de Trabalho (Setor): \_\_\_\_\_

Gerência: \_\_\_\_\_ Unidade Hospitalar: \_\_\_\_\_

Gestor Responsável: \_\_\_\_\_

Número total de trabalhadores da Equipe (Setor): \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

Número de trabalhadores por categoria profissional: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

### Critérios para Avaliação das Equipes de Trabalho

1. Indicadores Específicos da Equipe de Trabalho.
2. Absenteísmo.

**Observação:** é fundamental que para cada critério haja uma justificativa e um plano de ação final para melhor contribuir com o desenvolvimento da equipe de trabalho.

O conceito equivalente a cada meta será obtido conforme apresenta-se na tabela abaixo:

Conceito equivalente a cada meta	Descrição do Conceito
A	Quando a equipe atingir <b>85%</b> ou mais da meta proposta
B	Quando a equipe atingir entre <b>70% e 84,99%</b> da meta proposta
C	Quando a equipe atingir entre <b>50% e 69,99%</b> da meta proposta
D	Quando a equipe atingir <b>49,99%</b> ou menos da meta proposta

Após a equipe realizar a avaliação de todas as suas metas, o conceito final da equipe será obtido realizando-se a média dos percentuais alcançados nas mesmas.

Conceito final da Equipe	Descrição do Conceito
A	Quando o percentual médio de atingimento de metas pela equipe for igual ou superior a <b>85%</b>
B	Quando o percentual médio de atingimento de metas pela equipe ficar entre <b>70% e 84,99%</b>
C	Quando o percentual médio de atingimento de metas pela equipe ficar entre <b>50% a 69,99%</b>
D	Quando o percentual médio de atingimento de metas pela equipe for igual ou inferior a <b>49,99%</b>

**Metas Específicas da Equipe de Trabalho:** propõe-se a servir como um instrumento de reflexão sobre os objetivos que são próprios de cada Equipe de Trabalho.

**Absenteísmo:** será considerado como indicador para ser analisado sem influenciar o conceito final da equipe. Almeja-se que as equipes possam discutir as suas causas e as suas conseqüências, propondo ações específicas para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e das condições de trabalho, as quais tenham impacto na redução dos indicadores institucionais.

<b>Crítérios de Avaliação (diminuir, manter ou aumentar)</b>	<b>Série Histórica da equipe</b>	<b>Meta da equipe</b>	<b>Resultado atingido pela equipe</b>	<b>Percentual de atingimento da meta</b>	<b>Conceito equivalente ao percentual de atingimento da meta</b>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
<b>Conceito final da Equipe</b>					

<b>Crítério de Avaliação</b>	<b>Média do GHC</b>	<b>Série Histórica da Equipe</b>	<b>Resultado da Equipe</b>
Absenteísmo			

Parecer e justificativa da equipe de trabalho (descrever os fatores que contribuíram para o alcance e justificar as metas não atingidas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PLANO DE AÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO

### Ações da avaliação anterior não concretizadas:

Ação	Responsável	Prazo

### Ações desta avaliação não concretizadas:

Ação	Responsável	Prazo

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

### Membros da Equipe

Registro	Nome	assinatura

---

Assinatura do Gestor da Equipe, cartão ponto e Carimbo, **se houver**

## PLANO DE AÇÃO

O QUÊ?	COMO?	QUEM?	QUANDO?	N.º DE HORAS/ TRABALHADOR?	META?	INDICADOR?
1. Capacitar trabalhadores GRH do GHC em relação às diretrizes do SUS	Através de cursos teórico-práticos	João Silva	Em maio e junho de 2007	16 horas	120 trabalhadores	Listas de presença dos cursos
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						

### Orientações

- No campo "O quê?" a equipe deverá citar a ação – prática – que pretende realizar.
- No campo "Como?" a equipe deverá descrever a estratégia que será utilizada para realizar a ação pretendida.
- No campo "Quem?" a equipe deverá citar a pessoa responsável pela ação. Mesmo que a ação exija a participação de mais de uma pessoa, nesse campo apenas um nome será relacionado.
- No campo "Quando?" a equipe deverá detalhar o período quando a ação deverá ser realizada. O período poderá corresponder a uma data precisa ou a um prazo até quando necessita-se concluir a atividade.
- No campo "N.º de horas por trabalhador?" a equipe deverá estimar o número de horas que cada trabalhador deverá dispensar para a execução da ação.
- No campo "Meta?" a equipe deverá deixar claro o resultado final que pretende atingir com a realização da ação.
- No campo "Indicador?" e equipe deverá citar os instrumentos que lhe permitirão monitorar o alcance da meta.
- Na Planilha, apresenta-se um exemplo que ilustra as orientações acima relacionadas.



