

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ – CAMPUS DE CASCAVEL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

DALAS CRISTINA MIGLIORANZA

A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO
PARANÁ

CASCAVEL – PR

Agosto /2015

DALAS CRISTINA MIGLIORANZA

A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO
PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Biologia, Processo Saúde-Doença e Políticas de Saúde.

ORIENTADORA: Maria Lucia Frizon Rizzotto

COORIENTADORA: Manoela de Carvalho

CASCADEL – PR

Agosto/2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M578p

Miglioranza, Dalas Cristina

A política de humanização no Hospital Universitário do Oeste do Paraná. /Dalas Cristina Miglioranza. Cascavel, PR: UNIOESTE, 2015. 110 p.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Frizon Rizzotto

Coorientadora: Manoela de Carvalho

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2015.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

1. Humanização da assistência. 2. Trabalho em saúde. 3. Gestão da saúde. I.Rizzotto, Maria Lucia Frizon. II. Carvalho, Manoela de. III.Universidade Estadual do Oeste do Paraná. IV. Título.

CDD 21.ed. 614

CIP-NBR 12899

Ficha catalográfica elaborada por Helena Soterio Bejio CRB-9^a/965

FOLHA DE APROVAÇÃO

DALAS CRISTINA MIGLIORANZA

**A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
OESTE DO PARANÁ**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.


Orientador: Prof.^a Dra. Maria Lucia Frizon Rizzotto

UNIOESTE


Prof.^a Dra. Maria Isabel Formoso C. S. Batista

UNIOESTE


Prof. Dr. Rogério Miranda Gomes

UFPR

CASCADEL-PR

(agosto/2015)

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores da saúde, em especial os envolvidos com a Comissão de Humanização do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP).

AGRADECIMENTOS

À Maria Lúcia, pela orientação, generosidade e paciência dedicadas durante todo o período deste estudo.

À Manoela, coorientadora deste estudo, por suas importantes contribuições.

Ao Marcelo, meu companheiro, que sempre me deu forças para continuar.

Ao Murilo e à Giovana, meus filhos amados, por estarem sempre ao meu lado.

À minha mãe, Neura, pela disposição em me ajudar.

Ao Rafa, meu irmão, e à Lediane, minha cunhada, por todas as vezes que me socorreram.

À Maricélia, minha comadre, e à Dona Tereza, minha sogra, pelo apoio.

A toda a turma do mestrado e aos amigos que fiz neste caminho, pois de todos guardarei memória em meu coração.

Às companheiras de trabalho Daniela, Nelci, Neusa e Neusinha, pelo apoio e por entenderem as minhas ausências.

Às amigas Jaquiline e Sheila, pelas preciosas colaborações.

Ao Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais (GPPS) pelo aprendizado, pelas trocas de experiências e vários momentos de colaboração durante a pesquisa.

Ao programa de Mestrado de Biociências e Saúde, pela oportunidade.

À Unioeste, por se constituir em uma universidade pública que possibilitou a minha formação acadêmica e profissional.

RESUMO

Neste estudo propõe-se discutir como tem ocorrido a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em um hospital geral público de ensino denominado Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). Tem como objetivo compreender quais os principais elementos presentes nessa organização que têm influenciado no processo de implementação da PNH. A PNH propõe envolver e valorizar trabalhadores, gestores e usuários de hospitais com vistas a qualificar e provocar mudanças nos processos de gestão e cuidado em Saúde, através de elementos concretos e objetivos e, também, valorizando os aspectos subjetivos presentes nas relações do trabalho nos serviços de Saúde. A pesquisa configura-se como um estudo de caso, tendo recorrido, como recurso metodológico, à pesquisa documental e à realização de entrevistas semiestruturadas, o que possibilitou a análise a partir de núcleos temáticos. A PNH começa a ser pensada no HUOP a partir do processo de contratualização para o cumprimento de metas e repasses financeiros. Assim, houve a necessidade de criar a um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), grupo denominado, neste serviço, como Comissão de Humanização (CH), sendo que tal comissão se tornou o espaço responsável pelas ações de humanização no hospital. Destaca-se que alguns dispositivos da PNH têm sido implantados no HUOP, como abertura e flexibilização dos horários de visitas, a presença de acompanhante na maioria das alas de internação e projetos de melhorias de ambientes. Outros dispositivos da PNH que envolvem os processos de mudanças no modelo de gestão que contemplam a discussão do trabalho e suas consequências para a saúde dos trabalhadores não têm sido priorizados. Assim, entre as principais dificuldades para a implementação da PNH, nesse contexto, destacam-se: o modelo de gestão centralizado e verticalizado, a ausência da participação direta da gestão e dos segmentos dos usuários na CH. Assim, portanto, a mudança do modelo de gestão torna-se elemento essencial para instituir processos de participação legítimos que contemplem os diferentes segmentos com vistas ao estabelecimento de práticas mais democráticas e que favoreçam as estratégias necessárias para a implantação da PNH no âmbito hospitalar.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Trabalho em Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This study proposes to discuss how it has been the implementation of the National Policy of Humanization (PNH), in a general public school hospital called Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). It aimed to understand which main elements present in this organization has influenced the implementation process of the PNH. The PNH proposes to engage and enhance workers, managers and users, in order to qualify and cause changes in management and health care process through concrete and objective elements and valuing the subjective aspects of the labor relations in health services. The research appears as a case study, and as a methodological resource, it was adopted the documental research and conducting semi-structured interviews, which enabled the analysis from thematic groups. The PNH begins to be thought in the HUOP from the contracting process for the achievement of goals and financial transfers. Therefore, it was necessary to create a Working Humanization Group (GTH), named as Humanization Commission (CH), and this has become the space responsible for humanizing actions in this service. It is noteworthy that some provisions of PNH have been deployed in HUOP as openness and flexibility of schedules of visits, the presence of a companion in most hospital wards and ambience projects. Other provisions of PNH that involves changing process of management and include the discussion of the work and its consequences for the health of workers have not been prioritized. Thus the main difficulties for implementation of the HNP in this context stands out the model of centralized and vertical management, the absence of direct participation of management and segments of users in CH. Therefore, the management model change becomes an essential element to institute legitimate participation processes that include the different segments, aiming to establish more democratic practices that promote the necessary strategies for the implementation of the PNH in hospitals.

Keywords: Humanization of assistance, Health work and Health management.

LISTA DE ABREVIATURAS

CH: Comissão de Humanização

CTH: Câmaras Técnicas de Humanização

CAP: Comunidade Ampliada de Pesquisa

GTH: Grupo de Trabalho de Humanização

HUOP: Hospital Universitário do Oeste do Paraná

MEC: Ministério da Educação

MRS: Movimento da Reforma Sanitária

MS: Ministério da Saúde

PD: Plano Diretor

PDA: Programa de Desenvolvimento dos Agentes Universitários

PFST: Programa de Formação em Saúde e Trabalho

PNHAH: Programa de Humanização da Atenção Hospitalar

PNH: Política Nacional de Humanização

POA: Plano Operativo Anual

SESA: Secretaria de Estado da Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

INTRODUÇÃO	11
1 REFERENCIAL TEÓRICO	15
1.1 O trabalho humanizador e o trabalho alienador	15
1.2 O trabalho em Saúde	19
1.3 A instituição hospitalar	23
1.4 A gestão do trabalho em saúde	25
1.5 A Política Nacional de Humanização	29
2 PERCURSO METODOLÓGICO	37
2.1 Tipo de pesquisa	37
2.2 O campo de pesquisa	37
2.3 A coleta de dados	39
2.4 Amostra	40
2.5 Aspectos Éticos	40
2.6 Tratamento dos dados da pesquisa de campo	41
3 O HUOP E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	43
3.1 A institucionalização da Política Nacional de Humanização no HUOP	43
3.2 O que dizem os documentos do HUOP sobre a Política Nacional de Humanização	47
3.3 A atuação da Comissão de Humanização do HUOP segundo o registro nas atas	52
3.3.1 Primeira Gestão – 5/2008 a 11/2008	52
3.3.2 Segunda Gestão 12/2008 a 11/2010	54
3.3.3 Terceira Gestão (11/2010 a 10/2013)	56
3.4 O que dizem os trabalhadores acerca da Política Nacional de Humanização no HUOP	58
3.4.1 Motivações para participar da CH	58
3.4.2. Aprendendo sobre humanização	60
3.4.3 A participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários na implementação da PNH no HUOP	63
3.4.4 Os espaços de participação democrática no HUOP	67
3.4.5 A ausência de participação e o trabalho desumanizado	69
3.4.6 Ações de humanização realizadas pela CH do HUOP	73
3.4.7 Dispositivos da PNH implantados no HUOP na percepção dos trabalhadores	75
3.4.8 O PDA como estratégias de Humanização	82
3.4.9 A falta de recursos financeiros para a CH	84

CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS.....	91

INTRODUÇÃO

O trabalho em Saúde, que tem sido definido e estruturado a partir da lógica biomédica, apresenta-se com uma forte relação hierárquica entre profissionais e usuários. Esse processo, muitas vezes, tem sido marcado por conflitos desencadeados por atitudes e por situações de desrespeito, de abuso de poder e de desresponsabilização no processo de cuidado, além de toda a complexidade em que sempre estão envolvidas as relações sociais no interior das organizações. A busca por definições que se aproximem de um “atendimento humanizado” há tempos tem ocupado as atenções de profissionais e de pesquisadores da área no Brasil e em outros países (DESLANDES, 2006). Assim, a temática da humanização ressurge em nossa realidade com o objetivo de repensar não somente as relações interpessoais entre profissionais e usuários, mas ampliar e evidenciar outras questões que envolvem as discussões sobre o trabalho e como o modo de organizar e direcionar os serviços exerce influência direta no cuidado em Saúde.

A partir de 2003, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), apresentando e conceituando humanização como a “[...] valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2012a, p. 8), valorizando os aspectos subjetivos presentes nas relações do trabalho em Saúde, como também os elementos concretos e objetivos existentes nos serviços.

A PNH tem como principais desafios enfrentar problemas existentes nos diferentes níveis de atenção em Saúde, como a fragmentação do processo de trabalho, a precariedade na comunicação e na interação entre os profissionais de Saúde, o desrespeito aos direitos dos usuários dos serviços, o baixo investimento em qualificação profissional e a burocratização da gestão (BRASIL, 2012a). Destacam-se, na PNH, conceitos como transversalidade entre saberes e práticas profissionais; indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo na corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. Sugere uma mudança nos serviços prestados à população, uma mudança que envolva a garantia e a ampliação do acesso, acolhimento com classificação de risco, responsabilização e vínculo,

garantia dos direitos dos usuários, participação social e valorização do trabalhador de Saúde (BRASIL, 2012a).

Para o avanço das propostas elencadas na PNH, e de acordo com Santos-Filho (2009), o reconhecimento da inseparabilidade entre a atenção e a gestão é tomado como um dos principais elementos para que a PNH possa atingir seus objetivos e tornar-se a questão essencial para que ocorram as mudanças previstas. Indica-se, portanto, a necessidade de que a gestão propicie a inclusão de trabalhadores e de usuários nos processos decisórios. Assim, novas possibilidades a partir de encontros que privilegiem o coletivo, podem contribuir para alterações nas relações e nas práticas no interior dos serviços de Saúde, favorecendo as necessidades e os interesses dos diferentes segmentos e a instituição de processos de democratização institucional (CAMPOS, 2005).

Pode-se afirmar que a humanização em Saúde não ocorre a partir de um segmento específico, mas na relação que se estabelece entre os envolvidos (trabalhadores, usuários e gestores) com base no estreitamento de vínculos mediante de encontros que possibilitem a democratização, visando à transformação dos processos de trabalho instituídos nos serviços de Saúde. Entende-se, portanto, que trabalhadores isolados e que não contam com o envolvimento direto dos gestores, esses trabalhadores enfrentarão dificuldades em implementar ações humanizadas que tenham sequência e sustentabilidade. Entende-se também que os modelos de gestão e as condições de trabalho determinam certos modos de fazer que há tempos estão instituídos nos serviços de Saúde e que têm indicado inúmeros problemas para a categoria de trabalhadores de Saúde, comprometendo a saúde física e mental desses mesmos trabalhadores (BARROS; BARROS, 2009).

A partir da participação como membro da Comissão de Humanização (CH) do Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) e com base nas observações empíricas das dificuldades enfrentadas pela referida comissão para a implementação da PNH nessa instituição, emergiu o interesse em pesquisar sobre esse tema. Assim, definiu-se como problema de pesquisa: — *Como as condições de trabalho e o modelo de gestão presentes nesse contexto têm influenciado para que a PNH seja de fato implementada no HUOP, considerando o papel atribuído aos Grupos de Trabalho de Humanização na PNH e, nesse caso, o papel atribuído à Comissão de Humanização?*

A hipótese que se colocava era a de que o modelo de gestão instituído no hospital e a ausência de espaços de efetiva participação dos trabalhadores e dos usuários influenciava no sentido de restringir a implantação da PNH a uma formalização das diretrizes apenas para o cumprimento de exigência do processo de contratualização hospitalar, sem que isso de fato tenha modificado os processos de trabalho no interior do HUOP, nem favorecido a sua humanização.

Diante dessa hipótese, definiu-se como objetivo geral da pesquisa analisar o processo de implementação da PNH no HUOP, tendo como foco o trabalho realizado pela Comissão de Humanização. Assim colocada a questão, logo foram tomando corpo objetivos específicos, como: (i) analisar as ações propostas pela gestão e pela Comissão de Humanização do HUOP em relação aos princípios e às diretrizes da PNH; (ii) analisar a participação dos trabalhadores e dos gestores na Comissão de Humanização do HUOP e (iii) identificar os fatores que contribuem ou que dificultam a implementação e avanço da PNH no HUOP na perspectiva dos trabalhadores.

Para compreender as dimensões presentes neste estudo faz-se necessária a troca de experiências e o diálogo entre áreas distintas do conhecimento. Para isso, utilizou-se como referência um conjunto de conhecimentos advindos das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas e Sociais, pois, de acordo com Minayo (1991), não é possível que uma única disciplina consiga dar conta de todos os temas e de todos os objetos de estudo relacionados à área da Saúde.

Com a realização da pesquisa espera-se contribuir com a indicação de elementos acerca dos fatores que constituem e influenciam no processo de implementação da PNH no HUOP a partir do trabalho da Comissão de Humanização e da participação da gestão. Os resultados serão socializados para análise e reflexão dos membros da Comissão de Humanização, gestores e demais trabalhadores, para que, de alguma forma, possam ser impulsionadores de mudanças que contemplem todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidado em Saúde.

Este trabalho é dissertativo — como cabe ser para os fins a que se destina — e está dividido em quatro partes. Na primeira são apresentados os principais conceitos, os conceitos considerados centrais para o presente estudo. Na segunda parte se descreve o percurso metodológico da pesquisa, que correspondeu a um estudo de caso a partir de abordagem qualitativa. Na terceira parte, apresentam-se os resultados da análise documental e das entrevistas. Por último, nas considerações finais,

apontam-se possíveis alternativas que possam facilitar e melhorar a implementação das diretrizes da PNH no âmbito do HUOP.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Minayo (2013), as teorias são construções acumuladas cientificamente para explicar e para compreender os fenômenos da realidade, sendo utilizadas durante os processos de construção do conhecimento. Assim, as referências teóricas acompanham as etapas de uma pesquisa com o objetivo de esclarecer o objeto e o problema de pesquisa, auxiliar na coleta e organização dos dados, e fundamentar a análise dos achados. Nesse sentido, apresentam-se a seguir os conceitos considerados centrais para o processo de análise e interpretação da realidade compreendida no recorte da presente pesquisa, quais sejam: O trabalho humanizador e o trabalho alienador, o trabalho em Saúde, o trabalho no espaço hospitalar, a gestão do trabalho em Saúde e a Política Nacional de Humanização.

1.1 O trabalho humanizador e o trabalho alienador

O processo de humanização é resultado de uma série de mudanças ao longo de milhares de anos, mudanças essas ocorridas através de saltos, de avanços e de rupturas que possibilitaram as transformações necessárias para o desenvolvimento da sociabilidade, distanciando o homem de seu estado natural. O elemento central desse processo de humanização é o fator trabalho, que, utilizado como valor de uso, foi o impulsionador da gênese do ser social (NETTO; BRAZ, 2012).

Conforme Engels citado por Antunes (2005), a constituição e a própria forma do corpo humano são decorrentes de um processo que envolveu milhares de anos, processo no qual um grupo de primatas passou gradativamente por mudanças acumuladas que exigiram novas adaptações do corpo para a realização de atividades necessárias à sobrevivência do grupo. Assim, o primeiro evento ou marco desse processo está relacionado à adoção da postura ereta e, com ela, a libertação das mãos para a realização de atividades e a construção de instrumentos que possibilitaram ao homem acumular habilidades cada vez mais complexas.

Dessa forma, é com o trabalho e por meio dos acúmulos de novos hábitos e novas habilidades e das mudanças construídas que se possibilitou ao homem constituir-se como ser social, o qual, diferentemente de todos os outros animais, é dotado das capacidades de:

Realizar atividades teleologicamente orientadas; objetivar-se material e idealmente; comunicar-se e expressar-se pela linguagem articulada; tratar suas atividades e a si mesmo de modo reflexivo, consciente e autoconsciente; escolher entre alternativas concretas; universalizar-se; sociabilizar-se. (NETTO; BRAZ, 2012, p. 53).

Assim, portanto, o trabalho é uma atividade essencialmente humana e compreende toda atividade que exige do homem a energia física e psíquica para a sua realização, envolve a construção idealizada previamente no pensamento e a transformação da natureza em objetos que satisfaçam às necessidades humanas. Essa dinâmica social envolve homem, natureza e sociedade, criando-se e recriando-se novas necessidades cada vez mais complexas, e tendo como pano de fundo as condições materiais de existência (LESSA, 1999; NETTO; 2012).

O processo de satisfação de necessidades humanas, condição necessária para que a vida humana se reproduza, é, então, um processo de transformação. Transformação essa, primeiramente, da própria natureza – que se torna cada vez mais “humanizada” – e do próprio ser humano. (RAMOS, 2007, p. 30).

É com o desenvolvimento das sociedades e com maior domínio dos homens sobre a natureza, contando com o desenvolvimento de instrumentos de trabalho, que se conseguiu produzir mais do que era necessário para o consumo, surgindo, assim, o excedente, que proporcionou o acúmulo de produtos resultados do trabalho. Esse evento criou a possibilidade das relações de troca, ou seja, o surgimento da mercadoria e do comércio (NETTO; BRAZ, 2012).

Com o trabalho orientado pelo pensamento, novas criações foram possíveis e o desenvolvimento das sociedades nas suas mais diversas formas, mas também “[...] a cabeça que planejava o trabalho já era capaz de obrigar mãos alheias a realizar o trabalho projetado por ela” (ENGELS apud ANTUNES, 2005, p. 25). O trabalho que possibilitou a humanização do homem e a organização social para a produção e reprodução da vida também contribuiu para a sua escravização. Ao longo do desenvolvimento da humanidade, os homens passaram por diferentes formas de realizar o trabalho em sociedade, como o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado (RAMOS, 2007).

O processo de complexificação frente às necessidades e condições da vida orgânica, ou seja, a própria sobrevivência dos trabalhadores despossuídos dos meios de produção (objetos e instrumentos para a produção de bens/produtos), fez emergir

o trabalho alienado, em que “[...] o produto da atividade do trabalhador não lhe pertence, nas quais o trabalhador é expropriado – quer dizer, sociedades nas quais existem formas determinadas de exploração do homem pelo homem” (NETTO; BRAZ, 2012, p. 57).

O homem passa a desdobrar relações sociais de exploração, a vida social é cada vez mais baseada na violência que possibilita que uma classe viva do trabalho (e da miséria, portanto) da outra; em suma, os homens passam a produzir a sua própria desumanidade. A alienação nada mais é que isto: a desumanidade socialmente produzida pelos próprios homens. (LESSA, 1999, p. 28).