**AVALIAÇÃO INDIVIDUAL**



## Instrumento para Avaliação de Desenvolvimento Individual

Nome: \_\_\_\_\_  
Registro (CP): \_\_\_\_\_ Unidade Hospitalar: \_\_\_\_\_  
Gerência: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_  
Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fone (ramal): \_\_\_\_\_  
Gênero/Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
Cor/Etnia: Cor/Etnia: ( ) Amarela ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Branca  
Trabalhador com deficiência ou com restrição laboral: ( ) Não ( ) Sim  
( ) Auditiva ( ) Física ( ) Mental ( ) Múltiplo ( ) Visual ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Situação funcional	Data da última avaliação	Data desta avaliação
Trabalhador efetivo	/ /	/ /

Há necessidade de Referência da Especialidade Técnica: ( ) sim ( ) não

Conceitos de Desenvolvimento	Descrição dos Conceitos	Valores Equivalentes
A	Plenamente	4
B	A maioria	3
C	Com dificuldades	2
D	Não desenvolveu	1
NA	Não se aplica	-

### Os critérios para avaliação:

- Atribuições do cargo.
- Comprometimento com as normas e as obrigações trabalhistas contratadas.
- Desenvolvimento individual, na sua equipe de trabalho e na instituição.

### Orientações:

- Nos campos “Parecer e justificativa do gestor” e “Parecer e justificativa do trabalhador” devem ser justificados todos os conceitos “C” ou “D” atribuídos durante a avaliação de cada um dos critérios.
- Planos de Ação para contribuir com o desenvolvimento são obrigatórios para todos os trabalhadores, mesmo que nenhum conceito “C” ou “D” tenha sido atribuído durante a avaliação.
- O trabalhador e o gestor devem elaborar pareceres finais mesmo que nenhum conceito “C” ou “D” tenha sido atribuído durante a avaliação.

**ATRIBUIÇÕES DO CARGO:** considera em que medida conhece e executa as ações e as responsabilidades específicas de sua área profissional.

<b>FATORES DE AVALIAÇÃO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>
1. Executa suas atividades com qualidade e precisão, coerente com as necessidades do serviço.					
2. Acompanha e executa as atividades sob sua responsabilidade nos prazos acordados.					
3. Conhece as rotinas de trabalho de sua área de atuação.					
4. Estabelece inter-relações do seu serviço com os demais.					
5. Tem conhecimentos teóricos e práticos para desenvolver atividades em diferentes áreas do serviço.					
6. Participa da busca de soluções para superar as dificuldades no desenvolvimento do trabalho.					
7. Analisa criteriosamente as situações antes de tomar posição.					
8. Desenvolve suas atividades observando sigilo profissional.					
<b>Número de vezes que cada conceito foi atribuído</b>					

**CONCEITO DO CRITÉRIO ATRIBUIÇÕES DO CARGO:**

( A ) ( B ) ( C ) ( D )

**N.º de Sanções Disciplinares (cada sanção reduz um conceito):** \_\_\_\_\_

**CONCEITO DO TRABALHADOR:**

( A ) ( B ) ( C ) ( D )

Parecer e justificativa do gestor (e referência da especialidade técnica): \_\_\_\_\_

---

---

---

Parecer e justificativa do trabalhador: \_\_\_\_\_

---

---

---

**COMPROMETIMENTO COM AS NORMAS E AS OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS**

**CONTRATADAS:** considera em que medida cumpre as normas, procedimentos, deveres, obrigações acordadas e a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva.