No modo de produção capitalista, a classe trabalhadora não possui mais os meios de produção necessários para a realização do trabalho e para a produção de produtos e dos bens necessários à sua sobrevivência, possuindo apenas a sua força de trabalho, que passa a ser vendida e paga em forma de salário pela produção de mercadoria ou serviços. Com isso, o trabalhador não tem mais a ideiação, o controle do processo e nem dos resultados do seu trabalho, tornando-se alienado de sua atividade (BRESSAN, 1986; NETTO; BRAZ, 2012). Esse processo ocorre de forma diferente em cada indivíduo, com base nas dinâmicas que se desenvolvem a partir de condições sócio-históricas do seu pertencimento de classe e das relações sociais de produção estabelecidas nos seus espaços de trabalho.

Como os processos de objetivação-exteriorização constituem dimensões do processo permanente de autoconstrução humana, cabe enfatizar o caráter “diversificador” do polo exteriorização em relação aos impactos sobre a personalidade dos diferentes indivíduos. Isso porque cada sujeito particular, como expressão do ser social, constitui-se a partir das relações que estabelece com a totalidade social ao redor e, a depender das relações sociais sob as quais se objetiva-exterioriza, suas capacidades se desenvolverão mais amplas e mais restritas em relação ao grau de desenvolvimento do gênero humano. (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p. 342).

O capitalismo passou por vários processos e fases de desenvolvimento até a sua consolidação como modo de produção hegemônico. A Revolução Industrial, a partir do século XVIII na Europa, estabeleceu mudanças que englobaram tanto os meios de produção como as relações de trabalho. Com ela introduziu-se a força de trabalho em substituição ao trabalho artesanal e de manufaturas e aumentou-se a exploração da mão de obra, incluindo-se mulheres e crianças, além da necessidade da qualificação do trabalhador para o trabalho fabril (MERLO; LAPIS, 2007).

Dessa forma, inovações e metodologias são incorporadas em busca do aumento da produtividade de mercadorias, como também, para o controle dos domínios dos trabalhadores sobre o processo de trabalho. De todas essas mudanças, uma das que promoveu maior impacto para os trabalhadores foi a denominada administração científica do trabalho, representada pelo taylorismo, pelo fordismo e, mais recentemente, pelo toyotismo, modalidades de administrada essa brevemente apresentadas a seguir.

No taylorismo, o trabalho passa a ter uma separação programada bem definida entre quem concebe e quem executa as tarefas. Trata-se de um tipo de administração que estabelece a separação/decomposição do trabalho em séries para a sua execução, tornando o trabalho uma atividade simplificada, repetitiva e automatizada. Os tempos e os movimentos são estabelecidos e controlados para a garantia de maior produtividade. Baseado nos princípios do taylorismo, o fordismo incorpora, como inovação para a organização do trabalho, a “linha de montagem”, na qual o trabalho é feito de forma parcelada e sequencial, e, para tanto, é introduzida a esteira, para que o trabalhador não necessite se deslocar, evitando, assim, desperdícios de tempo e mantendo um fluxo contínuo de produção, aprimorando cada vez mais o controle sobre o ritmo e o tempo gasto na produção (MERLO; LAPIS, 2007; RAMOS, 2007).

A partir da década de 1970, com as crises econômicas e os avanços tecnológicos, o capitalismo apresenta-se com uma nova roupagem, “[...] embora a lógica inerente da acumulação capitalista e suas tendências de crise permaneça a mesma” (HARVEY, 1992, p. 177). Surge uma nova forma de organizar o trabalho, o toyotismo ou administração flexível, que propõe uma série de mudanças, tais como: (i) solicita dos trabalhadores uma mão de obra multifuncional; (ii) a implantação de sistemas de “qualidade total”, evitando ao máximo o desperdício de tempo; (iii) a produção de mercadorias estimadas a partir do consumo pelo mercado; e (iv) a mobilidade geográfica e a “globalização” da produção, do comércio e do consumo (MERLO; LAPIS, 2007; PINHEIRO, 2001).

Esse modelo de produção, o da flexibilização, tem levado ao enfraquecimento da luta da classe trabalhadora e à precarização das relações de trabalho, representada pela subcontratação, pelo emprego temporário e pelas atividades autônomas (HARVEY, 1992).

Complexificou-se, fragmentou-se e heterogeneizou-se ainda mais a classe-que-vive-do-trabalho. Pode-se constatar, portanto, de um lado, um efetivo processo de intelectualização do trabalho manual. De outro, e em sentido radicalmente inverso, uma desqualificação e mesmo subproletarização intensificadas, presentes no trabalho precário, informal, temporário, parcial, subcontratado etc. (ANTUNES, 2011, p. 58-59).

A organização do trabalho, no capitalismo, passou historicamente por mudanças técnicas necessárias para a manutenção desse sistema enquanto modo de produção hegemônico, tratando-se de mudanças técnicas que estabeleceram também novas funções para os trabalhadores (IAMAMOTO, 1992), mas mantiveram a sua essência de dominação dos que possuem apenas a força de trabalho para garantir os bens de consumo necessários à sobrevivência da vida orgânica.

A história da organização do trabalho é a história do desenvolvimento tecnológico em favor da acumulação capitalista ao mesmo tempo em que é a história do sofrimento dos trabalhadores. Os avanços científicos ocorridos em nome do progresso não conseguiram eliminar as formas de exploração física e psíquica dos trabalhadores, nas fábricas ou fora delas. As técnicas de organização da produção e do trabalho, baseadas nos princípios taylorista, fordista e toyotista, só fizeram aumentar estas formas de exploração. (NAVARRO; PADILHA, 2007, p. 17).

Dessa forma, as incorporações de tecnologias e inovações realizadas pelo capitalismo buscam incessantemente a eficácia na expansão dos lucros e no controle dos trabalhadores. Esses fenômenos inerentes ao trabalho atingem todos os setores da vida social, inclusive o setor da Saúde, setor que, mesmo em espaços públicos, vale dizer, em instituições públicas, incorpora as diretrizes de organização e da gestão do trabalho com essas características. Desse modo, portanto, o trabalho como categoria que possibilitou ao homem, enquanto ser genérico, caminhar no processo de humanização, também tem produzido processos de desumanização pelo próprio homem nas suas relações sociais de trabalho produzidas na sociedade capitalista.

1.2 O trabalho em Saúde

Conforme descrito por Lima (2007), o trabalho em Saúde surge a partir da necessidade dos homens de encontrar soluções para seus problemas de saúde, sendo problemas que se apresentam de forma desigual entre os grupos e as

sociedades historicamente constituídas. As explicações para o processo de adoecer humano e o próprio trabalho em saúde também passaram por transformações:

[...] as concepções de saúde-doença; as práticas assistenciais; as formas de desenvolvimento do trabalho; a divisão do trabalho e o processo de formação profissional e de produção e reprodução dos conhecimentos, modificaram-se ao longo da história. Mas, apesar de ser possível identificar uma historicidade própria do campo da saúde, essas práticas sempre fizeram parte das sociedades específicas, sendo por elas influenciadas. (PIRES, 1998, p. 81).

Então, portanto, também o trabalho em Saúde pode ser entendido como uma construção social, identificando-se no processo de desenvolvimento do modo de produção capitalista como atividade essencial para a humanidade, assumindo determinado papel social. Embora com um caráter de neutralidade, passa a realizar intervenções direcionadas às condições gerais de vida de uma parcela específica da sociedade: a classe trabalhadora, visto que, para a manutenção e reprodução do capitalismo, é necessário que se tenha disponível força de trabalho suficiente e também trabalhadores saudáveis para serem absorvidos no processo produtivo (LIMA, 2007).

O trabalho em Saúde é, essencialmente, o cuidado com a vida humana, pois se concretiza no ato de sua realização, no encontro entre trabalhador de Saúde e usuário. Desenvolve-se a partir de uma inter-relação entre quem realiza o cuidado e quem o recebe, estabelecendo-se uma corresponsabilidade frente às condutas terapêuticas. Está inserido no mercado de trabalho, na área de serviços, sendo efetivado por meio das ações de assistência à Saúde, que são consumidas no mesmo instante em que são realizadas aos indivíduos e/ou aos grupos sociais (PIRES, 1998; NOGUEIRA, 1991).

Conforme descrito por Merhy (2002), o trabalho em Saúde ocorre sempre a partir do encontro entre profissionais e usuários, e para a sua realização utiliza-se de diferentes tipos de tecnologias, sendo definido pelo autor como tecnologias duras – os equipamentos e os medicamentos; as tecnologias leves-duras – os saberes científicos da clínica e da epidemiologia; e as tecnologias leves – a escuta, o vínculo, a responsabilização com o cuidado. Esse conjunto de ações é produzido e consumido no momento em que se realiza o trabalho, sendo, portanto, consumido no mesmo momento em que é realizado, ou seja, no próprio ato do cuidado, o que o caracteriza

necessariamente como um serviço complexo e de uso combinado de tecnologias e saberes.

Outro elemento destacado por Nogueira (1991), inerente ao trabalho em Saúde, é que esse trabalho se constitui a partir de um processo constituído como um conjunto de conhecimentos técnicos acumulados, instrumentos e características de qualquer outro tipo de trabalho humano, e a força de trabalho é regulada conforme interesses e necessidades do mercado de trabalho, ou seja, tem um valor de troca. O denominado setor de serviços passou a existir a partir do momento em que as atividades realizadas com caráter doméstico, familiar ou comunitário foram absorvidas pelo capitalismo e passaram a ter um preço de mercado. Esse modo de produção, em que tudo se torna mercadoria, “[...] criou o mercado universal e transformou em mercadoria toda a forma de atividade do ser humano, inclusive o que até então as pessoas faziam para si mesmas e não para as outras” (BRAVERMAN apud PIRES, 1998, p. 69).

Como parte da dinâmica da sociedade capitalista e sua capacidade de se inserir nos diversos campos e áreas do conhecimento, o trabalho em Saúde institucionalizado passou, ao longo do desenvolvimento do capitalismo, a incorporar as teorias administrativas em sua organização. Passou a incorporar principalmente questões referentes ao modelo de gestão, à hierarquização entre as profissões, ao estabelecimento de protocolos, às normatizações e à divisão técnica do trabalho. Quanto à divisão técnica do trabalho, essa é uma forma de organização que acabou por impor aos trabalhadores diferentes cargas e diferentes ritmos para a sua realização, assim como, responsabilidades diferenciadas e parceladas na realização do cuidado (PINHEIRO, 2001).

Os serviços de Saúde passaram a ser concebidos como empresas que podem gerar lucros, com a realização de procedimentos que se traduzem em consumo de tecnologias, consumo de medicamentos e consumo de insumos em larga escala, entre outros. Esses serviços, portanto, tornam-se campos de trabalho amplamente lucrativos e com potencialidades positivas dentro da lógica capitalista, passando a ser absorvidos pelos crescentes investimentos do complexo industrial médico-farmacêutico. Esse fenômeno influencia e determina o modo como as práticas profissionais se direcionam, principalmente a partir da superespecialização, essa que se pauta na realização de procedimentos específicos para cada intervenção, tanto

para a realização de diagnóstico quanto par o caso das condutas terapêuticas, que sempre possuem valores agregados independentemente do seu resultado final (CAMPOS, 1992).

Outro elemento importante do trabalho em Saúde é a própria divisão social do trabalho decorrente da forma como as diferentes profissões se constituíram e se organizaram para realizar o cuidado em Saúde. Esse cuidado em Saúde se tem caracterizado pela

[...] separação entre concepção e execução; a padronização de tarefas distribuídas entre os diversos agentes, de modo que ao cuidador cabe o cumprimento da tarefa, afastando-o do entendimento e controle do processo; a hierarquização de atividades com atribuição de diferentes valores à remuneração da força de trabalho. (PIRES, 2008, p. 130-131).

Esse processo determina a alienação dos trabalhadores da Saúde, que acabam entendendo o trabalho como algo instrumental, realizado por meio de procedimentos, com fins nesses mesmos procedimentos, enfraquecendo a continuidade e a responsabilidade com o processo de recuperação e promoção da saúde individual ou coletiva. Ainda, como consequência ou reflexo originado na divisão do trabalho em Saúde, dificuldades são enfrentadas na comunicação e na realização do trabalho em equipe nos diferentes serviços de Saúde, apesar de ser reconhecida a necessidade da interdisciplinaridade, principalmente a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença, concepção na qual o trabalho em equipe só tem sentido a partir da comunicação e integração das profissões com ações e cooperações entre os envolvidos no processo de cuidado (PEDUZZI, 2008).

Os elementos descritos acima, associados ao baixo investimento em qualificação dos trabalhadores, reforçam os problemas enfrentados pelos serviços de Saúde. O investimento em projetos de educação permanente possibilita o desencadeamento de processos de mudanças que contemplem a problematização do trabalho para além do aspecto técnico-assistencial, e qualifique o trabalhador para o debate e a discussão da gestão do trabalho em Saúde no seu local de trabalho (CECCIM; FERLA, 2008).

Os aspectos descritos, que revelam como se caracteriza em geral o trabalho em Saúde no mundo atual, evidenciam elementos que o desumanizam, principalmente que desumanizam pela forma como foi se constituindo e é mantido com base na lógica mercadológica.

Com efeito, faz-se fundamental não perder de vista esse caráter contraditório apresentado pelos processos de trabalho e pelas práticas de saúde na contemporaneidade, nos quais se apresentam, contraditoriamente unidos, aspectos, simultaneamente, de humanização e de alienação na relação entre os sujeitos e destes com o mundo. (GOMES; SCHAIBER, 2011, p. 339).

O entendimento desses processos pode elucidar muitas das relações estabelecidas e condutas realizadas e assumidas como “verdades” nos serviços de Saúde, dentre eles, o hospital. Os processos de formação e de qualificação dos segmentos de Saúde, sobretudo dos trabalhadores e usuários, tornam-se uma necessidade contínua para o fortalecimento e a elucidação da sua condição enquanto pertencentes a uma determinada classe social. A apropriação de alguns elementos os qualifica para a participação social prevista pelo SUS, instrumentalizando-os para o enfrentamento dos limites, mas também os qualificando para as possibilidades e construção de novos modelos que permitam realizar um trabalho mais humanizado e relações mais democráticas nos locais de trabalho.

1.3 A instituição hospitalar

Na antiguidade, a existência do hospital era identificada com a função de acolher os marginalizados e os excluídos socialmente, assim servia de hospedaria a peregrinos, vagabundos, prostitutas, crianças e idosos, e ainda, como um espaço para a realização do cuidado mais voltado à alma do que às doenças do corpo (RIBEIRO, 1993). Já na Idade Média, o hospital vinculou-se a instituições religiosas, principalmente, ligadas ao cristianismo, contudo, permanecendo ainda como espaço de cuidado e apoio aos miseráveis e marginalizados, mas com um objetivo mais explícito de realizar a caridade e a salvação espiritual dos enfermos e também dos que realizavam o cuidado, ou seja, era um espaço de doação e penitência (FOUCAULT, 2006; RIBEIRO, 1993).

A partir do século XVIII, o hospital vai enfraquecendo o seu caráter missionário e religioso e vai se transformando em um lugar de tratamento e cura, além de ensino e pesquisa de doenças, principalmente, com o desenvolvimento científico e da medicina e a inserção gradativa do profissional médico no hospital. Desta forma, o médico passou a assumir um papel central nessa instituição, e como profissional apresenta-se “[...] indissociavelmente ligado a outro tipo de poder que não o clerical,

com funções delegadas pela autoridade pública. Passando a ser competência exclusiva sua examinar, internar, prescrever e dar alta” (RIBEIRO, 1993, p. 24).

O espaço do hospital vai transformando-se, pois além da inserção do médico, outras profissões vão sendo incorporadas ao cuidado no âmbito hospitalar, tais como: enfermeiros, farmacêuticos, entre outros. Logo se inicia um processo de transformações também do espaço físico com mudanças arquitetônicas, organizacionais (registros), assim como, de relações hierárquicas entre os profissionais. O hospital passou a assumir a característica de cura, de transmissão de saberes e também como um espaço responsável pela formação de novos profissionais. Para a realização do trabalho no interior dos hospitais a disciplina é adotada como método de organização e tratamento, bem como, em outras instituições sociais (FOUCAULT, 2006). Para tanto, instituiu-se a separação do doente de seu convívio social, elemento necessário para o desenvolvimento do trabalho no hospital que “[...] tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico” (FOUCAULT, 2006, p. 170-171).

Essa forma disciplinar de oferecer o tratamento em Saúde tem-se perpetuado ao longo do tempo nos hospitais, nos quais se exige do indivíduo doente e seus familiares uma adaptação ao espaço hospitalar e às mudanças consideradas necessárias e impostas pela instituição para a realização considerada adequada para o tratamento e conseqüentemente para a recuperação. Nesse cenário, o hospital vai tornando-se cada vez mais complexo, em que, além dos corpos, outros elementos passaram a ser controlados e contabilizados, como as internações, os procedimentos, o tempo de permanência, as altas, os óbitos, os custos e os trabalhadores.

Notadamente, em meados do século XX, o hospital assume as características de hospital contemporâneo, impulsionado pelo surgimento de quimioterápicos e de novos equipamentos (tecnologias), os quais encontram no hospital o espaço ideal para essas mercadorias serem consumidas, “[...] o hospital contemporâneo reproduz, de outro modo, o capital. Ele também é uma empresa, realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta e indiretamente” (RIBEIRO, 1993, p. 29).

Na atualidade, conforme descrito por Feuerwerker e Cecílio (2007), o hospital é uma das instituições sociais mais complexas que existe, podendo ser analisado a partir de diferentes critérios, tais como: o seu porte, o tipo de assistência prestada, o nível de complexidade, o modelo organizacional e de gestão, por compor a rede assistencial de Saúde, ou ainda pela interdependência de setores e serviços existentes no seu interior. Frente a essa complexidade organizacional, as linhas teóricas sobre como conduzir os hospitais têm se pautado pelo referencial funcionalista/sistêmico a partir da especialização da administração hospitalar. Essa abordagem considera o hospital a partir de seus setores e serviços e sua articulação e interdependência, a partir de uma lógica organizacional, mas essa abordagem torna-se insuficiente principalmente em hospitais públicos, os quais devem ser conduzidos a partir dos princípios do SUS (MERHY; CECÍLIO, 2003). Os autores reconhecem que o hospital funciona como um sistema, em certos aspectos, estruturado por partes e fluxos interdependentes, mas o que precisa ser considerado é que o hospital e a sua gestão é, acima de tudo, uma complexidade de relações institucionais, marcada por conflitos, diferentes grupos de interesses e disputas, mas ainda, como espaço social com condições de tomar novos rumos.

Frente aos inúmeros problemas e dificuldades que possam ser identificados nessa complexa organização, novos modelos de gestão e do cuidado em Saúde são necessários, que busquem de forma crítica, estabelecer novas relações de trabalho e cuidado nos hospitais, considerando todas as potencialidades e capacidades do trabalhador de Saúde, frente ao processo de recuperação de outros homens.

1.4 A gestão do trabalho em saúde

Os termos “gestão” e “administração” são muito próximos e dizem respeito à ação de governar pessoas, organizações e instituições.

[...] a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metabolismos/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores. (BRASIL, 2010, p. 13-14).

Campos (1994) identifica a gestão realizada nos serviços de Saúde, em sua grande parte, pautada na racionalidade gerencial e baseada nas teorias da administração. Nessa lógica, organiza-se o serviço a partir de uma racionalidade própria do modo de produção capitalista, em que as prioridades são a produção, a eficiência e o controle. Além disso, para atender a essa racionalidade capitalista, a gestão hospitalar frequentemente é baseada em modelo burocrático, com uma estrutura piramidal de autoridade.

Essa modalidade de organização do trabalho em Saúde pode ser identificada na maioria das instituições hospitalares e, em sua lógica interna, apresenta uma divisão do cuidado — do “cuidado” como serviço hospitalar principal — entre as profissões, especialidades e diferentes setores e áreas, além da hierarquia entre as funções mais complexas e intelectuais, distanciando-se das que oferecem suporte e assistência de forma direta ou indireta aos usuários.

Outros elementos importantes presentes nessa instituição são o excesso de padronização de rotinas, de procedimentos, de protocolos e de normas instituídas para serem seguidas tanto pelos trabalhadores como pelos usuários e familiares. Assim, trabalhadores e profissionais que atuam em hospitais, mesmo com especificidades e relativa autonomia em seu trabalho, realizam e organizam o trabalho a partir das decisões e orientações gerais das instâncias hierárquicas às quais são subordinados. Essa forma de organizar o trabalho é historicamente vivenciada e defendida como necessária para a condução da gestão, dada a complexidade desse tipo de instituição social.