<b>FATORES DE AVALIAÇÃO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>
1. Conhece e executa as normas e rotinas administrativas e técnicas da instituição.					
2. Cumpre as normas de segurança do trabalho e de prevenção de acidentes, usa corretamente os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC).					
3. Identifica situações de risco nos processos de trabalho de sua área de atuação e propõe soluções.					
4. É assíduo.					
5. É pontual na chegada e na saída do setor, permanecendo em serviço durante o horário contratado.					
6. Solicita previamente permissão ou informa atrasos, saídas antecipadas e ausências por motivos extra-funcionais.					
7. Realiza os exames periódicos programados pela instituição, dentro dos prazos legais.					
8. Zela pelas instalações, pelos equipamentos e pelos materiais da instituição.					
9. Atua visando o uso racional de materiais, equipamentos, insumos, serviços e afins, de modo a reduzir os custos para a realização das atividades.					
<b>Número de vezes que cada conceito foi atribuído</b>					

**CONCEITO DO CRITÉRIO COMPROMETIMENTO COM AS NORMAS E AS OBRIGAÇÕES****TRABALHISTAS CONTRATADAS:**

( A ) ( B ) ( C ) ( D )

N.º de Sanções Disciplinares (cada sanção reduz um conceito): \_\_\_\_\_

**CONCEITO DO TRABALHADOR:**

( A ) ( B ) ( C ) ( D )

Parecer e justificativa do gestor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parecer e justificativa do trabalhador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL, NA SUA EQUIPE DE TRABALHO E NA INSTITUIÇÃO:**

considera o quanto tem interesse e busca qualificação para melhorar o seu desenvolvimento profissional e o quanto contribui para o desenvolvimento do trabalho da sua equipe e da instituição.

<b>FATORES DE AVALIAÇÃO</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>NA</b>
1. Identifica situações complexas no desenvolvimento das atividades e busca apoio para solucioná-las.					
2. Estabelece bom relacionamento com chefia e com colegas de trabalho.					
3. Aceita sugestões e críticas visando o seu desenvolvimento.					
4. Apresenta, em situações críticas e/ou de conflito no ambiente profissional, postura no sentido da solução de impasses.					
5. Participa das atividades de capacitação e qualificação profissional promovidas pela instituição, quando lhes são oportunizadas.					
6. Atualiza-se constantemente nos conhecimentos e habilidades exigidas pelas atividades de seu serviço.					
7. Apresenta atitude disponível para o desenvolvimento de atividades de ensino em serviço, coerentes com as necessidades da instituição.					
8. Sugere ações e processos que promovam o desenvolvimento da sua equipe de trabalho.					
9. Contribui para a promoção e manutenção do espírito de equipe.					
10. Apresenta postura adequada nas relações com os usuários, chefia, sua equipe de trabalho e demais trabalhadores do GHC.					
11. Contribui para o planejamento e a concretização das metas da sua equipe de trabalho.					
12. Quando indicado ou convocado, participa de comissões, fóruns, reuniões de equipe e outros espaços de interesse do GHC, com assiduidade, responsabilidade e de modo coerente com os objetivos dos mesmos.					
<b>Número de vezes que cada conceito foi atribuído</b>					

**CONCEITO PARA O CRITÉRIO DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL E NA SUA EQUIPE DE TRABALHO E NA INSTITUIÇÃO:****( A ) ( B ) ( C ) ( D )**

Parecer e justificativa do gestor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parecer e justificativa do trabalhador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SÍNTESE DOS TRÊS CRITÉRIOS:**

( A ) ( B ) ( C ) ( D )

**PLANO DE AÇÃO FINAL**

**Plano de ação da avaliação anterior:**

---

---

---

---

---

---

---

**Itens desta avaliação que precisam ser aperfeiçoados (todos os itens com conceitos C e D):**

---

---

---

---

---

---

---

**Ações para o próximo período (obrigatório para todos os trabalhadores, independentemente do conceito final – no campo “Ações” deverão ser detalhadas todas as atividades pactuadas para contribuir com o desenvolvimento do trabalhador no próximo período):**