Nas instituições em que a organização do trabalho se apresenta de uma forma rígida, nelas há uma limitação do trabalhador na realização de tarefas, anulando aspectos subjetivos e criativos inerentes à relação do homem com seu trabalho (MORAES; VASCONCELOS; CUNHA, 2012). Assim, portanto, elementos presentes nos locais de trabalho podem desencadear e expor o trabalhador a danos decorrentes da organização do trabalho, danos como a falta de reconhecimento das potencialidades, capacidades e habilidades do trabalhador.

Além desses aspectos, o trabalhador da Saúde, na realidade brasileira, enfrenta um cenário representado por problemas como “[...] a precarização dos ambientes e condições de trabalho e as dificuldades no âmbito da organização e relações sociais de trabalho de gestão ainda tradicional” (SANTOS-FILHO, 2009a, p.

73). Frente à complexidade de cada situação vivenciada cotidianamente na instituição hospitalar, parece certo a existência de limitações no enfrentamento pelos sujeitos diretamente envolvidos sejam eles trabalhadores, gestores ou usuários.

A maioria dos serviços organiza e estrutura o cuidado por “função” de cada profissional, o que dificulta atender às reais necessidades dos usuários. De acordo com Campos e Rates (2008), o cuidado deve ser organizado por “processos de trabalho”, envolvendo, além dos profissionais, o apoio administrativo e logístico necessários para a promoção da saúde.

Campos e Amaral (2007) defendem que, para mudanças efetivas no contexto hospitalar, para isso se fazem necessárias reformas no modelo tradicional de administração hospitalar e no cuidado em Saúde. São reformas que implicam mudanças nas formas de realizar a atenção e a gestão, pois atenção e gestão necessariamente precisam contemplar a participação e o protagonismo de usuários e de trabalhadores. Havendo participação e protagonismo, isso colocando no centro das discussões um dos aspectos mais importantes do trabalho em Saúde, que é a responsabilidade na realização do cuidado, ou seja, o comprometimento com a vida humana.

Dessa forma, Campos e Amaral (2007) indicam algumas referências técnico-operacionais para mudanças na forma de realizar o cuidado e a gestão dos hospitais. Para isso sugerem a implantação dos seguintes mecanismos:

- a) Os *projetos terapêuticos singulares*, definidos como discussão de caso entre a equipe, que contemple a contribuição interdisciplinar dos diferentes profissionais que compõem o quadro de funcionários ou envolvidos na assistência ao usuário, para além da descrição clínica do caso, incluindo a revisão e reavaliação do diagnóstico e dos riscos, bem como a redefinição das ações dos envolvidos no cuidado.
- b) As *visitas interdisciplinares* nos leitos de internação, que podem ser realizadas semanalmente ou conforme definição da equipe, com o profissional responsável pelo caso e demais profissionais que realizam a assistência direta e/ou um profissional especialista que possa contribuir positivamente nas condutas terapêuticas e/ou no apoio psicossocial.

c) O *apoio matricial*, que oferece o suporte especializado às equipes e aos profissionais que atuam nos diferentes setores e unidades de internação. Dessa forma se pode oferecer apoio assistencial e técnico-pedagógico aos responsáveis técnicos pela assistência direta ou equipes de referência, com o objetivo de instrumentalizá-los para qualificar a assistência prestada nas unidades de cuidado.

d) Os *conselhos de gestão*, cuja implantação constitui outro espaço para ampliar e garantir a participação democrática nos serviços de Saúde, pois prevê a participação de representantes da direção, dos usuários e de trabalhadores. Torna-se um espaço no qual se discute e se delibera sobre os problemas, formas de enfrentamento e de avaliação da assistência prestada. Sua implantação significa o cumprimento de um princípio do SUS, o princípio que estabelece a participação de trabalhadores e da comunidade na gestão, como exercício democrático e de cidadania.

e) A *cogestão ou gestão participativa*, que visa oferecer sustentação a outros processos, instrumentos e metodologias que valorizam o protagonismo dos sujeitos envolvidos no cuidado em Saúde. Envolve a escuta das necessidades e dos interesses dos sujeitos concretos que participam do processo de cuidado. Pode ocorrer por meio de colegiados, mas não se restringe aos elementos gerenciais dos hospitais, podendo ser exercida entre as unidades de cuidados e práticas profissionais e entre os trabalhadores estimulando a prática interdisciplinar.

Esses mecanismos podem ser propulsores de mudanças na gestão e na organização do trabalho nos hospitais, quando assumidos como instrumentos que promovam a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores nesses espaços. Esforços coletivos são necessários para romper com as heranças disciplinadoras e normativas nas quais o hospital e as profissões de Saúde foram consolidados, assim, pode-se avançar na luta pela superação das práticas autoritárias e desumanizadas presentes nos serviços de saúde.

1.5 A Política Nacional de Humanização

O tema da humanização no campo da Saúde, no Brasil, não pode ser considerado como algo inédito, pois suas origens são evidenciadas no próprio Movimento da Reforma Sanitária (MRS) brasileiro, movimento que se iniciou em meados da década de 1970, quando se denunciava o autoritarismo existente nos serviços com a centralidade no profissional médico, práticas com ênfase curativa e abusos realizados na relação entre profissionais de Saúde e usuários (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Impulsionado pelo MRS e pelas lutas populares, na Constituição Federal de 1988 garantiu-se a Saúde como um direito de todos e dever do Estado. Assim, por meio da Lei Federal nº 8.080/1990, regulamentou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecido como política pública de Saúde, garantindo-se os princípios da universalidade do atendimento, descentralização, regionalização da atenção e da gestão da Saúde. E, em seguida, com a Lei Federal nº 8.142/1990, definiu-se a descentralização dos recursos e a participação da comunidade mediante conferências e conselhos de Saúde. Assim, portanto, a partir da década de 1990 há uma nova configuração da política de Saúde, política nova que passou a exigir de gestores e de trabalhadores uma nova concepção de Saúde, agora baseada no direito à Saúde a todos os cidadãos.

Segundo Costa (2000), o SUS inaugura um modelo de assistência à Saúde baseado na universalização, descentralização e participação da população na política de Saúde, passando a exigir novas formas de organização do trabalho em Saúde, com novas características de gestão, processo de trabalho e modalidades de cooperação entre os serviços e esferas de governo. Mesmo assim, contudo, o conjunto de ações e de mudanças ocorridas desde a sua criação, “[...] não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade de recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa” (COSTA, 2000, p. 41).

Como elemento de possível enfrentamento das questões elencadas, a partir de 2000 o tema da humanização ressurgiu em espaços de debate e de controle social, com destaque para a 11ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde com

controle social”, cujo relatório final descreve a necessidade da humanização no cuidado aos usuários, melhorias da qualidade técnica na assistência com ênfase no acolhimento com resolutividade. Mas também identifica que a falta de qualidade dos serviços prestados está relacionada, diretamente, à falta de recursos materiais e às condições negativas às quais os trabalhadores são submetidos nos serviços de Saúde, refletindo diretamente nas relações entre trabalhadores e usuários (BRASIL, 2001b).

No mesmo ano foi criado o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) (2000-2002) pelo Ministério da Saúde. O PNHAH foi elaborado como estratégia de enfrentamento a inúmeras e frequentes reclamações dos usuários atendidos pelo SUS, principalmente em instituições hospitalares. Além do PNHAH, o MS apresentou para os serviços hospitalares nesse período as seguintes ações: (i) Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000), (ii) Programa de Acreditação Hospitalar (2001), (iii) Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) e (iv) Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000). De acordo com Benevides e Passos (2005), nem todas as ações do MS desse período incorporaram o termo “humanização”, mas analisam que há uma associação entre “humanização” e “qualidade” e acrescentam que:

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390).

De fato, o PNHAH limitou-se a realizar mudanças com impacto direto na qualidade e na eficácia da gestão e atenção com ênfase no relacionamento entre profissionais e usuários buscando alcançar “[...] melhores resultados no atendimento aos usuários e ao fortalecimento do compromisso de toda equipe de profissionais com a mudança de cultura do atendimento à saúde nos hospitais” (BRASIL, 2001b, p. 11). Dessa forma, já se previa a constituição de comitês de humanização, com membros representantes dos trabalhadores e com a responsabilidade de estimular práticas que contemplassem o atendimento humanizado, identificando problemas de funcionamento do hospital, ações programadas de mudanças necessárias

envolvendo trabalhadores e usuários, melhoria na comunicação e integração com a comunidade (BRASIL, 2001b).

Em 2003, com as mudanças no cenário político do país e com a intenção de transformar e integrar as ações e programas que já contemplavam a humanização na atenção em Saúde e, em especial o PNHAH, o Ministério da Saúde transformou o referido programa na Política Nacional de Humanização (PNH), deixando, dessa forma, de ser um programa isolado para assumir um caráter transversal com as demais ações e níveis de atenção da rede de atenção à Saúde (BRASIL, 2004). Diferenciando-se de outras ações ou políticas, a implantação da PNH “[...] optou pela não institucionalização por meio de portaria ou norma, marcando sua força instituinte como uma política/movimento que dispara transformações de modelo de atenção e gestão de processos de trabalho em saúde” (TRAJANO, 2010, p. 109).

Apesar das conquistas e dos avanços alcançados com o SUS, muitos problemas persistem e são facilmente identificados no cotidiano dos serviços de saúde, como a fragmentação dos processos e das relações de trabalho; a fragmentação entre os diversos serviços que compõem a rede assistencial; a falta de qualificação e falta de preparo dos profissionais em conduzir situações subjetivas e de dimensões sociais; a falta de qualificação de modelos e formas de gestão participativa; poucas experiências de gestão participativa que envolvam os trabalhadores, usuários e gestores como prática efetiva de administrar e gerir os serviços de saúde; práticas profissionais e normas institucionais que desrespeitam os direitos dos usuários e a inexistência ou ineficácia do controle social (BRASIL, 2004).

Todos esses elementos se apresentam de forma isolada ou no seu conjunto dificultando o avanço do SUS como política pública, distanciando-se de seus princípios e direitos constitucionais. Esses problemas são apresentados pela PNH como desafios a serem superados em toda a rede assistencial do SUS. Um dos caminhos propostos é o resgate da humanização:

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BRASIL, 2004, p. 6).

Para Benevides e Passos (2005), a PNH propõe estratégias metodológicas que envolvem a inseparabilidade entre a atenção e a gestão, e da transversalidade entre as práticas e os serviços de Saúde. São direções que mostram um norte para a sua realização, contudo é somente a partir do encontro dos coletivos e de mudanças no modo como os sujeitos concretos se relacionam que podem desencadear movimentos que possam transformar a realidade dos serviços de saúde com vistas à humanização.

Cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde compõem, na verdade, uma só realidade, de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 392).

Assim, portanto, a PNH deve contribuir para a análise dos processos de trabalho para impulsionar a mudança de práticas já tão cristalizadas ao longo do tempo pela ampla maioria dos serviços de saúde que se baseiam na “[...] racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar)” (SANTOS-FILHO; BARROS DE BARROS; GOMES, 2009, p. 604). Ao mesmo tempo também representa um movimento dentro do SUS de valorização e de resgate da capacidade criativa e autônoma do trabalhador da Saúde (PASCHE; PASSOS, 2008).

A PNH caracteriza-se como uma política de fortalecimento e qualificação da atenção e gestão, e como forma de ampliar o exercício de processos democráticos no interior dos serviços, com apoio e fortalecimento do controle social, com base na tríade de princípios — transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo — voltados para impulsionar as mudanças (BRASIL, 2012a).

- 1) A transversalidade compreende o processo de comunicação e conexão entre os diferentes grupos e áreas de conhecimentos existentes nos serviços de saúde;
- 2) A compreensão da indissociabilidade entre atenção e gestão propõe que, para se realizarem as mudanças na forma do cuidado, é necessário que ocorram mudanças também na forma de gestão e dos processos de trabalho, visando à sua integralidade;

3) O protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, terceiro princípio da PNH, baseia-se no respeito às singularidades e na responsabilidade do cuidado, visando compartilhá-las entre os usuários, trabalhadores, gestores e a rede social.

O método da PNH é definido a partir da “[...] inclusão, nos processos de produção de Saúde, dos diferentes agentes implicados nesses processos. Podemos falar de um método de tríplice inclusão” (BRASIL, 2012a, p. 24), envolvendo diretamente gestores, trabalhadores e usuários, por meio de rodas de conversa, análise dos conflitos e a inclusão das organizações que representem a coletividade, objetivando a integralidade das redes de serviços de saúde.

A partir do método supracitado, a PNH tem as suas diretrizes representadas pelas propostas de clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes e da construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2012a).

Para desenvolver os princípios e as diretrizes da PNH, devem ser utilizados dispositivos que se caracterizam por elementos necessários para potencializar um processo de mudança, que podem ser mudanças materiais, como uma reforma arquitetônica, revitalização de espaços, manuais de procedimentos, entre outros, ou imateriais que passam pela construção de conceitos, valores, posturas e atitudes (BRASIL, 2012a).

Pasche e Passos (2008, p. 97), definem e agrupam os dispositivos da PNH da seguinte forma:

(1) Acolhimento com classificação de risco: recepção do usuário, desde sua chegada ao serviço de saúde, com responsabilização integral por ele, priorizando-se a atenção de acordo com o grau de sofrimento e não pela ordem de chegada aos serviços de saúde.

(2) Colegiados gestores: construção de espaços coletivos em que é feita a análise dos contextos, problemas e situações e a tomada das decisões tanto no que se refere à condução da organização, quanto do cuidado. Sistemas colegiados de gestão, que incluem: Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); Câmaras Técnicas de Humanização (CTH); Contratos de Gestão;

sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde (gerência de “porta aberta”, ouvidorias, pesquisas de satisfação, etc.).

(3) Programa de Formação em Saúde e Trabalho – Comunidade Ampliada de Pesquisa; Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde.

(4) Equipes de Referência e de Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, a partir da corresponsabilização e de uma ação sempre singular.

(5) Projetos de ambiência: envolve os ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais, os quais devem estar relacionados a um projeto de Saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva, humanizada e para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

(6) Direito de acompanhante e visita aberta a todos os pacientes internados.

(7) Construção de processos coletivos de monitoramento e avaliação das atividades de humanização.

É importante destacar que os dispositivos são ações e espaços que podem materializar os conceitos e as ideias principais da PNH, uma vez que resultam dos princípios, das diretrizes e do método da própria política (PASCHE; PASSOS, 2008).

Santos-Filho; Barros; Gomes (2009, p. 611) consideram a PNH e seus dispositivos como “[...] uma estratégia que se tem constituído como uma forte aliada, quando temos como princípio a ampliação e afirmação do SUS que dá certo”. Então, porém, para concretizá-los, esforços coletivos são necessários para a análise crítica e acompanhamento dos processos de implantação e funcionamento, para que os dispositivos da PNH não sejam mantidos por obrigatoriedade institucional ou realizados sem provocar mudanças nos processos de trabalho e no modo de produzir saúde.

Visando promover mudanças na qualidade das relações entre os sujeitos, os conceitos e as práticas profissionais enraizadas ao longo do tempo na instituição hospitalar, a partir de certos princípios, de certas diretrizes e de certos dispositivos, a

PNH indica os “parâmetros para implementação de ações de humanização na atenção hospitalar” que podem ser desenvolvidos por meio de ações, de conceitos e de espaços que contemplem a inclusão dos trabalhadores e dos usuários, além de gestores, bem como institui processos democráticos nos âmbitos do cuidado, dos processos de trabalho e de gestão dentro do hospital (BRASIL, 2010). Os principais parâmetros previstos na PNH para os hospitais podem ser assim sintetizados (BRASIL, 2012a):

- (1) implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH);
- (2) garantia de visita aberta e da presença do acompanhante;
- (3) implantação de mecanismos de recepção com acolhimento aos usuários;
- (4) implantação de mecanismos de escuta para a população e para os trabalhadores (ouvidorias, gestão de porta aberta);
- (5) estabelecimento de equipe multiprofissional de referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- (6) implantação de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia);
- (7) implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- (8) garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;
- (9) promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da Saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho;
- (10) realização de atividades sistemáticas de formação, articulando processos de educação permanente em Saúde para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e pelos conceitos da PNH;

(11) organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão.

Os parâmetros citados visam contemplar as necessidades dos diferentes sujeitos. Assim, em determinado campo, indicam ações específicas para os usuários e para os trabalhadores e, ainda, um espaço que possibilite o encontro entre esses segmentos e os gestores. Então, portanto, uma das primeiras condições para se iniciarem ações ou mudanças indicadas pela PNH nos hospitais, apesar de sua complexidade assistencial e gerencial, está relacionada à junção dos diferentes sujeitos para a escuta das necessidades, dos interesses, dos problemas e, com isso, a criação de estratégias e de possibilidades de mudanças. Ocorre, contudo, que o encontro dos diferentes sujeitos também é permeado por diferentes interesses e representações de cada segmento que se relacionam a partir do trabalho no ambiente hospitalar, portanto o conflito de interesses é inerente a esse processo, mas que não deve se tornar um empecilho para a defesa de um local melhor para se trabalhar e realizar o cuidado em Saúde.

O SUS possibilitou à sociedade brasileira a participação na construção da política de Saúde. A PNH propõe, através de seus princípios e diretrizes, efetivar experiências democráticas no interior dos serviços, local do concreto vivido, mas isso não é uma tarefa simples ou fácil; no entanto, pode, sim, se concretizar em uma estratégia de fortalecimento de trabalhadores e usuários da Saúde.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de pesquisa

Conforme Minayo (2008), a pesquisa social possui uma carga histórica na qual o presente possui marcas do passado e, a partir das experiências concretas, os homens, os grupos e a sociedade realizam projetos futuros. Assim, portanto, o objeto e a pesquisa nas Ciências Sociais possuem um caráter de provisoriedade marcado pelas possibilidades de novas projeções sociais a partir de interesses e desejos, das condições dos homens e de sua realidade social presente.

Dessa forma nos aproximamos do método qualitativo para a realização da presente pesquisa, por contemplar e se dedicar “[...] ao estudo da história, das relações, representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008, p. 57). Ainda conforme a autora, as metodologias qualitativas visam à compreensão dos significados e das intencionalidades, que constituem a dinâmica das relações sociais de determinados atores, grupos e instituições.

Dentre as várias possibilidades da pesquisa qualitativa, optou-se pelo estudo de caso, que, de acordo com Stake citado por André (2008, p. 18-19), “[...] é o estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular, levando a entender sua atividade dentro de importantes circunstâncias”. Então, portanto, apesar de os hospitais de ensino fazerem parte de uma política assistencial compartilhada com outras organizações, considera-se que há aspectos e fenômenos presentes no HUOP, que só poderão ser apreendidos com uma abordagem que busque explicar e compreender a sua realidade de forma singular.

2.2 O campo de pesquisa

O campo corresponde à realidade ou abrangência a partir do recorte teórico realizado pelo pesquisador ao seu objeto de estudo. Segue-se, portanto, que o trabalho de campo se apresenta como essencial e como característica da pesquisa qualitativa, pois possibilita a interação entre o pesquisador e os sujeitos ou grupos pesquisados (MINAYO, 2008).

O campo da pesquisa foi o HUOP, cuja construção se iniciou em 1977 com o objetivo de ser um hospital regional para atender aos trabalhadores da Usina Hidrelétrica de Itaipu e a população da região Oeste, que sofria os impactos causados pela construção do lago e da referida hidrelétrica. Por razões políticas, a obra foi, no entanto, interrompida em 1982, sendo retomada em 1987 e concluída em 1989 (ZANATTA, 2003). Onze anos depois, em 2000, face aos problemas financeiros e de gestão que enfrentava, isso associado à necessidade de reconhecimento do Curso de Medicina, o hospital foi assumido pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e transformado no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (ver Lei Estadual nº 13.029, de dezembro de 2000). Depois, mediante o Decreto nº 3567, de março 2001, o governo do Estado autorizou a realização de concurso público com abertura de 430 vagas para agentes universitários.

Após a transformação em hospital universitário, a antiga direção permaneceu até setembro de 2001. Desde então, já se passaram quatro gestões na universidade e inúmeras gestões no HUOP, cujas diretorias são indicadas pela reitoria, com exceção da direção de enfermagem, que elege seu diretor, mas que também depende da nomeação do Reitor. A estrutura organizacional do HUOP é composta pela Direção Geral; Direção Administrativa; Direção Pedagógica; Direção de Enfermagem; Direção Financeira e Direção Técnica. Além de 40 divisões e 112 seções divididas entre serviços técnicos, de apoio e administrativos.

Em razão de sua capacidade operacional, classifica-se como um hospital de médio porte e alta complexidade com atendimento de urgência e emergência, sendo referência para a Região Oeste e Sudoeste do Paraná, prestando atendimento em diversas especialidades profissionais. O HUOP atualmente possui 195 leitos e conta com os seguintes serviços/unidades: pronto-socorro (urgência e emergência); Unidades de Tratamentos Intensivos (adultos, pediátricos e neonatais); unidades de internação com leitos cirúrgicos e clínicos (adultos e pediátricos e neonatais); centro obstétrico; maternidade; ambulatório de especialidades médicas; banco de leite

humano; centro de atenção e pesquisa à anomalias craniofaciais (CEAPAC); laboratório de análises clínicas, ensino, pesquisa e extensão (LACEPE) e serviço de diagnóstico por imagem. É hospital de referência em atendimentos de alta complexidade para gestação de alto risco, ortopedia e traumatologia, cirurgia vascular, neurologia e neurocirurgia, e tratamento de HIV.

Atualmente há 838 trabalhadores concursados, dos quais 184 estão lotados na Secretaria Estadual de Saúde (SESA) e 654 na Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia (SETI), além de trabalhadores contratados, nomeados, terceirizados e estagiários. A organização sindical dos trabalhadores ocorre a partir de dois principais sindicatos, sendo que 80% dos trabalhadores da SESA estão filiados ao Sindicato dos Servidores Estaduais da Saúde (SindSaúde). Já 53% dos trabalhadores da SETI ligados diretamente a Unioeste encontram-se filiados ao Sindicato dos Trabalhadores de Estabelecimento de Ensino Superior (Sinteoeste). Há, portanto, aproximadamente 500 trabalhadores do HUOP sindicalizados (informações colhidas nos sindicatos).

2.3 A coleta de dados

As fontes utilizadas para a obtenção dos dados empíricos da pesquisa de campo foram documentos e entrevistas. Os documentos utilizados foram os Planos Operacionais Anuais (POA) de 2007/2008, 2008/2009, 2010/2011, 2012/2013 e 2013/2014; o Plano Diretor 2013/2017 e as 73 atas das reuniões da Comissão de Humanização realizadas no período de maio de 2008 a outubro de 2013. A pesquisa documental permite ao pesquisador um recorte longitudinal, pois auxilia a entender fenômenos, grupos, práticas desde seu surgimento e como foram se construindo ao longo do tempo (CELLARD, 2010).

Para a realização das entrevistas foi utilizado um roteiro semiestruturado. Antes da realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa foram realizadas duas entrevistas-piloto com membros de comissões de humanização, sendo uma com profissional do HUOP que acompanhou e participou de alguns momentos das reuniões da CH e a outra com um profissional de hospital distinto que também possui Grupo de Humanização atuante. Após a realização das entrevistas-pilotos construiu-se a versão final do roteiro semiestruturado (APÊNDICE A). Segundo Minayo (2010), a entrevista é, acima de tudo, uma conversa a dois, ou com vários interlocutores,

realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a obter informações relevantes para um objeto de pesquisa de temas pertinentes tendo em vista os objetivos do estudo.

2.4 Amostra

Na abordagem qualitativa, o critério da amostra não é numérico, mas é necessário elaborar a justificativa e a delimitação dos sujeitos entrevistados (MINAYO, 2008). Assim, portanto, fizeram parte do presente estudo 13 sujeitos que participaram das entrevistas. Os sujeitos que fazem parte da pesquisa foram selecionados intencionalmente entre os membros da CH que estavam participando ativamente ou que participaram por algum período anterior, sendo este o único critério para a sua inclusão, além do aceite. O número de sujeitos foi constituído com base no critério de saturação do conteúdo das respostas (FONTANELLA; RICAS E TURATO, 2008). A pesquisa documental ocorreu entre maio e junho de 2014 e as entrevistas foram realizadas no período de dezembro 2014 a fevereiro de 2015.

2.5 Aspectos Éticos

Inicialmente obteve-se autorização da Direção Pedagógica do HUOP (ANEXO A) para a realização da pesquisa. Com isso protocolou-se o projeto de pesquisa junto ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Unioeste, cuja aprovação consta do Parecer nº 558.300/2014 (ANEXO B). A realização da entrevista-piloto ocorreu mediante parecer da Comissão para Análise de Projetos de Pesquisas (CAPP), do Hospital do Câncer de Cascavel (ANEXO C). As entrevistas só se iniciaram após os sujeitos terem sido informados sobre o objetivo da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas, transcritas de forma literal e, na apresentação dos resultados, foram adotados recursos de codificação, garantindo o anonimato dos sujeitos participantes.

2.6 Tratamento dos dados da pesquisa de campo

O primeiro momento da pesquisa de campo consistiu na realização da pesquisa documental, que incluiu a análise de cinco POAS, um Plano Diretor e 73 Atas das reuniões da CH realizadas entre 2008 e 2013. Das atas foram selecionados os principais assuntos discutidos e relacionados às diretrizes e aos dispositivos da PNH, assim como os encaminhamentos, cujos dados foram transcritos em tabelas do *Word*. Já com os POAs e com o Plano Diretor, com esse documentos se buscou identificar como a PNH tem sido contemplada nos referidos documentos de planejamento de gestão.

Os dados obtidos das entrevistas compõem o segundo momento da pesquisa e, como proposto por Minayo (2008), após a realização das entrevistas iniciou-se a ordenação dos dados, ordenação que correspondeu às transcrições das entrevistas, preservando na íntegra a fala dos sujeitos. Para a classificação dos dados realizou-se uma primeira leitura, que corresponde à leitura flutuante das transcrições com o objetivo de aprofundar o contato com o material coletado. O segundo momento correspondeu às leituras transversais, feitas para agrupar os temas e as ideias centrais, visando à construção de núcleos temáticos a partir da sua representatividade, com a finalidade operacional de compreensão de relações específicas do contexto da pesquisa, a partir da perspectiva do pesquisador. Eles permitem ao pesquisador aproximar-se melhor da realidade investigada; são identificados a partir da realidade empírica e construídos após a leitura dos materiais coletados e a organização dos relatos. Foram encontrados nove núcleos temáticos: (i) motivações para participar da CH; (ii) aprendendo sobre humanização; (iii) a participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários na implementação da PNH no HUOP; (iv) os espaços de participação democrática no HUOP; (v) a ausência de participação e o trabalho desumanizado; (vi) as ações de humanização realizadas pela CH do HUOP; (vii) dispositivos da PNH implantados no HUOP na percepção dos trabalhadores; (viii) o Programa de Desenvolvimento do Agente (PDA) como estratégias de Humanização; e (ix) a falta de recursos financeiros para a CH.

Os núcleos temáticos foram interpretados e analisados com base nos significados representados nas falas e nas categorias de análise que compuseram o referencial teórico. Ainda, na interpretação, estabeleceram-se comparações dos achados da pesquisa com as propostas presentes na Política Nacional de

Humanização e em achados de outros pesquisadores no sentido de contribuir para explorar a realidade, assim ampliando o conhecimento sobre a temática e buscando responder aos objetivos da pesquisa.

3 O HUOP E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Neste capítulo apresentam-se os resultados e as análises dos documentos e dos dados da pesquisa de campo realizadas no HUOP, o que possibilitou compreender como essa política tem sido conduzida pela gestão e como tem sido considerada pelos trabalhadores membros da CH.

3.1 A institucionalização da Política Nacional de Humanização no HUOP

Três anos após a transformação do HUOP em hospital de ensino e frente às crises e aos problemas vivenciados pelos hospitais de ensino brasileiros, foi criada, em 2003, a comissão de reestruturação dos hospitais de ensino por meio da Portaria Interministerial MS/MEC/MCT/MPGO nº 562/2003, com o envolvimento dos Ministérios da Saúde e da Educação, tendo por objetivo realizar o diagnóstico e a avaliação dos hospitais de ensino brasileiros. Como resultado desse processo, foi elaborado o programa de reestruturação dos hospitais de ensino, com duas iniciativas principais: a certificação e a contratualização dos referidos hospitais (WANDERLEY; MOREIRA, 2012).

A certificação, conforme a Portaria nº 2.400/MEC/MS, de 2007, estabelece critérios para que os hospitais sejam reconhecidos como hospitais de ensino, tais como: manutenção atualizada de registros curriculares de alunos e residentes; plano de residência médica e preceptoria presencial; instrumentos e instalações adequadas para a prática de ensino, assim como comissões permanentes de ações pertinentes às instituições hospitalares.

A contratualização, segundo a Portaria Interministerial MS/ MEC nº 1006, de 27/5/2004, estabelece que os representantes legais do hospital e gestor local e regional do SUS realizem o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas nos processos que envolvem a assistência, o ensino, a pesquisa e a própria gestão do SUS. Esses resultados são acompanhados e atestados pelos conselhos gestores ou comissões de acompanhamento do contrato (WANDERLEY; MOREIRA, 2012).

O contrato de gestão é um instrumento gerencial que tem sua origem na administração por objetivos ou na administração sistêmica por objetivos e resultados. Faz parte do processo da contratualização, o Plano Operativo Anual (POA), no qual

devem ser apresentadas todas “[...] as ações, os serviços, as atividades, as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde” (WANDERLEY; MOREIRA, 2012, p, 15).

Em 2007, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/Fundo Estadual de Saúde (na condição de contratante), firma o Contrato nº 0306-002/2007–DSS, com a UNIOESTE/HUOP, ficando estabelecido que o HUOP realize:

[...] serviços ambulatoriais e hospitalares aos usuários do SUS, que deles necessite, dentro dos limites quantitativos que serão distribuídos por níveis de complexidade e de acordo com as normas do SUS, visando à garantia da atenção integral à saúde dos munícipes que integram a região de abrangência/referência da CONTRATADA e conforme Plano Operativo previamente definido entre as partes. (PARANÁ, 2007, p. 1).

Assim, é constituído o primeiro POA 2007/2008 do HUOP, e, dentre outras ações que o hospital pactuou, destaca-se a PNH, com as metas de implantação dos parâmetros de humanização em hospitais. A humanização tornou-se, então, uma meta pactuada pelo hospital e passou a ser avaliada e pontuada para o repasse de recursos estaduais.

A PNH tem sido incorporada em importantes documentos de gestão e, conforme neles descrito, há objetivos e metas definidas de humanização para a implementação no HUOP. Nesse processo, a criação e a manutenção de uma Comissão de Humanização (CH) passaram a ser obrigatórias para o hospital. As comissões ou Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) é um dos dispositivos da PNH que possibilita a reunião de trabalhadores, gestores e usuários, motivados a debater sobre o serviço de Saúde a partir da representação das necessidades de cada sujeito. Esse encontro possibilita dialogar sobre os diferentes aspectos e relações estabelecidas e apontar para processos de mudanças, visando o cuidado e um trabalho em Saúde mais humanizado para todos (BRASIL, 2012b).

Desde o início do processo de credenciamento do HUOP, processo que começou em 2006, já era prevista a constituição de uma CH como um dos requisitos. Nesse período foi criada, no hospital, a coordenação de comissões e credenciamentos do HUOP, com um responsável pela estruturação das comissões. Para isso, foram convidados, para compor e estruturar a referida comissão, representantes da direção de enfermagem, da direção clínica e da direção administrativa; dos colegiados de medicina, de enfermagem e de fisioterapia, dos setores de recursos humanos,

internamento, recepções, e dos setores de psicologia e serviço social. Não foram, porém, encontrados registros das reuniões, senão apenas alguns documentos referentes ao início dessas atividades, sendo o processo interrompido por mudanças internas na administração. Os dados para a presente pesquisa são a partir do ano de 2008, quando foi institucionalizada a CH do HUOP e nomeados seus primeiros integrantes efetivos.

O estabelecimento das gestões da CH se deu pelas portarias de nomeação e pelos registros encontrados nas atas das reuniões, sendo identificadas três gestões no recorte da pesquisa: (1ª) de março de 2008 a outubro de 2008, (2ª) de novembro de 2008 a novembro de 2010 e (3ª) de dezembro de 2010 a julho de 2013. Pode-se observar, nas portarias, a quantidade de componentes e o respectivo cargo ou função exercida por cada membro no HUOP (APÊNDICE C). A constituição da CH do HUOP está descrita no regulamento interno (ANEXO E) e prevê a participação de representantes da direção, das áreas médica, enfermagem, fisioterapia, serviço social, psicologia, nutrição, técnico administrativo, serviço de apoio, de imagem, laboratório e farmácia. Identificou-se, porém, pelas atas das reuniões e pelas portarias, que os representantes das direções e da medicina participaram por apenas alguns meses, e ainda há pouca participação da equipe de enfermagem. A participação de representantes da gestão, profissionais da medicina e da enfermagem constitui fator essencial no âmbito de uma comissão que pretende discutir assuntos relacionados à PNH, pois essa política envolve diretamente a gestão e o cuidado. Atualmente, para o seu funcionamento, a CH conta com um coordenador, um vice-coordenador e com o apoio administrativo do setor de coordenação das comissões do HUOP. As reuniões são mensais e extraordinárias, conforme a necessidade.

Pensar processos que se aproximem da humanização nas instituições, como visto no referencial teórico, implica a existência de modelos de gestão democráticos e que contemplem a participação e o protagonismo de usuários e de trabalhadores nos processos decisórios. Cabe destacar que, desde a criação do HUOP, em 2000, apesar de cada período ser marcado por um contexto político específico e ter sido administrado por grupos distintos, a base do modelo de gestão do hospital se manteve a mesma, ou seja, com estruturas organizacionais verticais, sem a instituição de espaços de efetiva participação de trabalhadores e de usuários em processos decisórios. Esse modelo de gestão, segundo Campos (2005, p. 23), “[...] produz

sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria”.

Campos (2006, p. 110) refere ainda que, nos serviços de Saúde, as gestões são compostas por um “corpo de médicos”, o qual detêm grande poder e exerce grande influência sobre os processos de trabalho frente aos demais trabalhadores, e que esse tipo de gestão “[...] não pressupõe a mudança, é marcadamente um método conservador de gestão”. Esse é um fenômeno importante para se entenderem as práticas e as dinâmicas dos serviços, identificando como os interesses permeiam esses espaços.

Conforme defendido por Cecílio (1997), para mudanças no modelo de gestão nos hospitais seria necessário, primeiramente, a extinção de organogramas verticalizados que possuem centralidade em direções, principalmente a direção clínica, a direção de enfermagem e a direção administrativa; o cuidado passaria a ser organizado em unidades de trabalho e entre as diferentes áreas e profissões; contando com a gestão colegiada do hospital como um todo e também nas unidades de cuidado, com a participação dos gerentes de todas as unidades com vistas à qualidade dos serviços oferecidos aos usuários. O referido autor descreve, contudo, que tais mudanças têm se mostrado um desafio, e sinaliza que os principais empecilhos são, primeiro, a resistência dos profissionais às mudanças e destaca resistência principalmente entre os médicos e os enfermeiros e, segundo, a falta de profissionalização para os cargos de gerência. Talvez a resistência descrita pelo autor possa ser decorrente dos processos de mudança que não são protagonizados pelos trabalhadores, mas como uma proposta da gestão e não construída com a participação coletiva.

Campos e Amaral (2007) afirmam que, para haver avanços nas formas de produzir o cuidado em Saúde, são necessárias mudanças nos modelos tradicionais de gestão, que devem contemplar o exercício da gestão compartilhada, com a descentralização de poderes no interior das instituições e, portanto, a mudança nos modelos organizacionais verticalizados e a avaliação de novas formas que busquem mudanças técnico-operacionais necessárias para a realização do cuidado que também passa a ser pensado coletivamente. Segue-se, portanto, que a mudança no modelo de gestão pode favorecer experiências mais democráticas, com a criação de espaços que possibilitem o diálogo e a participação, mas, necessariamente, posturas

e concepções que se aproximem dessa lógica também necessitam ser incorporadas, para que de fato o processo seja legítimo e consiga, ao longo do tempo, fortalecer-se e ser incorporado pela dinâmica institucional por trabalhadores, gestores e usuários.

3.2 O que dizem os documentos do HUOP sobre a Política Nacional de Humanização

Desde a contratualização do HUOP como hospital de ensino, em 2007, foram elaborados cinco POAs com metas a serem cumpridas pelo hospital e avaliadas em conjunto com a 10ª Regional de Saúde/SESA/PR. Conforme descrito nos planos, podem-se identificar metas anuais pactuadas referentes à humanização.

No POA 2007/2008, o HUOP pactuou as seguintes ações de humanização:

- Implantação da comissão de humanização do hospital;
- Manutenção da ouvidoria institucional;
- Acolhimento com a avaliação de risco e prioridades de atendimento;
- Adequação de áreas físicas para o conforto de usuários, familiares e trabalhadores;
- Disponibilizar equipe interdisciplinar de referência para o usuário e familiares;
- Desenvolver protocolos para abordagem de problemas e situações selecionadas;
- Implementar estrutura organizacional visando melhorar o acesso à visita de usuários internados;
- Satisfação dos usuários;
- Horizontalização;
- Implantar atividades humanizadoras.

As metas traçadas indicavam ações para a criação de um GTH, ações importantes como ouvidoria, acolhimento, ambiência, equipes multidisciplinares de referência e horizontalização da gestão; as metas estavam de certa forma contemplando os segmentos dos trabalhadores e dos usuários e, ainda, indicavam uma possível mudança no modelo de gestão, quando ficou estabelecida como meta a “constituição de Conselho de Participação com representantes dos usuários, funcionários e gerentes em até 90 dias” (HUOP, 2007, p. 41). Esse período se caracterizou como propício para mudanças, pois, pela primeira vez, se estava discutindo a humanização no HUOP, tendo como base a PNH, sendo formalizada mediante a contratualização e a criação da CH.

A gestão participativa cria uma rede de espaços coletivos para a co-gestão do trabalho em saúde: conselhos, colegiados, etc. Sujeitos com interesses, desejos e valores diferentes com capacidade de construir um pensar e agir coletivo capazes de enfrentamento de conflitos com pactuações de compromissos. (CAMPOS; RATES, 2008, p. 282).

Observa-se, contudo, que esse momento não foi visto e nem aproveitado como uma oportunidade de democratizar os processos de trabalho e de gestão no hospital mediante a criação de espaços coletivos que contemplassem a participação de usuários, trabalhadores e gestores. Nos anos que se seguiram, os novos POAs continuaram a ser elaborados pelas gestões conforme processo de contratualização, porém, sem a participação efetiva dos trabalhadores.

Nos POAs 2008/2009 e 2010/2011, foram pactuadas praticamente as mesmas ações do plano anterior:

- Manter a Ouvidoria Institucional desenvolvendo mecanismos de avaliação do grau de satisfação dos usuários;
- Manter em atividades a comissão de Humanização do Hospital;
- Implantar o Acolhimento com avaliação de risco e prioridade de atendimento;
- Adequação da área física para conforto de usuários, familiares e trabalhadores, a partir da definição de prioridades e planejamento de ação com cronograma físico-financeiro;
- Manter o serviço como Hospital Amigo da Criança;
- Efetuar avaliação do grau de satisfação dos usuários, clientes internos e fornecedores;
- Viabilizar o acesso dos familiares à equipe responsável pelo paciente;
- Garantir acompanhamento 24hs/dia aos pacientes com 60 anos e mais, gestantes, crianças e portadores de necessidades especiais;
- Apresentar projeto e cronograma de mudança da ala psiquiátrica, atualmente junto ao pronto-socorro para outra área do hospital, com fins de humanizar atendimento tanto pronto-socorro com ampliação de sua área como para os pacientes psiquiátricos, com medidas de acolhimento aos pacientes e familiares.