<b>Ações</b>	<b>Prazo Previsto p/ Conclusão (prazo máximo 6 meses)</b>	<b>Responsável pelo Acompanhamento do Trabalhador</b>

---

---

---

---

---

---

---

**Campo Opcional**  
**OBSERVAÇÕES DA EQUIPE DE TRABALHO:**

---

---

---

---

---

---

**Campo obrigatório independente de conceito:**  
**PARECER FINAL DO TRABALHADOR:**

---

---

---

---

---

---

**Campo obrigatório independente de conceito:**  
**PARECER FINAL DO GESTOR:**

---

---

---

---

---

---

- O trabalhador que não concordar com a avaliação realizada fica notificado que tem o prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da data desta avaliação, para protocolar, na Coordenação da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento ou nas Unidades de Pessoal, requerimento de recurso para a Junta Recursal.
- Nesta data, fornece-se ao trabalhador cópia integral desta avaliação.

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Trabalhador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Gestor  
(carimbo)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Referência Técnica

## CÁLCULOS DOS CONCEITOS DO TRABALHADOR

### Orientações gerais

- Cada linha numerada das tabelas explicativas corresponde a um passo que deve ser seguido para obtenção dos conceitos.
- O conceito de cada critério e o conceito final do trabalhador serão obtidos com base na seguinte pontuação:
  - Conceito A equivale a 4 pontos
  - Conceito B equivale a 3 pontos
  - Conceito C equivale a 2 pontos
  - Conceito D equivale a 1 ponto
- Os itens assinalados na coluna **NA** (Não se aplica) não devem ser considerados para a realização dos cálculos dos conceitos do trabalhador.
- Se a média dos conceitos de uma avaliação totalizar entre 2,50 e 2,99, o conceito deve ser arredondado para 3 (o que equivale a B); por outro lado, se uma avaliação totalizar entre 2,01 e 2,49, o seu conceito deve ser arredondado para 2 (equivalente a C), e assim sucessivamente.

### Tabelas explicativas

<b>Atribuições do cargo</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. Número de vezes que cada conceito foi atribuído				
2. Multiplicar pelo valor equivalente de cada conceito	x 4	x 3	x 2	x 1
3. Valor de cada conceito				
4. Somatório dos 4 conceitos	Valor de A + Valor de B + Valor de C + Valor de D = _____			
5. Média dos 4 conceitos	<b>Somatório dos 4 conceitos</b> = _____ Total de itens avaliados			
6. Conceito parcial do critério	(A)	(B)	(C)	(D)
7. Conceito final do critério (cada sanção disciplinar decorrente de questões técnicas reduz um conceito)	(A)	(B)	(C)	(D)

<b>Comprometimento com as normas e as obrigações trabalhistas contratadas</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. Número de vezes que cada conceito foi atribuído				
2. Multiplicar pelo valor equivalente de cada conceito	x 4	x 3	x 2	X 1
3. Valor de cada conceito				
4. Somatório dos 4 conceitos	Valor de A + Valor de B + Valor de C + Valor de D = _____			
5. Média dos 4 conceitos	<b>Somatório dos 4 conceitos</b> = _____ Total de itens avaliados			
8. Conceito parcial do critério	(A)	(B)	(C)	(D)
9. Conceito final do critério (cada sanção disciplinar decorrente de questões legais ou normativas reduz um conceito)	(A)	(B)	(C)	(D)



<b>Desenvolvimento individual, na sua equipe de trabalho e na Instituição</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>
1. Número de vezes que cada conceito foi atribuído				
2. Multiplicar pelo valor equivalente de cada conceito	x 4	x 3	x 2	x 1
3. Valor total de cada conceito				
4. Somatório dos 4 conceitos	Valor de A + Valor de B + Valor de C + Valor de D = _____			
5. Média dos 4 conceitos	<u>Somatório dos 4 conceitos</u> = _____ Total de itens avaliados			
6. Conceito final do critério				