Nos dois primeiros POAs, que corresponde a quatro anos de gestão do HUOP, não foram encontradas referências sobre análises e avaliações das ações realizadas para orientar as novas pactuações. O que se observou foi a exclusão dos itens que tratavam da criação do conselho participativo e da “horizontalização”, indicação de

outra perspectiva gerencial, como se observa na citação extraída do segundo documento.

O hospital deve atuar de forma sistêmica, buscando minimizar os custos operacionais com o envolvimento de todo seu corpo gerencial e profissional, através de ações conjuntas e planejadas com a finalidade de maximizar sua receita, dando suporte e equilíbrio econômico/financeiro para a instituição. (HUOP, 2008/09, p. 15-16; HUOP, 2010/11, p. 19).

Isso indica uma mudança de concepção revestida de modernidade, que possui suas raízes na administração gerencial, introduzindo no hospital, mesmo que público e de ensino, a lógica do mercado.

Este “modelo mental” para pensar o hospital é claramente insuficiente para o pensamento crítico comprometido com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no nosso país. Em primeiro lugar, porque o hospital que estamos buscando construir, mais do que uma “empresa” que precisa sobreviver no mercado, deverá estar comprometido com a efetivação da política de saúde global como parte de um complexo jogo de interesses econômicos, culturais, políticos entre outros. (MERHY; CECÍLIO, 2003, p. 111).

A modernização da gestão hospitalar, como destacam Azevedo et al. (2010), parece se restringir à incorporação de novos instrumentos de gestão focados na melhoria da qualidade e no alcance de metas quantitativas, com métodos e protocolos de controle dos processos de trabalho relacionados ao uso de recursos financeiros e de assistência.

Os POAs 2012/2013 e 2013/2014 mantiveram as ações descritas nos planos anteriores em relação à PNH e incluíram os seguintes objetivos:

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnóstica e terapêuticas que impliquem em diferentes saberes;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Manter o acolhimento ao usuário do SUS, para informações quanto aos fluxos de atendimentos no Hospital e agendamento de consultas.
- Efetivar a mudança da ala psiquiátrica, atualmente junto ao pronto-socorro para outra área do hospital, com fins de humanizar atendimento tanto pronto-socorro com

ampliação de sua área como para os pacientes psiquiátricos, com medidas de acolhimento aos pacientes e familiares. (HUOP, 2012, p. 22-23; HUOP, 2013, p.19).

No POA 2013/2014, nele apenas foi excluída a meta de construção da ala psiquiátrica, pois essa ala já tinha sido efetivada, conforme pactuado no POA 2008/2009.

A avaliação do cumprimento das metas faz parte dos POAs e da contratualização. Assim, no HUOP, a avaliação dos objetivos relativos à área da humanização é realizada a partir de indicadores que são monitorados pela 10ª Regional de Saúde. Nos relatórios quadrimestrais de acompanhamento do POA de 2013/2014, e conforme parecer da Comissão Regional do HOSPSUS, o HUOP tem pontuado na área relacionada ao programa de humanização, referente ao item “implantação de política ou estratégia de humanização”. A princípio, o referido parecer baseia-se na existência da CH e nas atas de reuniões e ações realizadas por esse grupo. Esses relatórios são importantes para o processo avaliativo da gestão hospitalar, mas também pode ser objeto de discussão da própria CH, para se familiarizar com esses instrumentos de avaliação e entender como a PNH se insere no processo de pactuação e de contratualização do HUOP.

O Plano Diretor do HUOP 2013/2017 é um documento que avalia a condição atual do hospital e define o planejamento de ações para o período de cinco anos, com projeções em diversas áreas e setores do hospital. Nele identificou-se que os objetivos traçados para a humanização estão direcionados para a qualidade da assistência, definidos através do fortalecimento de determinadas ações como:

- Incorporação da Humanização nas práticas institucionais de atenção;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos serviços de assistência;
- Difundir uma nova cultura de humanização;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Cooperar com as ações de valorização dos trabalhos em saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes;
- Desenvolver protocolos voltados à qualidade e segurança do paciente;

- Melhoria do acolhimento e acesso de pacientes na emergência e no ambulatório. (HUOP, 2013, p. 74).

Considerando as diretrizes e os princípios da PNH, identificou-se que não houve integração de metas entre os POAs, o Plano Diretor e a CH. As propostas para a atenção humanizada no HUOP são planejadas e realizadas independentes, distanciadas dos membros da CH e dos demais trabalhadores do hospital. Isso também foi observado em algumas falas da pesquisa de campo.

Eu li alguma coisa do Plano Diretor, mas o que acontece, o Plano Diretor é um documento que está na gaveta de alguém, e que está no site ou que está internamente em alguns lugares. É uma coisa que está pouco debatida, que não faz parte do dia a dia das pessoas, foi construído por algumas pessoas, poucas pessoas. Precisa ser mais discutido, debatido, de repente melhorado algumas coisas. Então, em relação à comunicação [interna], precisa melhorar, até o que está nesse plano diretor é de conhecimento de pouquíssimas pessoas, infelizmente (S-02).

Olha, eu li o Plano Diretor, assim muito por cima, mas o que o hospital tinha não era muito diferente do que estava escrito na cartilha. Do POA, eu não me lembro de ter visto, eu sei que existe o documento, mas assim, na época, por uma questão de direção, a gente não tinha esse conhecimento por escrito, mas isso não quer dizer que a gente não tentava implementar algumas coisas, como o grupo de trabalho (S-08).

Para os sujeitos da pesquisa que participam da CH, o envolvimento no planejamento em geral e no que diz respeito à temática da humanização é algo distante e alheio a eles, e parece ser uma característica do modelo de gestão adotado no referido hospital, pois “[...] nas organizações tradicionais, em geral, não há espaço nem tempo para escuta ou elaboração em grupo e o lugar de tomada de decisão restringe-se à cúpula” (CAMPOS, 2005, p. 148). Assim, portanto, pensar em novos modelos que possibilitem a construção de espaços coletivos exigirá uma abertura para uma nova forma de realizar a gestão, instituindo espaços e um tempo para que se realize a escuta, ou seja, exigem-se tempos para que possam circular informações, análises, planejamento e tomadas de decisões coletivas.

Conforme Santos-Filho (2009), a informação torna-se um elemento essencial para os trabalhadores, pois estimula a reflexão e a análise das atividades cotidianas, como possibilidades de se evitar a alienação do trabalho. Sem analisar os resultados de suas atividades, o trabalhador percebe seu trabalho como instrumental, desmotivador e até gerador de sofrimento. Isso também foi constatado entre os sujeitos da pesquisa:

[...] a gente não participa dos planos, a gente não é informada, a gente sabe que a gente participa da pontuação para parte financeira, a comissão participa, as nossas

ações influenciam na pontuação, agora quanto a participar do plano, nas decisões, nas metas não, não fomos informados, não fomos chamados para discutir nada. Algumas ações que a comissão de humanização inclusive pediu para serem tomadas pela direção geral para algumas estão sendo feitos estudos está sendo levantado como vão ser feitas essas ações, mas muitas delas não são nem ouvidas (S-03).

Observa-se, através dos documentos analisados, assim como, pela fala dos sujeitos, que a criação da CH no hospital se deu por via administrativa e não por processo de diálogo entre gestão e trabalhadores. Quando a criação da CH ocorre dessa maneira, geralmente também vai haver ausência de investimentos em formação em PNH para trabalhadores e gestores, o desconhecimento dos trabalhadores da existência do POA e suas metas, e a ausência da tradição ou da prática da participação democrática dos trabalhadores vão continuar marcando o desenrolar do processo de implantação dessa política no hospital. Ocorre, então, que a gestão do hospital, apesar de pactuar a implantação da PNH, não tem buscado concretizar as ações, principalmente no que se refere aos princípios e às diretrizes que indicam a cogestão, a qual prevê que trabalhadores e usuários sejam incluídos nos processos de decisão, pois são aspectos considerados como alicerces em processos que visam à implantação da PNH.

3.3 A atuação da Comissão de Humanização do HUOP segundo o registro nas atas

Nesse item são apresentados e descritos os principais temas e as principais discussões registrados nas atas da CH relacionados às diretrizes da PNH, identificados a partir da leitura das atas desde a criação da comissão, em 2008, até outubro de 2013. A exposição será realizada com base nas três gestões da CH. Em geral, observou-se a repetição/retomada de alguns assuntos, principalmente pela não resolução dos problemas identificados e pela dificuldade de serem efetivadas as ações propostas.

3.3.1 Primeira Gestão – 5/2008 a 11/2008

A primeira composição da CH atuou entre os meses de maio e outubro de 2008. Nesse período foram realizadas cinco reuniões, cujas principais discussões estiveram relacionadas à necessidade de o hospital desenvolver ações de humanização como

uma exigência prevista no processo de contratualização do HUOP (Ata 001/2008;004/2008).

Observa-se que há diferentes interesses nesse processo, segundo os membros vinculados diretamente à direção, que sinalizavam a preocupação com a contratualização, enquanto outros membros estavam pensando nesse espaço como uma possibilidade de discutir e implantar o HumanizaSUS no hospital.

Desde o início, os membros já identificavam a necessidade de capacitação sobre as diretrizes da PNH como estratégia para qualificar a atuação do grupo junto aos usuários, aos trabalhadores e aos gestores. (Ata 001/2008).

Nas atas seguintes vão sendo apresentadas várias situações que necessitam de resolução, como os problemas que há tempo existem no hospital, relacionados à falta de informação, principalmente médica, sobre as condições clínicas dos usuários internados para os seus familiares.

[...] comenta que falta informação quanto ao estado do paciente do Pronto Socorro para o familiar (Ata 003/2008); Definiu-se por encaminhar um memorando para o Dr. [...] sobre os médicos estarem fornecendo informações aos visitantes. (Ata 004/2008).

A sobrecarga de trabalho também é denunciada como uma das dificuldades em alcançar qualidade de vida no trabalho:

[...] sem qualidade de vida para os funcionários não tem como ter humanização, pois um servidor que trabalha em média 18 horas dia vai ter qualidade de vida? (Ata 002/2008);

O direito ao acompanhante mostra-se como um aspecto difícil de ser resolvido naquele momento. Há uma discussão entre os membros sobre qual profissional teria a responsabilidade da sua liberação. Mais difícil ainda era discutir sobre a liberação do acompanhante à mulher em trabalho de parto.

[...] cabe à equipe de enfermagem liberar ou não acompanhante para o paciente, uma vez que estão mais próximos da família e conhecem os mesmos. (Ata 003/2008).

Pelo registro das atas observou-se ainda que, na primeira gestão da CH, momento de sua criação, sempre havia um representante da direção nas reuniões, inclusive coordenando as reuniões, o que não ocorreu nas gestões seguintes. Isso revela um distanciamento entre a CH e a gestão, o que pode ter prejudicado o próprio processo de implantação e avanço da PNH no hospital, uma vez que, para se pensar

processos de mudanças com ações efetivas, necessariamente se exige o encontro dos diferentes segmentos. Então, portanto, o diálogo da gestão com os demais segmentos é elemento inerente ao processo de humanização institucional, considerando que “[...] a participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano de governo” (BRASIL, 2012b, p. 6).

3.3.2 Segunda Gestão 12/2008 a 11/2010

Na segunda composição da comissão, que corresponde ao período de dezembro de 2008 a novembro de 2010, como estratégia para a realização das ações foram criados grupos de trabalho de humanização para os pacientes (adultos e crianças) e para os funcionários. Este último promoveu, no período, atividades comemorativas, como ações de valorização dos trabalhadores, entre elas atividades culturais, de lazer e a identificação da necessidade de construção de ambiente de descanso, além disso houve a aplicação de questionários por meio de pesquisa de opinião como mecanismo de escuta. Já a saúde do trabalhador foi pensada em alguns momentos como ações de prevenção para doenças e atendimento psicológico aos trabalhadores.

Segundo os registros, nas atas a capacitação em PNH foi realizada mediante leituras das cartilhas e dos documentos oficiais entre os próprios membros (Ata 005/2010). Além disso, na ata seguinte aparece a decisão sobre a participação de dois membros da Comissão em curso externo de Humanização no Atendimento Hospitalar patrocinados pela gestão: “[...] o Diretor administrativo do hospital decide liberar duas pessoas para participar, onde serão pagos o valor do curso. É feito um sorteio [...]” (Ata 006/2010).

O mecanismo de escuta do usuário é realizado por meio de pesquisa de opinião que também é utilizada pela administração do hospital, mas que a CH identificou como uma forma de entender à avaliação do usuário sobre o hospital, porém, sem evidenciar a inserção desse segmento na comissão.

[...] deu início à reunião mostrando o questionário de pesquisa de opinião para todos analisarem. (Ata 003/2009).

[...] estará conversando com o pessoal da enfermagem para na alta do paciente estar entregando a ficha de pesquisa de opinião e orientando o preenchimento. (Ata 004/2009).

Algumas atividades realizadas são compreendidas como a valorização dos trabalhadores, que, na sua grande maioria, foram relacionadas à atividades comemorativas.

[...] ressaltou sobre a importância de promover ações em datas comemorativas referentes as profissões específicas e datas significativas para o HUOP. (Ata 005/2009).

[...] sugeriu a idéia de que fossem escolhidas datas durante o ano onde pudesse ser lembrado e comemorado o dia de cada profissão [...]. (Ata GTF 001/2010).

A preocupação com a saúde do trabalhador, incluindo a saúde mental, está expressa em sugestões de realização de campanhas internas voltadas para a prevenção de doenças crônicas a partir dos principais adoecimentos apresentados pelos trabalhadores. Não se observou menção ou discussão sobre a organização do trabalho.

[...] sugere que faça um levantamento dos principais motivos de entrega de atestados médicos e a partir disso criar grupos para orientação, cita, por exemplo, o programa Hiperdia. (Ata 002/2009).

[...] comentou sobre a importância de ter um profissional da psicologia para atender os funcionários. (Ata 003/2010).

[...] sugeriu atividades para o “Dia Mundial sem Tabaco”, “Dia Mundial do Câncer” e “Dia da Hipertensão Arterial”. (Ata 002/2010).

Em algumas reuniões, os membros ocuparam-se em discutir a questão da ambiência, relacionada ao espaço do refeitório e às condições da cozinha frente ao número excessivo de trabalhadores e estudantes no horário das principais refeições. E, ainda, a necessidade de se oferecer um local de descanso para os demais trabalhadores, pois somente os médicos dispõem de locais privativos para realizá-lo.

O grupo resolve marcar outro encontro para conversar e buscar soluções sobre a fila do refeitório, e talvez a sugestão de outro horário para o almoço dos estagiários, pois eles estão em grande número nesse horário. (Ata 005/2010).

Todos concordam que os estados dos equipamentos da cozinha estão precários e que a mesma necessita de reforma. (Ata 007/2010).

[...] uma verba que vai chegar ao hospital e sugestões do que poderia ser feito com ela, talvez uma sala de descanso ou biblioteca. (Ata GTH 005/2010).

Nesse segundo período ampliam-se as discussões do grupo. Por outro lado, a não participação direta da gestão indica dificuldades para a CH, pois muitos assuntos, apesar de sua relevância, não chegam a ter nenhum encaminhamento concreto para a sua realização.

3.3.3 Terceira Gestão (11/2010 a 10/2013)

De novembro de 2010 a outubro de 2013, quanto à terceira gestão da CH, identificou-se que ela deixou de realizar atividades comemorativas após análise dos próprios membros do grupo que consideraram não ser papel da comissão, nem aspecto central para a humanização. A capacitação sobre a PNH apresenta-se, contudo, ainda como uma necessidade, pois que, além das leituras, buscou-se também uma capacitação mais formal com um curso de formação. Nesse sentido, em 2011, foi realizado o Primeiro Encontro de Humanização do HUOP, que contou com a presença de um representante da PNH da região Sul. Observa-se, nesse último período, um esvaziamento e pouca participação dos membros, contudo, entre os assuntos tratados, se destacam os relacionados aos usuários.

Os assuntos e as discussões e preocupação com os usuários relacionaram-se ao acolhimento e visitas, além de espaço físico para acompanhantes.

[...] neste ano trabalhar no hospital a diretriz “Acolhimento aos Pacientes” (Ata 002/2012). Decidido que realizarão em cada reunião o levantamento dos problemas das recepções [...]. (Ata 008/2012).

[...] ampliação do horário de visitas, pois os dois horários já existentes são justamente no horário comercial. (Ata 007/2011).

[...] sobre a estrutura do C.O levantando a possibilidade de transformar a copa em uma sala de recepção para os visitantes, isso depois de serem avaliadas as condições do setor para liberar ou não as visitas. (Ata 005/2011).

A saúde do trabalhador é discutida em alguns momentos e relacionada principalmente à saúde mental, mesmo que os adoecimentos sejam identificados

como um processo originado pelo trabalho realizado no hospital, as possibilidades de tratamento são pensadas sempre de forma individualizada.

Ao final, pode-se afirmar que os principais dispositivos e as principais diretrizes da PNH abordados pela CH durante os períodos estudados foram: a defesa dos direitos dos usuários a visitas e direito a acompanhantes; a valorização dos trabalhadores; a saúde do trabalhador, ambiência, acolhimento e mecanismos de escuta. Datas comemorativas e a necessidade de capacitação também acompanharam grande parte das discussões do grupo. Diferentemente, contudo, não se identificou a presença das seguintes diretrizes: Clínica Ampliada; Cogestão; Fomento das grupalidades, coletivos e redes; “Construção do SUS que dá certo”. E dos dispositivos: Colegiado Gestor; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe Transdisciplinar de Referência e Apoio Matricial; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva e Projeto Memória do SUS que dá certo. As diretrizes e os dispositivos descritos orientam e indicam como envolver os segmentos em processos que possibilitem as mudanças nos serviços a partir da gestão e atenção nos serviços de saúde. Esses elementos podem indicar os caminhos a serem traçados para as ações dos grupos de trabalho de humanização.

A leitura das atas evidenciou que a criação da CH possibilitou a exposição de situações que necessitam ser discutidas coletivamente. Os assuntos tratados pelo grupo envolveram não apenas os segmentos dos trabalhadores, como dos usuários e outros profissionais e setores, e da própria gestão, o que reforça a necessidade desses espaços. Identifica-se, porém, nos documentos, que muitos assuntos são retomados ao longo do período, nos quais muitas das discussões e problemas levantados não se concretizaram em ações efetivas ou não desencadearam processos de mudanças. Os temas abordados refletem sobre as situações e os problemas concretos vivenciados por trabalhadores e usuários, contudo os mecanismos para a sua efetivação não estão claramente compreendidos pelo grupo, o que exigiria, além de um plano de trabalho, a participação da gestão e dos usuários para a reorganização da atenção do cuidado em Saúde baseado nos princípios e diretrizes da PNH.

3.4 O que dizem os trabalhadores acerca da Política Nacional de Humanização no HUOP

Com a realização da pesquisa de campo buscou-se analisar a participação dos trabalhadores na CH e identificar os fatores que contribuem ou dificultam a implementação e o avanço da PNH no HUOP. Cabe lembrar que os sujeitos da pesquisa foram 13 trabalhadores que participaram ou estão participando da CH, mas deles, quatro não fazem mais parte da CH e nove participam regularmente das reuniões da CH e são oficialmente membros. Na sequência estão a descrição e caracterização dos entrevistados.

Em relação ao cargo exercido no hospital, os sujeitos da pesquisa pertencem às seguintes categorias ou funções: dois assistentes sociais, um cozinheiro, um enfermeiro, um farmacêutico, um nutricionista, um psicólogo, quatro técnicos administrativos e dois técnicos operacionais. Com essa composição possibilitou-se o acesso a diferentes olhares sobre os temas abordados nas entrevistas.

Desses sujeitos, nove são do sexo feminino e quatro do sexo masculino, predominando o primeiro, como uma das características do trabalho em Saúde. O tempo de trabalho na instituição mostrou-se diversificado, pois um dos sujeitos já se encontrava trabalhando no hospital há 25 anos, quatro deles há 13 anos; seis sujeitos entre 5 e 8 anos e dois sujeitos entre 1 e 2 anos. Dessa forma, a maioria dos entrevistados possui uma vivência significativa da dinâmica institucional.