### **CÁLCULO DO CONCEITO FINAL DO TRABALHADOR**

<b>Critérios</b>	<b>Atribuições do cargo</b>	<b>Comprometimentos com as normas e as obrigações trabalhistas contratadas</b>	<b>Desenvolvimento individual, na sua equipe de trabalho e na Instituição</b>
1. Conceito final de cada critério			
2. Valor equivalente a cada critério			
3. Somatório dos valores equivalentes de cada critério	Atribuições do cargo + Comprometimentos com as normas + Desenvolvimento Individual = _____		
4. Média dos 3 critérios	<u>Somatório dos valores equivalentes de cada critério</u> = _____ 3		
5. Conceito final do trabalhador	(A) (B) (C) (D)		

**AMOSTRA ESTRATIFICADA**

## AMOSTRA EXTRATIFICADA

- **Planilha Geral – Gerência de Internação do Hospital Nossa Senhora da Conceição/ano 2009:**
- 

Total de trabalhadores efetivos : 1271

Gestores: 160

Total de Equipes: 24

Total de Cargos: 18

- **Planilha Final/Amostragem:**
- 

Total de Trabalhadores: 199

Total de Gestores: 107

Tota de Equipes: 24

Total de Cargos: 18

<b>EQUIPES</b>	<b>Nº TOTAL TRABALHADORES</b>	<b>Nº FINAL</b>
2º A	32	5
3º A	22	4
Bloco Cirúrgico	120	16
Cardiologia	51	8
Centro de Materiais e Esterilização	57	9
Cirurgia Geral e Proctologia	78	13
Cirurgia Vascular	31	5
Infectologia	38	9
Controle de Infecção	7	4
Cuidados Paliativos	22	5
Ginecologia	51	8
Epidemiologia	7	3
UTI	131	17
Urologia	23	4
Sala de Recuperação	89	12
Registro Geral	18	3
Psiquiatria	22	7
Pneumologia – Cirurgia Torácica	32	5
Plantão Clínico	9	1
Onc-Hematologia	46	12
Neurologia-Gastrologia	51	10
Medicina Interna	101	14
Linha Mãe-Bebê	204	23
Endocrino	29	6
<b>Total</b>	<b>1271</b>	<b>199</b>

Total de Cargos: 18

<b>Cargos</b>	<b>Nº de Trabalhadores</b>
1. Assistente Social	6
2. Atendente de Nutrição	1
3. Atendente de Enfermagem	1
4. Auxiliar de Enfermagem	58
5. Aux. Técnico Banco de Sangue	1
6. Auxiliar Técnico Administrativo	6
7. Auxiliar Administrativo	21
8. Auxiliar Geral	1
9. Enfermeiro	12
10. Farmacêutico	1
11. Fisioterapeuta	8
12. Instrumentador Cirúrgico	1
13. Médico	24
14. Psicólogo	4
15. Técnico Administrativo	6
16. Técnico de Enfermagem	45
17. Técnico em Eletrônica	1
18. Terapeuta Ocupacional	2
<b>Total</b>	<b>199</b>

**Dados por Equipe:**

<b>2° A</b>		
<b>Cargos</b>	<b>N° total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	3	1
Aux. Administrativo	1	1
Fisioterapeuta	4	1
Téc. Enfermagem	24	2
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>5</b>

<b>3° A</b>		
<b>Cargos</b>	<b>N° total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	20	2
Aux. Administrativo	1	1
Fisioterapeuta	1	1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>4</b>

<b>Bloco Cirúrgico</b>		
<b>Cargos</b>	<b>N° total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	85	9
Aux. Téc. Administrativo	2	1
Aux. Administrativo	4	1
Médico	27	3
Téc. Administrativo	1	1
Téc. Eletrônica	1	1
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>16</b>

<b>Cardiologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	19	2
Aux. Administrativo	1	1
Fisioterapeuta	1	1
Médico	16	2
Téc. Enfermagem	14	1
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>7</b>

<b>Centro de Materiais e Esterilização</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Atendente de Enfermagem	3	1
Aux. Enfermagem	51	5
Aux. Administrativo	1	1
Instrumentador Cirúrgico	2	1
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>8</b>

<b>Cirurgia Geral e Proctologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	39	4
Aux. Administrativo	4	1
Aux. Geral	1	1
Enfermeiro	1	1
Fisioterapeuta	2	1
Médico	1	1
Técnico Administrativo	1	1
Técnico de Enfermagem	29	3
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>13</b>