No que tange ao tempo de participação na CH, identificou-se que dois sujeitos participam desde sua criação, já os demais participam entre 1 e 4 anos. Por fim, em relação à escolaridade, constatou-se que dois sujeitos possuem nível médio, três possuem nível superior, três possuem especialização e quatro possuem mestrado e, ainda, um doutorando, indicando um bom nível de escolaridade entre os participantes. Observa-se, na composição da CH, uma diversidade de funções e de escolaridade.

Como indicado na metodologia, após a leitura das entrevistas, foram construídos nove núcleos temáticos, os quais são discutidos na sequência.

3.4.1 Motivações para participar da CH

Inicialmente, buscou-se identificar os motivos que levaram os trabalhadores a participar de um grupo de trabalho sobre humanização dentro do hospital.

Observaram-se diferentes formas de o trabalhador se inserir e permanecer no grupo, desde ser convidado por colegas, indicado por chefias, até motivações e expectativas de que o trabalho coletivo da comissão pudesse provocar mudanças e melhor enfrentar os problemas no interior do hospital.

[...] eu acho o que é bacana assim, interessante que a comissão de humanização é formada por diferentes setores, diferentes profissionais e formações que também dão diferentes visões [...], situações que nós temos pra resolver com outros profissionais que as vezes naquela discussão você acaba vendo que tem outras alternativas, outras saídas, outros caminhos, mudando até perspectiva em relação aquela situação. Então, assim, eu acho que é uma forma de buscar outras alternativas e até mesmo de ter mais força para propor soluções, por que daí não é um setor só que está pedindo, sugerindo, solicitando mudanças, melhorias, é uma comissão (S-09).

O diálogo e a troca de saberes entre os diferentes profissionais que atuam no ambiente hospitalar é salutar, tanto pela complexidade do trabalho nesta instituição, como pelas possibilidades que o trabalho interdisciplinar permite.

De acordo com Matos, Pires e Sousa (2010), é por meio da prática interdisciplinar que as possibilidades de compreensão se ampliam a partir dos diferentes olhares ao objeto de trabalho em Saúde. É com o exercício da interação entre os profissionais e a articulação dos diferentes saberes e fazeres que se podem estabelecer novas formas de realização do trabalho. Mesmo assim, contudo, a existência de uma equipe multidisciplinar não garante o trabalho em equipe, pois é necessário construir espaços de encontro nos quais possam ocorrer e serem estimuladas discussões e diálogos entre as diferentes profissões, o que pode fortalecer o trabalho interdisciplinar, sendo as decisões tomadas em conjunto, o que favorece o comprometimento e o estímulo no conjunto dos trabalhadores.

Para Campos (2002), o trabalho em Saúde deve ser organizado com centralidade nas equipes como base principal de organização dos serviços de Saúde, o que resultaria no aumento da responsabilização entre os profissionais e estes com os usuários. É nessa perspectiva que se defende um modelo de indissociabilidade entre gestão e atenção nas instituições de atendimento à Saúde, sendo que a gestão vai exercendo influência em todas as relações que ocorrem no processo de cuidado.

A CH também representa, para os trabalhadores, a possibilidade de discutir questões centrais do trabalho em Saúde e de repensar a forma como se estabelecem as relações interpessoais entre os diferentes sujeitos que atuam no espaço do hospital.

Acreditar que essa comissão poderia melhorar os processos internos dentro do HU mesmo, dos trabalhadores, dos pacientes, das relações interpessoais de uma forma geral (S-10).

[...] promover ações que valorize o ser humano e tal, esse tipo de coisa me atrai e por conta disso, como as pessoas se reuniam para promover ações que melhorassem a qualidade de vida das pessoas, as interações, algo que fosse positivo para os funcionários eu sempre me interessei por isso [...]. Por conta disso e afinidade com os assuntos e com as pessoas que estavam organizando isso no começo, eu me senti bem para contribuir de alguma forma (S-02).

Segundo Caprara e Franco (2006, p. 88), “[...] a existência de padrões nas relações revela que estas não ocorrem no vazio, mas são influenciadas pelos grupos de origem de seus membros, como também pelo contexto onde ocorrem”. Considerando que o trabalho em Saúde se realiza a partir de um conjunto de diferentes categorias profissionais e se baseia no trabalho em equipe, cada área busca manter a sua autonomia e condutas privativas frente aos demais profissionais, o que pode representar divergências e até mesmo conflitos e disputas entre as diferentes áreas. Somado a isso, as relações entre os sujeitos são influenciadas pelo próprio ambiente organizacional e a forma como os trabalhadores são valorizados nesse contexto.

Por isso, as práticas de experiências democráticas necessitam ser estimuladas, pois propiciam com mais naturalidade o diálogo, o respeito ao diferente, influenciando positivamente o exercício profissional e as relações interpessoais necessárias ao trabalho em saúde.

As motivações explicitadas pelos trabalhadores entrevistados revelam a busca por espaços de conversa e de diálogo entre os membros da equipe de Saúde que parecem não existir na instituição. Revela também a consciência sobre a complexidade dos problemas existentes e a impossibilidade de suas resoluções de forma individual. Além disso, mostra a sensibilidade dos trabalhadores sobre o tema da humanização, que poderia ser observado e utilizado para fortalecer o diálogo democrático entre trabalhadores e gestores no âmbito do HUOP.

3.4.2. Aprendendo sobre humanização

Como já indicado nas atas, a aproximação à temática da humanização e ao próprio conteúdo da PNH ocorreu a partir da inserção dos membros na CH e da busca de diferentes formas de apropriação desse conhecimento. Entre eles a constituição

de grupos de estudo, a distribuição de cartilhas disponibilizadas no *site* do Ministério da Saúde, a divisão dos temas para a discussão nas reuniões, entre outros, evidenciando a preocupação em compreender a PNH com o objetivo de qualificar a atuação da CH. Mesmo assim, porém, as falas indicam como insuficientes ou insatisfatórias as estratégias propostas:

[...] partiu das leituras né do próprio programa de humanização, por conta nossa dos trabalhadores lendo e buscando as informações [...] a gente começa do zero, do zero mesmo e pensar estudar, em elaborar estratégias de intervenção ou de mobilização da própria equipe, é bastante complicado né, porque participar da comissão é uma atribuição a mais de todos os integrantes do grupo, não é o nosso trabalho efetivamente, então é algo a mais do trabalho de cada componente do grupo (S-10).

[...] foi uma proposta minha que a gente sentasse para estudar as leis, portarias que tratavam sobre o assunto, então a gente até estabeleceu um cronograma, eu lembro de algumas reuniões para fazer, estudar para depois começar outros encaminhamentos, é, só que isso aconteceu em umas duas reuniões, depois sempre tinha um assunto mais importante e a gente acabou que deixou de fazer isso (S-04).

O fato de não terem sido realizadas capacitações específicas, como cursos de formação, nem sido instituídos outros mecanismos de formação/educação permanente dos membros da CH, esse fato parece se constituir em um elemento dificultador para uma ação mais qualificada da comissão e para a própria implementação da PNH no HUOP.

Então, isso que já foi falado um pouco, sobre a capacitação, mas também acredito que deveria ser um objetivo da gestão, fazer com que realmente a comissão pudesse trabalhar e tivesse condições, se desenvolver melhor, de se capacitar, o apoio da chefia eu creio que seria muito importante, que isso fosse um objetivo da gestão para que a gente pudesse entender a política um pouco melhor (S-13).

Apesar de o tema da humanização em Saúde ter sido incorporado nas últimas décadas em cursos de graduação e formação do trabalhador da Saúde, a PNH, com os seus princípios e as suas diretrizes, precisa ser mais difundido como constituinte da política de Saúde nos diferentes níveis de atenção (CASATE; CORRÊA, 2012). Como estratégia de ação para a institucionalização e disseminação da PNH, faz-se necessário haver uma atenção para a formação sistemática envolvendo os segmentos e contemplando os princípios e os conceitos da PNH, assim como as temáticas de interesse do grupo, ampliando os conhecimentos (BRASIL, 2012).

No eixo da educação permanente em saúde indica-se que a PNH: 1) seja incluída como conteúdo e/ou componentes curriculares de cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se às instituições de formação; 2) oriente processos de educação

permanente em saúde dos trabalhadores nos próprios serviços de saúde. (BRASIL, 2012a, p. 36).

A PNH incluiu como um dispositivo os Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), pois ambos constituem espaços que têm o objetivo de incluir a discussão do trabalho em Saúde no debate, com base em conhecimento científico e na realidade concreta do seu local de trabalho, podendo, dessa forma, identificar os elementos presentes que produzem adoecimento e saúde, e assim repensar e mesmo realizar as mudanças necessárias frente às nocividades do trabalho (BARROS; MORI; BASTOS, 2009).

Os dispositivos da PNH se tornam estratégias que podem ser apropriadas pelo segmento dos trabalhadores como um fator protetor para realizar o trabalho em Saúde. A partir da análise da realidade, cabe também pensar em estratégias de cuidado e também de prevenção do adoecimento pelo trabalho, além de promoção da saúde para os trabalhadores, pois que dependem do trabalho para a sua sobrevivência tal como todos os trabalhadores do país.

No âmbito da CH, o acesso ao conhecimento sobre humanização continua um problema a ser resolvido:

[...] está sendo tentado trazer representante do Ministério da Saúde para vir aqui nos ensinar mais sobre a Política de Humanização, disseminar mais o tema, que o tema precisa ser mais disseminado internamente, talvez por conta disso também um pouco da baixa participação dos funcionários, a gente tem que crescer, ofertar informações sobre a Política Nacional de Humanização (S-02).

A necessidade de formação dos membros da comissão e dos próprios trabalhadores sobre a PNH e, conseqüentemente, sobre as diretrizes da política para os hospitais persiste como problema a ser resolvido pela gestão do HUOP e pela própria CH. A capacitação/formação sobre a PNH deve envolver trabalhadores, gestores e usuários, uma vez que esses três segmentos devem estar comprometidos com a implementação das diretrizes da PNH. Se não ocorre a participação qualificada de todos esses segmentos, isso limita a possibilidade de diálogo e de escuta das demandas e a própria implementação das diretrizes, cuja reflexão conjunta poderia desencadear ações e estratégias de mudanças na direção da humanização do trabalho e do cuidado em Saúde no HUOP.

3.4.3 A participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários na implementação da PNH no HUOP

Para a implantação da PNH nos serviços de Saúde faz-se necessária a inclusão dos três segmentos que fazem parte dos serviços de Saúde, ou seja, trabalhadores, gestores e usuários. Esse envolvimento é que pode facilitar a análise do processo de trabalho e de como se define a forma de “ser e fazer” daquele serviço para então “disparar” movimentos de mudanças (SANTOS-FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Sobre esse aspecto identificou-se, nas falas dos sujeitos entrevistados, a preocupação com a falta de participação dos gestores nas reuniões da CH, sem contar a ausência completa do usuário na referida comissão.

[...] eu entendo que enquanto nós não conseguirmos a participação de todos os segmentos, a gente não avança muito, principalmente os gestores, o usuário também, mas considerando que nós também somos usuários, então de certa forma estamos inclusos enquanto usuários também (S-13).

De acordo com a PNH, os GTHs são espaços que possibilitam o encontro dos gestores, trabalhadores e usuários; estes são os sujeitos que protagonizam as ações de Saúde, portanto suas participações são elementares para a proposta da humanização (BRASIL, 2012a). Apesar de o trabalhador se identificar como usuário, a sua participação na CH não pode ser dupla. Ali ele é um trabalhador da Saúde e não pode representar o usuário que, neste caso, fica sem representatividade, impedindo o diálogo e o debate mais ampliado sobre os interesses e as necessidades desse segmento.

E da direção a implicação de não participar é aquilo que eu comentei de não ter efetividade, acaba não se colocando em prática o que a comissão está levantando. Eu acho que seria importante a direção participar também, porque já poderia direcionar algumas coisas, ah, isso não vai ser possível de fazer, não isso já estamos vendo ou pra ir direcionando as soluções, porque a direção tem essa questão, tem essa questão burocrática e saber o que o hospital está pensando (S- 09).

A falta de autonomia, a ausência de representantes da direção na CH e a burocracia interna parecem se constituir fortes entraves à implementação das diretrizes da PNH no HUOP. A participação dos gestores e dos trabalhadores nas decisões otimizaria os encaminhamentos, tendo como base as reais possibilidades e caminhos necessários junto aos demais setores do hospital para a efetividade das ações planejadas. O envolvimento e a participação da gestão na CH são fundamentais para indicar o reconhecimento e a importância da PNH no contexto hospitalar. Essa

participação facilitaria a proposição de estratégias pensadas coletivamente, inclusive para o alcance das metas de humanização planejadas e pactuadas nos documentos de gestão do HUOP, conforme analisados em item anterior deste trabalho.

A participação do usuário não tem ocorrido apesar de grande parte das ações serem voltadas para esse segmento. A sua participação, na visão dos trabalhadores, estaria condicionada a uma estruturação e amadurecimento da comissão e da resolução de aspectos internos para então incluir o usuário.

[...] nessa questão da Política Nacional de Humanização, acho que nosso hospital [...] a gente ainda não conseguiu se consolidar enquanto grupo, e aí se você colocar um usuário no meio, talvez dependendo do usuário vai polemizar ainda mais. É claro que é importante o usuário participar, mas eu acho esse assunto deve ser tratado pelo hospital e pela gerência do hospital de forma mais madura, não dá para a gente colocar o usuário agora enquanto a gente tá engatinhando para daí causar mais polêmica e complicações (S-11).

O receio do encontro e possíveis situações de conflito emergem como limitadores da participação dos usuários na CH. O conflito é um fenômeno que pode ocorrer, pois as necessidades e os interesses tendem a se apresentar de forma divergente entre os sujeitos, especialmente quando não há identificação entre os interesses de usuários, trabalhadores e gestores. Entrar em contato, debater problemas e enfrentar conflitos é um dos objetivos desses encontros, para que se possam estabelecer estratégias e soluções elaboradas coletivamente. Evitar a inserção do usuário é algo que necessita ser superado, coordenar e lidar com ele torna-se uma capacidade essencial para gestores e trabalhadores de saúde para a implementação de espaços mais democráticos.

Para Campos (2002), é importante desvelar e enfrentar entre os trabalhadores e gestores, como os usuários são vistos, quais as representações que esses assumem na instituição, podendo muitas vezes ser considerados como sujeitos ignorantes, polêmicos e exigentes, o que dificulta a aceitação e até mesmo a sua inclusão nos processos decisórios.

Na verdade, observa-se nas instituições a existência de padrões mais ou menos fixos de imagens por meio dos quais as equipes ou os indivíduos representam a clientela. Concluindo, poderíamos dizer que as formas de representar o outro obedecem a padrões decorrentes ou da história singular de cada um desses sujeitos ou de pressões e de constrangimentos das instituições ou da sociedade em sentido mais geral. (CAMPOS, 2002, p. 245).

Esses padrões podem se apresentar também entre os demais segmentos, que muitas vezes constroem estigmas e preconceitos que limitam a participação e até mesmo a dinâmica dos trabalhos. Mesmo assim, Cecílio (2005) indica que os conflitos podem ser tratados pelos gestores como “matéria-prima” de análise da realidade para a gestão, como, por exemplo, o que origina o conflito e as suas consequências na dinâmica institucional. Essa compreensão pode ser um elemento para mudanças positivas principalmente nas relações que se estabelecem entre os trabalhadores e os usuários.

Em outro depoimento há o reconhecimento da importância da representatividade do usuário e o próprio sujeito dá pistas de como essa representação poderia acontecer:

[...] eu acho que seria fundamental a participação... eu não sei de que forma eles poderiam participar, porque os usuários eles são bem, eles mudam muito, né, então talvez alguma associação que pudesse participar então, mas ao não ter essa... a gente perde essa vivência (S-04).

A necessidade de o usuário também conhecer a PNH e ser inserido na CH foi uma preocupação também explicitada por outro sujeito.

[...] uma forma que poderíamos considerar é pelos encaminhamentos à ouvidoria que são feitos e de trazer os usuários para entender um pouco mais, para explicar sobre a política, e para opinar e para participar mesmo, para participar dela, fazer parte do grupo também da comissão, enquanto partícipes, enquanto pessoas que ajudam a definir ou a sugerir e a executar também, então é mais nesse sentido (S-13).

Em um estudo realizado por Garcia et al. (2010), sobre a eficácia dos GTS em dois hospitais, concluiu-se que os usuários entrevistados desconheciam tanto a PNH como os GTHs, o que indica que sua participação não tem sido priorizada, apesar de sua inclusão estar indicada e presente em todos os documentos oficiais sobre a PNH.

A participação é um dos princípios da democracia. Esse fenômeno constitui-se na possibilidade de oposição ao corporativismo dos diferentes grupos existentes na sociedade e representados também nas instituições. Dessa forma, instituir espaços de participação é, ao mesmo tempo, a possibilidade de usufruírem de um direito, assim como do exercício de cidadania (GOHN, 2003). Apesar da ausência da tradição de participação da sociedade brasileira, é a partir da década de 1990 que a população passou a participar de diferentes conselhos gestores, em especial os conselhos de saúde, constituídos nos diferentes serviços e níveis de atenção em saúde. Dessa maneira, a participação do usuário é elemento constituinte do SUS enquanto projeto

democrático de saúde pública. Constata-se, contudo, que, para os sujeitos da pesquisa, a participação dos usuários na gestão do HUOP parece ainda uma realidade distante, embora exista interesse.

Olha [...], teve uma pessoa que me ligou que é usuária e ela queria inclusive participar, se existia essas reuniões, queria participar com a direção, reunião abertas, eu falei: Olha, não existe, que eu saiba não existe (S-07).

Para um entrevistado, a participação já ocorre, mas de forma limitada, por meio dos registros e das sugestões realizados no serviço de ouvidoria do hospital.

[...] a participação dos usuários não acontece via comissão de humanização, ela acontece via ouvidoria, que é quem canaliza as sugestões, reclamações dos usuários externos [...]. Recentemente, o pessoal que está atualmente na ouvidoria, está participando também das reuniões de humanização, ou seja, faz-se um elo de passar um pouco do que está acontecendo da visão do usuário para a comissão, mas não é usuário externo é a ouvidoria, ou seja, seria bacana ter usuário aqui dentro, aqui dentro dando ideias, sugestões apontando necessidades, pontos fortes, pontos fracos, pontos a melhorar. Seria muito importante, muito bacana, seria muito bem-vindo (S-02).

Os serviços de ouvidoria são dispositivos de escuta da avaliação do cuidado recebido pelos usuários e familiares, assim como para os trabalhadores expõem suas condições e processos de trabalho (BRASIL, 2012a). Esse espaço configura-se como espaço de participação para que as demandas levantadas se tornem “[...] instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais” (BRASIL, 2012a, p. 64). Entende-se, portanto, que a ouvidoria é um valioso instrumento no qual os sujeitos trabalhadores e usuários podem ser escutados. A avaliação dos dados e das informações pode induzir processos de mudanças a partir de informações dos trabalhadores e dos usuários (SANTOS-FILHO, 2011).

Mesmo assim a participação efetiva de todos os segmentos da CH deve ser refletida e reconhecida por sua importância e, por isso, incentivada. Considerando que a participação democrática é um dos princípios do SUS, realizada nos conselhos e nas comissões intergestores, é importante trazer essa experiência para o cotidiano dos serviços de Saúde como possibilidade de ampliar a participação nas decisões, podendo colocar em pauta e em ações práticas, as demandas e os interesses das pessoas que realizam o trabalho e as que utilizam os serviços.

Em todos os municípios brasileiros existe o controle social do SUS por meio de conselhos de Saúde. São conselhos cuja composição conta com 50% de usuários do

SUS, eleitos nas conferências de Saúde que ocorrem a cada quatro anos. Acredita-se que uma forma de inserir o segmento dos usuários na CH do HUOP poderia ser por meio da solicitação ao conselho municipal de Saúde de representantes dos usuários para compor a referida comissão. Isso implica mudança do modelo de gestão centralizado para possibilidades do exercício de gestão participativa e democrática.

3.4.4 Os espaços de participação democrática no HUOP

Conforme Campos (2005), instituições como hospitais, escolas e a maioria das organizações reprimem a espontaneidade e a iniciativa de seus trabalhadores, o que os leva a adaptação ao contexto e os sujeitos que possuem características mais críticas são de alguma forma excluídos ou contidos, “[...] dificultando a possibilidade de algumas características essenciais ao sujeito adquirirem concretude mediante sua livre expressão no cotidiano. Não há sujeito sem desejo, interesses e necessidades” (CAMPOS, 2005, p. 35).

O processo de comunicação dentro do ambiente de trabalho, moldado pela cultura organizacional, também é considerado fator importante na determinação da saúde mental. Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocarão tensão e, por conseguinte, sofrimento e distúrbios mentais. Frequentemente, o sofrimento e a insatisfação do trabalhador manifestam-se não apenas pela doença, mas nos índices de absenteísmo, conflitos interpessoais e extrabalho. (BRASIL, 2001b, p. 161-162).

Acredita-se, com base nos depoimentos, que a CH se constitui em um dos poucos espaços existente no HUOP em que ocorre a participação de trabalhadores e a livre exposição de suas opiniões e/ou situações-problema.

Lá na comissão era bom porque a gente tinha abertura de falar tudo que a gente pensava, sem retaliações e sem restrições. Então era também um grupo de apoio de desabafo, quando a coisa tava difícil em cada setor, sabe, ah, mas não, não é só no meu setor e tal, tem problemas em todo lugar [...], mas, enfim, a gente não tinha censura. É ruim você participar de um grupo que você tem que ficar cuidando do que você vai falar, por que alguém vai puxar teu tapete, [...], a gente é adulto e a gente tem que saber lidar com os problemas de forma clara e objetiva. Você tem a tua opinião e eu tenho a minha, posso não concordar, mas a gente tem que respeitar, mas a gente também tem que ter um espaço para poder falar, não é? [...] Tem que ter um direito de pelo menos expressar, e ali a gente tinha um lugar aberto, fala sobre o que está pensando, o que está se passando no hospital (S-11).

A centralização das decisões e, conseqüentemente, das informações, desencadeia nos trabalhadores o sentimento de desvalorização.

A questão da informação, como eu comentei, eu acho que falha muito aqui no hospital. Acho que poderia ter rodas de conversas, a gente até tentou sugerir. É porque existem as reuniões de chefias, nem sei se agora estão acontecendo, [...] só que muitas vezes nem todos os setores acabam sabendo, nem todos os trabalhadores, as informações não chegam para todos, então, como eu comentei antes, muitas vezes a gente acaba sabendo de coisas por meios de comunicações, por outros, eu acho isso complicado. Parece que mostra falta de organização do serviço. Eu já vivi situações das pessoas chegarem: ah, então vai construir aqui no hospital, e eu nem sabia que ia construir. Então eu acho assim até para os funcionários vestirem a camisa, para melhorar a visão e tentar fazer um hospital melhor, acho que a questão da informação de valorizar os funcionários... (S-09).

De acordo com Brasil (2010, p. 9), “[...] mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões e dos rumos das unidades que trabalham [...] dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa”. A roda de conversa é apontada pelo entrevistado como uma alternativa de democratização no HUOP. Ela oportuniza o encontro e a desestabilização de práticas consolidadas que são consideradas insatisfatórias ou até mesmo prejudiciais, ampliando a capacidade dos trabalhadores de direcionar os seus interesses (CAMPOS, 2005; BRASIL, 2010). Para a gestão tradicional, esse instrumento pode ser considerado contraproducente, “[...] sempre temerosa da emergência do conflito e das perturbações, porque produzem ruídos” (BRASIL, 2010, p. 31).

Observou-se, por meio da pesquisa, que em alguns momentos há a menção de criação de espaços de participação no HUOP, primeiramente no POA 2007/2008 e, posteriormente, em 2011, como propostas de campanha para reitor da Unioeste, uma das metas era “criar o conselho interno do HUOP, com representação de todos os segmentos” (HUMANIZAÇÃO A DEMOCRACIA PEDE PASSAGEM, 2011, p. 03). Ao menos em nível de discurso parece haver a constatação dessa necessidade, contudo isso não tem sido viabilizado na prática. Assim, observa-se através dos relatos que a existência de espaços que possibilitem a participação e o compartilhamento dos processos decisórios é uma necessidade tanto para os trabalhadores como para os usuários, que, longe de interferirem negativamente, podem contribuir para tornar o HUOP um lugar melhor para se desenvolver o trabalho em Saúde, assim como para ser cuidado.

3.4.5 A ausência de participação e o trabalho desumanizado

O trabalho em Saúde tem enfrentado uma crescente precarização em relação às formas de contratação e às condições de trabalho com repercussões negativas na qualidade de vida e na saúde dos trabalhadores. Tem havido degeneração de vínculo, negação ou omissão de direitos trabalhistas, precarização das condições de trabalho, isso somado a relações sociais de trabalho marcadas pela gestão tradicional (SANTOS-FILHO, 2009a).

O debate sobre como o trabalho em Saúde tem se organizado deve ser o ponto central para se pensar a PNH nos serviços de Saúde, conforme reivindicam os sujeitos da pesquisa:

[...] para a gente poder pensar em humanização, o nosso trabalho deve ser mais humanizado. Que a gente consiga ter um ambiente de trabalho humanizado, se a gente conseguir isso consegue passar isso para o usuário. E o que falta? Falta o contingente de pessoas, [...] o concurso público está aberto não chamam, eles ficam chamando para tampar buraco o pessoal do teste seletivo, que já vem numa falta de outros profissionais, não vem para repor a colega que está de licença maternidade, não, ela vem porque já está esgotado não tem mais condições e tal, então isso é a primeira coisa acho que a gente teria que começar para comissão se fazer efetiva é ter essa bandeira: a contratação de pessoal (S 04).

As condições e a sobrecarga de trabalho aparecem como um dos principais problemas enfrentados pelos trabalhadores do HUOP. A falta de trabalhadores e a forma de contratação temporária, mediante testes seletivos, não têm resolvido os problemas e as necessidades, além de levar os trabalhadores a conviverem com diferentes salários e diferentes direitos, o que pode contribuir ainda mais para a alienação dos trabalhadores, para o surgimento de conflitos e a piora na qualidade da assistência. A sobrecarga de trabalho se reflete na assistência ao usuário e dificulta o envolvimento dos trabalhadores em outras atividades que não seja o cuidado direto.

[...] nós desenvolvemos as nossas atividades profissionais dentro dos nossos setores e em alguns momentos a gente tira algumas horinhas para desenvolver humanização, então é muito pequeno aquilo que a gente tá fazendo em função da nossa estrutura profissional, dentro da instituição pela falta de funcionário, a falta de parcerias e tudo mais, né. Hoje o nosso funcionário está mais voltado para si do que pros outros e não é culpa dele, a nossa política de pensamento é esse porque é uma sobrecarga muito grande, você precisa estar desenvolvendo atividade mais do que você devia estar desenvolvendo (S-03).

Dessa forma, principalmente os profissionais que exercem atividades de assistência e cuidado direto ao usuário, terão mais dificuldades em realizar uma interrupção do seu trabalho para se envolver com outras atividades, conforme identificado pela fala do sujeito, na qual relata a ausência ou pouca participação de enfermeiros, médicos e fisioterapeutas na CH.

Tem o fator tempo, também que é difícil, eu acredito que a maioria dos serviços do hospital, os profissionais que atuam praticamente não conseguem tempo para participar, ou para estudar, e também para efetivar ou o que for (S-13).

Nós temos mais de quatrocentos e cinquenta pessoas da enfermagem, no máximo uma ou duas da enfermagem vão na reunião da comissão. Acho que é pouco representativo. Teria que ter mais e também pelo fato que desenvolve muito trabalho, com pouco funcionário, o pessoal acaba se sobrecarregando. Talvez seja um dos fatores que explique essa falta de participação da enfermagem, um dos fatores, mas não só, mas assim, não tem médico, não tem ninguém da medicina, ninguém da fisio, não vejo ninguém da fisio, porque tem várias profissões aqui dentro que não estão participando. Então acaba perdendo em qualidade, perdendo potencialidade a comissão por conta da baixa participação de pessoas, dos trabalhadores (S-02).

Tanto nas organizações públicas como nas privadas pode-se deparar com sobrecarga de trabalho, burocratização e autoritarismo, fatores que são identificados como os principais elementos que têm levado os trabalhadores a situações de sofrimento e mesmo ao distanciamento do trabalho como atividade prazerosa (MORAES; VASCONCELOS; CUNHA, 2012).

A sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho. Tem sido descrita como resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros. O trabalhador que antes era muito envolvido afetivamente com os seus clientes, com os seus pacientes ou com o trabalho em si, desgasta-se e, em um dado momento, desiste, perde a energia ou se “queima” completamente. O trabalhador perde o sentido de sua relação com o trabalho, desinteressa-se e qualquer esforço lhe parece inútil (BRASIL, 2001b, p. 192).

Assim, as condições gerais de trabalho enfrentadas pelos trabalhadores têm provocado uma série de problemas e danos a essa categoria, como “[...] desajustes comportamentais, estresses, somatizações, inadequações ao trabalho e ao meio no qual o mesmo se insere” (KANAANE, 1995, p. 23). Essas são consequências às quais os trabalhadores podem estar expostos, que perpassam e extrapolam para outras dimensões da vida, comprometendo e interferindo na dinâmica familiar e na convivência social.

Eu, por exemplo, eu canso de levar as coisas do trabalho para resolver em casa, porque não tem, não existe uma chavinha que você desliga, desliga e pronto, agora você não está mais no horário de trabalho, você vai para casa e você só vai pensar nas coisas de casa (S-03).

[...] atualmente está difícil o trabalho, o nível de estresse, as condições oferecidas estão muito, muito, muito aquém do esperado (S-10).

Costa et al. (2013) divulgaram dados da pesquisa que teve como objetivo avaliar a presença de sintomas de estresse em trabalhadores do HUOP, os quais realizavam assistência direta e indireta a pacientes hospitalizados. Participaram do estudo 412 trabalhadores, dos quais se constatou que 56,5% apresentaram sintomas de estresse, sendo que, deles, 0,3% estavam na fase de alerta, 36,4% na fase de resistência, 1,9% na fase de quase exaustão e 17,7% na fase de exaustão. O estudo indica ainda que a maioria dos trabalhadores apresenta sintomas de estresse (47,3%), sintomas físicos como cansaço, tensão muscular e sensação de desgaste físico constante, e (8,5%) sintomas psicológicos de sensibilidade emotiva exagerada e irritabilidade excessiva. Esse estudo revela, portanto, que a maioria dos trabalhadores se encontra com algum grau de adoecimento físico e mental, resultado da exposição às suas condições de trabalho.

Ainda na pesquisa de Costa et al. (2013) fica destacado que, dentre os sujeitos da pesquisa, os trabalhadores da enfermagem apresentaram uma maior proporção de indivíduos com sintomas de estresse: enfermeiros (68,5%), auxiliar operacional (60%), técnico/auxiliar de enfermagem (53,5%) e técnico administrativo (52,2%). Esses são dados importantes e que podem ser apropriados por essas categorias para análise e mesmo como estratégias de enfrentamento.

Conforme descrito por Robazzi et al. (2012), estudos realizados sobre estresse e a síndrome de *burnout* indicaram que enfermeiros e/ou trabalhadores da equipe da enfermagem estão mais expostos ao adoecimento em relação ao trabalho, pois a carga horária de trabalho geralmente é de 12 horas contínuas e 30 a 60 horas semanais; o trabalho exige alto nível de atenção, lidam com situações imprevisíveis, o trabalho geralmente é fragmentado e exige grande domínio de tecnologias, além dos problemas e das situações que envolvem as relações interpessoais entre equipe e pacientes. Outro fator destacado é que o regime de plantão geralmente adotado pelas organizações dificulta o convívio social, o que não favorece momentos de lazer ou formas de alívio do estresse adquiridos no trabalho.

Santana et al. (2013), em estudo realizado em um hospital de ensino, relatam que grandes números de trabalhadores acabam por ausentar-se do trabalho por três principais causas: carga excessiva de trabalho, por adoecer ou por acidentarem-se. E destacam que os afastamentos indicam que os trabalhadores sofrem por causa dos processos de desgaste do trabalho, comprometendo a qualidade de vida com danos irreversíveis ao longo de sua vida.

Os dados da pesquisa realizados no HUOP por Costa et al. (2013) foram apresentados à CH e solicitaram apoio frente aos resultados. Como encaminhamento, foi repassada uma cópia do relatório final da pesquisa à direção geral do hospital (HUOP, Ata nº 15, 2012). Em maio de 2013, os mesmos resultados foram apresentados para o assessor da direção geral e administrativa, diretora de enfermagem, pró-reitor de RH, assessora de RH, chefe do RH no HU (HUOP, Ata nº 004, 2013). Não foram, contudo, identificados, nos documentos da CH, os encaminhamentos ou as providências realizadas pela gestão frente aos resultados da pesquisa. Atualmente, o hospital e a universidade têm disponibilizado atendimento psicológico individual aos trabalhadores, o que indica que os problemas de adoecimento relacionados à saúde mental têm sido abordados a partir de um enfoque individual em detrimento da análise mais abrangente e aprofundada sobre como o trabalho tem sido organizado e tem contribuído para o adoecimento de seus trabalhadores.

Além disso, as próprias relações de trabalho são fortemente marcadas pela divisão entre os trabalhadores (executores) e gestores (detentores do poder), divisão a partir da qual se estabelece um limite para a atuação de cada segmento. Mesmo quando se pensa a implantação da PNH no hospital, os trabalhadores se veem com funções determinadas hierarquicamente, em que os gestores possuem o poder de decisão ou de estabelecimento de normas e os trabalhadores, reduzidos a fazedores e respeitadores dessas normas.

O gestor, porque de certa forma ele tem mais poder, digamos assim, o poder de decisão, o poder do cumprimento de ações, é o assumir isso enquanto uma política séria, enquanto melhora do serviço prestado, o gestor teria de fazer com que isso se concretizasse mais, se efetivasse mais, estudando a política ou se capacitando. Isso serve para todos os segmentos. Muito importante seria se a gestão conseguisse participar mais, que assumisse mais, que assumisse mesmo não só enquanto uma forma de não perder o recurso, mas sim uma forma de fazer com que realmente a gente atendesse e a gente pudesse cumprir os objetivos, enfim atender melhor [...] (S-13)

Não adianta os de baixo quererem fazer, mover montanhas e mexer nas coisas se lá em cima, que é o principal, querendo ou não eles são os principais, porque são eles que vão dar o sim. Se eles não estiverem atuantes, nós, os de baixo, não desenvolvemos o que tem que desenvolver (S-03).

O esvaziamento/ausência dos gestores na CH pode ser um fator que tem desestimulado a participação dos trabalhadores. Isso parece compreensível dada a ausência de autonomia atualmente presente da CH do HUOP, na qual o poder de decisão é atribuído à gestão. Dessa forma, os problemas levantados e discutidos ficam na incerteza de sua resolutividade, pois dependerão do aceite, do aval ou do apoio da gestão. A discussão com outros profissionais e trabalhadores, ou mesmo o envolvimento de outros setores e comissões, é um aspecto compreensível e necessário frente à complexidade assistencial e organizacional dos hospitais, porém, sem a presença efetiva da gestão, a CH não tem força política para propor, implantar e realizar mudanças na forma de realizar a atenção com base na PNH.

3.4.6 Ações de humanização realizadas pela CH do HUOP

Vários entrevistados relataram que a CH ficou marcada como uma “comissão de festas” entre os trabalhadores. Isso porque, por algum tempo, a comissão realizou ou se envolveu direta ou indiretamente com ações lúdicas e em datas comemorativas. Essa é, porém, uma prática que está sendo superada face às avaliações dos próprios membros da comissão, que, apesar de reconhecerem que os trabalhadores necessitam de ações e de momentos de descontração e lazer, essa não deve ser a ação central da comissão.

[...] as ações nossas eram mais isoladas, pontuais, o pessoal o nosso grupo de humanização fazia festa, datas comemorativas, relação de aniversariantes, convidou pessoas para promover a ginástica laboral, [...] aula de Tai Chi gratuitamente aos voluntários, então eram coisas assim mais pontuais e datas comemorativas o pessoal as vezes pedia um lanche diferente, um café diferente e muito colaborou com isso os setores, que a gente ajudava a envolver os setores (S-02).

Então, mudou a gestão da comissão, mas a gente ainda continuou, ainda estava tendo a gente como comissão de festa, que a gente só tinha que fazer decoração de natal, de páscoa, ir lá fazer decoração de festinha junina, e não é esse só o nosso objetivo, a gente tinha que ajudar, mas tinha que encabeçar somente essas ações, mas e as outras? Daí a gente desmotivou, sei lá se é para fazer isso, a gente já fez isso o ano inteiro, agora a gente quer mais, quer outra coisa. Gostaríamos de outras ações de

humanização e não só de valorização dos funcionários e integração de festinhas, a gente queria correr atrás de outras coisas (S-11).

A partir da PNH, muitas ações têm sido implementadas nos serviços de Saúde como valorização/humanização, porém essas atividades sem um objetivo definido que promova as discussões sobre o trabalho não devem ser caracterizadas como ações de humanização.

[...] pode-se compreender acriticamente como valorização (e humanização) a atual onda de investimentos institucionais em uma “agenda” de lazer, técnicas diversas de relaxamentos, de socialização e práticas similares, oferecidas aos funcionários, quase sempre isoladas da discussão e sua inserção no trabalho. Pode ser incentivada, sim, a oferta contextualizada de programas que articulem atividades de arte-cultura-lazer (e práticas corporais, espirituais), mas cuidando-se que estejam vinculados a uma discussão mais ampla do trabalho. (SANTOS-FILHO, 2009b, p. 148).

Identificou-se que a CH, ao longo do tempo, tem se dedicado à realização de atividades com essas características, em alguns períodos mais que em outros, contudo há também o reconhecimento de que essas ações não promovem a humanização. As falas indicam a necessidade de se colocar em pauta o próprio trabalho como uma questão central para a possibilidade de mudanças que promovam a valorização do trabalhador.

Não adianta só fazer videozinhos de colegas falando de colegas. Não é com isso que valoriza e engrandece, não é; no dia a dia é mostrar respeito por aquela profissão ou para aquele setor, pelos colegas de trabalho. Você não dá uma condição de trabalho adequada, vou te jogar lá numa salinha, lá num outro bloco para você exercer tua função, você tem que ficar andando na chuva, no sol, no vento, no frio e no calor, como? Como que eu quero valorizar o seu serviço? (S-11).

A comissão faz algumas coisas pontuais, por exemplo, no dia do servidor tem alguma atividade, no dia das mulheres tem uma outra atividade, coisas assim, que eu acho que são importantes e são necessárias até, mais é muito pouco, né! Então a impressão que eu tenho que está muito limitado nisso, nessa questão de fazer pontualmente alguma coisa. É. Eu acho que daí foge inclusive do foco, porque isso não é humanização, isso é apenas fazer com que a gente fique um pouco mais confortável nessa condição que a gente trabalha, né (S-04).

De acordo com Santos-Filho (2009b), a valorização do trabalhador que a PNH busca compreende e considera esses sujeitos como possuidores de saberes específicos que, a partir de sua inserção nos serviços de Saúde, possam ampliar sua capacidade de análise coletiva e interdisciplinar. A prática da avaliação deve englobar os diferentes aspectos do trabalho e a Saúde do trabalhador, oferecendo subsídios

para o planejamento de ações e o acompanhamento com indicadores de mudanças. Nessa perspectiva, o autor sugere um “[...] modelo lógico com referenciais e indicadores de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde [...]” como um instrumento que contempla os dispositivos da PNH com planejamento e avaliação de metas e, assim, se transformem em ações e produzam indicadores de processos de mudanças.

Os objetivos da PNH para a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde são: (1) implementar Gestão descentralizada e participativa; (2) organizar a atenção e a oferta de cuidados a partir da implementação de equipes multiprofissionais com métodos e instrumentos de orientação do trabalho; (3) proporcionar participação e valorização dos trabalhadores no processo e gestão do trabalho; (4) promover educação permanente dos trabalhadores; promover espaços compartilhados para análise do processo de trabalho em Saúde e elaboração de planos de ações para melhoria do trabalho; (5) adequar áreas físicas (segundo o conceito de ambiência nos projetos arquitetônicos) e provisão adequada de recursos materiais e insumos e (6) promover qualificação e otimização do trabalho a partir de instrumentos sistemáticos de avaliação (SANTOS-FILHO, 2009b).