<b>Cirurgia Vascular</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	26	3
Aux. Administrativo	1	1
Téc. Enfermagem	4	1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>5</b>

<b>Infectologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Assistente Social	1	1
Aux. Enfermagem	23	2
Aux. Téc. Administrativo	1	1
Aux. Administrativo	2	1
Enfermeiro	1	1
Médico	4	1
Técnico de Enfermagem	6	1
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>8</b>

<b>Controle de Infecção</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Enfermeiro	1	1
Farmacêutico	1	1
Médico	3	1
Técnico Administrativo	2	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>4</b>



<b>Cuidados Paliativos</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	17	2
Aux. Administrativo	2	1
Enfermeiro	1	1
Técnico de Enfermagem	2	1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>5</b>

<b>Ginecologia/Mastologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	23	2
Aux. Administrativo	1	1
Enfermeiro	1	1
Médico	26	3
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>7</b>

<b>Epidemiologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	3	1
Aux. Administrativo	1	1
Técnico de Enfermagem	3	1
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>3</b>

<b>UTI</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	2	1
Aux. Téc. Administrativo	3	1
Aux. Administrativo	3	1
Enfermeiro	1	1
Fisioterapeuta	12	1
Médico	4	1
Técnico de Enfermagem	106	11
<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>17</b>

<b>Urologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	15	2
Médico	7	1
Técnico Administrativo	1	1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>4</b>

<b>Sala de Recuperação</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Téc. Administrativo	1	1
Aux. Administrativo	2	1
Enfermeiro	1	1
Médico	10	1
Técnico Administrativo	1	1
Técnico de Enfermagem	74	7
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>12</b>

<b>Registro geral</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Téc. Administrativo	1	1
Aux. Administrativo	17	2
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>3</b>

<b>Psiquiatria</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Assistente Social	1	1
Aux. Enfermagem	16	2
Aux. Administrativo	1	1
Médico	2	1
Psicólogo	1	1
Terapeuta Ocupacional	1	1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>7</b>

<b>Pneumo-Cirurgia Torácica</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	25	3
Enfermeiro	1	1
Técnico de Enfermagem	6	1
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>5</b>

<b>Plantão Clínico</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Médico	9	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

<b>Onco-Hematologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Assistente Social	1	1
Atendente Nutrição	1	1
Aux. Enfermagem	16	2
Aux.Téc. Banco de Sangue	1	1
Aux. Administrativo	2	1
Enfermeiro	1	1
Fisioterapeuta	1	1
Médico	8	1
Psicólogo	1	1
Técnico Administrativo	2	1
Técnico de Enfermagem	12	1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>12</b>

<b>Neuro-Gastro</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Assistente Social	1	1
Aux. Enfermagem	20	2
Aux. Administrativo	2	1
Enfermeiro	1	1
Fisioterapeuta	1	1
Médico	9	1
Técnico Enfermagem	16	2
Terapeuta Ocupacional	1	1
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>10</b>

<b>Medicina Interna</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Assistente Social	1	1
Aux. Enfermagem	66	7
Aux. Administrativo	2	1
Enfermeiro	2	1
Fisioterapeuta	3	1
Médico	12	1
Técnico de Enfermagem	15	2
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>14</b>

<b>Linha Mãe-Bebê</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Assistente Social	1	1
Aux. Enfermagem	45	5
Aux. Téc. Administrativo	1	1
Aux. Administrativo	14	1
Enfermeiro	4	1
Médico	40	4
Psicólogo	1	1
Técnico de Enfermagem	98	10
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>24</b>

<b>Endocrinologia</b>		
<b>Cargos</b>	<b>Nº total de Trabalhadores</b>	<b>% - Amostragem</b>
Aux. Enfermagem	14	1
Aux. Administrativo	1	1
Médico	7	1
Psicólogo	1	1
Técnico de Enfermagem	6	1
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>5</b>

**PARECER DO TRABALHADOR – PARECER DO GESTOR – PLANO DE AÇÃO**











