Assim, portanto, o processo de valorização dos trabalhadores se caracteriza a partir de uma análise do trabalho e a partir do trabalho, seus riscos de adoecimento e quais são as possibilidades e os processos que devem estar presentes nos serviços para garantir o desenvolvimento, as potencialidades individuais e coletivas para um trabalho seguro e prazeroso. Para isso, trabalhadores e gestores necessitam estar sensíveis aos dados e às informações de sua realidade, com o objetivo de produzir informações e indicativos passíveis de análise, para um processo de negociação, para a pactuação de metas para a Saúde e a valorização dos trabalhadores (SANTOS-FILHO, 2009b).

3.4.7 Dispositivos da PNH implantados no HUOP na percepção dos trabalhadores

A PNH apresenta dispositivos que, ao serem implantados nos serviços, possibilitam a produção de serviços de Saúde envolvendo os sujeitos e mudanças no modelo de atenção e de gestão. Destacam-se: o grupo de trabalho de humanização; a câmara técnica de trabalho; o colegiado gestor; o contrato de gestão; a visita aberta;

o direito a acompanhante; o programa de formação em saúde do trabalhador e a comunidade ampliada de pesquisa; a equipe transdisciplinar de referência; o apoio matricial; projetos cogерidos de ambiência; o acolhimento com classificação de riscos; e ainda projetos terapêuticos singulares e projeto de Saúde coletiva (BRASIL, 2012a).

Os sujeitos da pesquisa, ao serem questionados, indicaram alguns dispositivos da PNH implantados no HUOP, como a ampliação de horários de visita aos pacientes, o direito a acompanhante e a melhoria da ambiência em alguns setores do hospital. Apesar de que algumas ações já existiam mesmo antes da criação da CH, os sujeitos identificam que a CH auxiliou nesse processo, aprimorando e ampliando esses dispositivos.

A visita aberta ao paciente internado

O hospital historicamente realizou o cuidado ao doente isolando-o do seu meio social. Essa forma de prestação de serviços hospitalares aparece “[...] materializada tanto na planta física dos hospitais, onde não há espaço para acompanhantes, nem para visitantes, [...] não consideram a importância dos familiares e dos parceiros (ou seja, da rede social) para o cuidado” (BRASIL, 2012c, p. 5).

Visita aberta é uma proposta da Política Nacional de Humanização cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente. (BRASIL, 2012c, p. 3).

Para a PNH, as pessoas que visitam e/ou acompanham os pacientes são identificadas como “[...] elementos integrantes do projeto terapêutico [...]”. agentes que devem ser acolhidos e orientados, sendo-lhes fornecidas as condições adequadas para a sua permanência. Segue-se, portanto, que a visita possibilita aos usuários usufruir de um direito, com a permanência de pessoas de sua rede de relações sociais (familiares, amigos e comunidade) e restabelecer o elo rompido pelo processo de internação (BRASIL, 2012c).

Pelos relatos dos sujeitos observa-se que a visita tem sido considerada como importante para o paciente, buscando cada vez mais a sua ampliação, mesmo em unidades de cuidado consideradas críticas como as UTIs. Apesar de mais horários de

visitas representarem mudanças que interferem nos processos de trabalho da equipe aos poucos, mesmo assim são incorporadas na rotina.

[...] quando eu entrei aqui no hospital era um horário e duas visitas, agora nós estamos com dois horários, tem alas que até três, até com quatro visitas, dois revezamentos, eu acho que a gente já avançou bastante, eu acho que a comissão de humanização ajudou muito nesse sentido (S- 09).

A UTI de adultos aqui do hospital sempre teve muitas dificuldades. É um lugar fechado. Claro, como todas as UTIs, é uma unidade fechada, número restrito de visitas, horário restrito de visitas, mas teve a ampliação do horário de visitas, e isso foi tudo muito bem aceito por todos. Eu acho que a questão não é só ampliar o horário, mas, assim, é essa tranquilidade, é o incorporar de uma forma boa isso, teve a ampliação do horário de visitas, tem o horário de visitas da noite, que no começo sempre, quando se implanta um novo horário, uma nova mudança, sempre causa um estresse para todo o grupo, mas foi um estresse que passou e que hoje eu não escuto ninguém se queixar (S-10).

A presença de pessoas da rede social do paciente permite à equipe realizar observação da dinâmica familiar e como essas se apresentam, assim como obter mais informações e identificar a disponibilidade e interesse da família em participar do cuidado. Pode desencadear condutas que antes não seriam possíveis sem as informações da rede social do paciente, o que possibilita uma compreensão mais integral da realidade social e familiar na qual o usuário se encontra inserido.

Agora a gente solicitou à direção a identificação do visitante e do acompanhante, com a mudança de horário, ou seja, a visita aberta, das dez da manhã às 20:30 se não me engano ou 21 horas, isso tudo está sendo levantado, porque muita gente vem de fora, muita gente depende de ônibus, então fica muito complicado determinar o horário, e acreditamos que para o fluxo também melhora, até as visitas nas alas porque há muita reclamação, chega o horário enche de gente que não dá pra fazer a medicação, não dá para fazer banho... é aquela confusão, então com a visita aberta, a gente espera melhorar até a condição pro servidor na ala que está atendendo o paciente, os únicos locais que vai manter os horários são as UTIs (S-03).

Conforme o relato, a implantação da visita aberta tem sido discutida pela CH, como um dispositivo da PNH, que poderá trazer benefícios aos pacientes, familiares e trabalhadores, e como uma meta a ser implantada no HUOP.

O acompanhante

A PNH define como “Acompanhante: representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda a sua permanência nos ambientes de assistência à saúde” (BRASIL, 2012c, p. 3). Então esse acompanhante se apresentou como outro dispositivo da PNH, identificado pelos entrevistados, que atualmente está

sendo possibilitado na maioria das unidades de cuidado do hospital, ampliando esse fator de humanização para além dos pacientes que já tinham esse direito garantido legalmente, como as crianças, os adolescentes e os idosos.

Conforme descrito por Sanches et al. (2013), o paciente adulto que não está amparado pela legislação, quando permanece com o acompanhante, caracteriza-se como uma concessão que depende de negociação e de autorização da equipe de saúde, sendo essa exceção muitas vezes concedida para suprir a falta de trabalhadores de enfermagem e sem estrutura física adequada para a sua permanência. Esses aspectos precisam ser amplamente discutidos para se identificar quais os elementos presentes frente à liberação de acompanhante, uma vez que este não se constituiu como foco do estudo, mas, de antemão, identifica-se que a liberação de acompanhante aos pacientes adultos, idosos e crianças tem sido uma prática comum nas diferentes unidades de internação e inclusive em alas consideradas mais restritas como as UTIs. Há também o reconhecimento da importância do acompanhante e até mesmo como evolução quando comparado aos tempos anteriores, quando não se permitia a presença de familiares, nem mesmo para as crianças internadas.

[...] as crianças têm um acompanhante, é a melhora da criança, a tranquilidade, imagina mãe tendo todo o aconchego do filho com a mãe, aquela coisa muito boa, hoje tem um desenvolvimento melhor na saúde por causa disso, e até para os adultos e antigamente não existia isso, no passado não tinha isso [...] (S-06).

Não sei se isso se enquadra na humanização propriamente, mas a maior abertura para os acompanhantes para pacientes, independente da faixa etária, mas muitos pacientes tem acompanhante, a liberdade do acesso UTI, da UCI, da UTI-Neo (S-12).

A UTI acabou implementando acompanhante para pacientes que estão acordados que já saíram do período de sedação. É ter acompanhante dentro da UTI como a nossa, uma UTI com pacientes graves é um avanço imenso (S-10).

Apesar da maior abertura aos acompanhantes no HUOP em vários setores, ainda não é permitida a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e de pós-parto imediato, embora seja um direito de todas as mulheres brasileiras, direito garantido a partir da Lei Federal nº 11.108/2005. Identifica-se que há certa resistência dos profissionais em relação a implantar na rotina o acompanhante no parto, sendo o argumento principal as limitações do espaço físico e os números elevados de partos realizados nessa unidade.

[...] no Centro Obstétrico, a própria legislação dá a garantia da mulher ter o direito de um acompanhante. Isso não é efetivado aqui no hospital de longa data, sempre com o mesmo discurso que não tem espaço físico, entretanto a gente sabe também que o

Centro Obstétrico não está cheio a vida inteira. Ele está geralmente lotado, mas não sempre (S-13).

Dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada por Diniz et al. (2014) em hospitais públicos e privados, nas cinco regiões brasileiras, mostram que a maioria das mulheres não conta ainda com o acompanhante durante o trabalho de parto ou no parto. Além disso, a incidência maior da presença do acompanhante durante o parto foi identificada entre as mulheres que realizaram o parto na assistência privada, com maior renda e escolaridade, de cor branca e de cesariana. Os dados indicam a necessidade de ampliação desse direito já garantido às mulheres, também nos serviços públicos, com aumento de investimentos seja no aspecto financeiro ou de educação permanente que superem as resistências profissionais na busca de atendimento ao parto mais humanizado. Cabe aqui relatar que o HUOP tem pactuado e aderiu ao projeto estadual “Rede Mãe Paranaense”, porém, no relatório quadrimestral para acompanhamento do POA 2013/2014, observa-se que não tem pontuado no item que trata da garantia de acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto (HUOP; SESA, 2014).

A presença do acompanhante e da visita aberta é uma proposta da PNH, que busca garantir a manutenção dos vínculos entre o paciente e seus familiares, sua rede social e comunitária. A PNH propõe que todos os pacientes tenham acompanhantes, independentemente da condição de saúde do paciente ou as causas de internação. Para isso se faz necessário, porém, o envolvimento dos gestores, dos trabalhadores e dos profissionais dos diferentes setores do hospital na reorganização do acolhimento de visitantes e acompanhantes que contemple uma proposta que avance e supere as barreiras da estrutura física e conceituais, com vistas à humanização durante o período de internação.

A ambiência

A ambiência, sendo um dos dispositivos da PNH, é definida como o “[...] tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2013, p. 5). Compreende que o espaço físico de trabalho e de cuidado necessita de segurança técnica e deve ser agradável. Dessa forma, o conceito de ambiência envolve disponibilizar aos trabalhadores e aos usuários um

ambiente com conforto, um ambiente que possa garantir a existência de espaços para a realização de encontros dos sujeitos e, ainda, como facilitador do processo de trabalho (BRASIL, 2013).

Algumas mudanças na estrutura física do HUOP foram identificadas pelos sujeitos como ações de humanização, pois proporcionaram melhorias, beneficiando tanto usuários como trabalhadores. Há um reconhecimento de que essa iniciativa foi apoiada pela gestão.

[...] as recepções melhoraram, aquela televisão ali na frente melhorou bastante, o ambiente melhorou, esses horários de visitas que eram bem restritos, agora já estão bem mais abertos, então isso tudo melhora para humanizar. É a humanização para o paciente, o acompanhante. Tudo faz parte, né, e a administração apoia (S-06).

A questão dos horários de visita, mobiliário dos acompanhantes. No decorrer dos anos tem feito alguma ações pontuais e isoladas, mas que tem a ver com a política de humanização, quando você melhora o mobiliário, as camas, mobiliário dos acompanhantes, quando você oferta remédios de boa qualidade para um tratamento mais rápido e eficaz. Isso também é humanização [...] eu lembro que foi reformada a UTI Geral, foi reformado o Centro Cirúrgico, então são questões... são coisas mais lentas e foi melhorado, foi a gestão que promoveu independente de estar ou não participando da comissão. A reforma do Centro Cirúrgico que aconteceu um tempo atrás, foi reformado o vestiário do pessoal do apoio, aqueles vestiários antigamente eram péssimos. Isso também é qualidade para o trabalho, entendeu? Sai sujo do ambiente de trabalho, suado, tal, vai tomar um banho no banheiro adequado, com instalações. Isso também é ambiência, qualidade no trabalho (S-02).

Ao se pensar a realização de um projeto de mudanças na ambiência é importante contar com a presença dos trabalhadores que podem contribuir com propostas, levando em consideração a funcionalidade e a constituição de espaços que também contemplem aspecto de biossegurança, seja agradável e proporcione momentos prazerosos. Isso tem uma importância significativa para os trabalhadores, uma vez que dedicam boa parte de seu tempo e muitos anos de sua vida nesse ambiente, que deve ser amigável para reduzir impactos negativos sobre sua saúde física e mental.

A partir dos depoimentos observa-se que alguns dispositivos da PNH não foram indicados pelos sujeitos, o que pode revelar a sua inexistência no hospital. Dessa forma, observa-se que os dispositivos que mais se aproximam e indicam mudanças no modelo de gestão, como o colegiado gestor e o contrato de gestão, não são citados pelos sujeitos, o que representa um distanciamento do grupo que compõe a CH com essa temática. Esses dispositivos (colegiados gestores e contratos de gestão) fazem parte das diretrizes da PNH que trata da cogestão (BRASIL, 2012a). É, portanto,

primordial, para essa política, a possibilidade e o exercício da participação de todos os segmentos em processos decisórios. Os membros da CH já reconhecem essa necessidade, contudo serão necessários esforços e um movimento do próprio grupo e dos trabalhadores para estabelecer as estratégias necessárias para que esses dispositivos sejam reconhecidos pela gestão e de fato implantados no hospital.

Os dispositivos que tratam do trabalho e da saúde do trabalhador também não foram destacados nas falas, ou seja, o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), que se caracterizam como dispositivos de “[...] formação e pesquisa-intervenção em rede, que articula um programa de formação, pautado na ação, com um programa de pesquisas, visando à luta pela saúde e afirmação da vida” (BARROS; MORI; BASTOS, 2009, p. 109).

Esses dispositivos são importantes e voltados para o segmento dos trabalhadores que favorecem a análise dos processos de adoecimento nos locais de trabalho. Assim, portanto, colocar esse assunto em pauta significa repensar a organização do trabalho com o objetivo de estabelecer estratégias para revolver situações que provocam adoecimentos, assim como formas de prevenção que sejam capazes de produzir saúde aos trabalhadores (BARROS; MORI; BASTOS, 2009). Eis, portanto, mais um dispositivo da PNH que necessita ser apropriado pelos trabalhadores, podendo se constituir em mecanismo de enfrentamento das condições de trabalho e toda a complexidade do cuidado em Saúde exigida no ambiente hospitalar.

Os dispositivos que contemplam o cuidado em Saúde não apareceram nas falas dos sujeitos, que são: a equipe transdisciplinar de referência e apoio matricial; o acolhimento com classificação de riscos; os projetos terapêuticos singulares; e o projeto de saúde coletiva. Esses dispositivos, por sua vez, estão diretamente relacionados a um modelo de gestão que, conforme Campos e Rates (2008), possibilita que o trabalho seja organizado em unidades de produção e em equipes que realizam o cuidado com base em planejamento, pactuação de metas estabelecidas em contratos internos de gestão, o que incide diretamente no aspecto da indissociabilidade entre a gestão e atenção.

Um serviço de saúde organizado exclusivamente no poder dos profissionais e sem estabelecimento de vínculos tende a gerar descompromisso, fragmentação do trabalho, insatisfação dos trabalhadores e não são potentes para enxergar a singularidade dos sujeitos e estabelecer a integralidade da assistência. Essa

organização do trabalho em hospitais de urgência nem sempre possibilita assegurar a reabilitação da saúde do usuário e provoca alienação aos profissionais da saúde que não vislumbram os resultados do seu trabalho. (CAMPOS; RATES, 2008, p. 280).

A discussão sobre o cuidado em Saúde se mostra um desafio para a gestão e para a própria CH, principalmente pela forma como atualmente é organizado. Vislumbrar outras possibilidades requer arranjos que precisam ser colocados em pauta de forma coletiva, identificando como as propostas de mudanças podem ser incorporadas, quais as barreiras e os limites impostos que necessitam ser enfrentados.

Embora alguns dispositivos estejam de certa forma sendo implantados, é importante pensar quais são os elementos necessários para que se avance em relação aos demais, quais são as condições concretas e subjetivas que podem desencadear novos planos de trabalho para trabalhadores e usuários.

3.4.8 O PDA como estratégias de Humanização

Alguns sujeitos identificaram o Plano de Desenvolvimento dos Agentes Universitários (PDA), implantado em 2012, pela Reitoria da Unioeste, como mecanismo importante para a humanização no HUOP. Os projetos elaborados pelos servidores são avaliados e aprovados por uma comissão. Os servidores devem destinar duas horas semanais de sua carga horária para desenvolver seus projetos em diversas áreas. Dessa forma, vários projetos estão sendo realizados no hospital — são projetos envolvendo trabalhadores, usuários, ambiência, entre outros.

[...] os PDAs estão mais nessa parte da humanização que propriamente nós, estamos tentando puxar para participar também (S-07).

Atualmente existem algumas ações que, por conta de projetos que estão sendo realizados aqui no HU, que acabam que indiretamente atuando nessa questão humanizadora. Os projetos de PDA que a gente chama projetos de desenvolvimento do agente, [...] tem palestras de qualidade de vida e saúde, tem outros colegas nossos da Educação Física que ministram a ginástica laboral todas as manhãs, então isso é uma ação humanizadora. Algumas datas festivas o RH também colabora de alguma forma com algumas atividades, dias dos pais, do servidor, promovem eventos, palestras, traz gente de fora, então tem várias ações que assim, somadas, você vê que existem questões, coisas ligadas também com a Pediatria, que envolvem pacientes (S-02).

Muitas das ações que vêm sendo desenvolvidas através dos PDAs têm-se aproximado do que os membros consideram como ações de humanizações, ou até mesmo com as ações que a própria CH desenvolveu em algum período, como as atividades comemorativas e festividades. Os PDAs também foram caracterizados por um sujeito da pesquisa como sendo GTHs, sem mesmo que os próprios PDAs se identificarem dessa forma, contudo os GTHs são dispositivos próprios da PNH, podem realizar ações específicas ou através de subgrupos com metas definidas coletivamente voltadas aos princípios, às diretrizes e aos demais dispositivos da política (BRASIL, 2012b).

[...] os GTHs que são os grupos de trabalho humanizado, que estão atuando dentro do HU sem ser formalizados como GTH, que é o nosso PDA, porque o que a gente veio descobrir, que o PDA ele é um GTH, ele está desenvolvendo uma atividade de humanização dentro do hospital. Então ali fez a diferença esses grupos de PDAs sem a gente perceber (S-03).

Foram citadas também atividades desenvolvidas por outros profissionais, como, por exemplo, do Serviço Social, da Psicologia e do setor de Educação Continuada.

Então com os PDAs eu tenho ouvido muito aqui do hospital, inclusive a comissão atual que eu ainda faço parte. Eu tenho visto que boa parte entende que os PDAs são tudo, são todos projetos de humanização, então não, específico não. Eu percebo, sim, que tem muitas ações humanizadas [...] do Serviço Social, da Psicologia e com essa questão da Educação Continuada, acho que tem algumas coisas que se classificam e ora são consideradas como ações de humanização, ora não... (S-13).

A fala do sujeito indica que essa associação tem sido realizada por alguns membros da CH, mas os projetos não foram elaborados a partir da PNH, portanto não se pode considerar que todas as ações realizadas pelos PDAs são ações de humanização, principalmente se não estiverem contemplando as discussões da organização do trabalho e processos de mudanças no interior do hospital.

Essa aproximação entre a CH e os grupos de PDAs pode ser um movimento positivo para o processo de implantação da PNH no hospital, porém necessita ser amadurecida essa discussão entre os membros, principalmente o que tem sido caracterizado e considerado como ações de humanização, assim como o próprio conceito sobre o GTH. Essa é uma das condições que pode favorecer a CH para o direcionamento de projetos que tenham o interesse ou o objetivo de contribuir com o processo de implantação da PNH no hospital. A disseminação do conceito de

humanização e da própria PNH é um aspecto importante, pois pode ser incorporado às atividades e ações cotidianas dos trabalhadores e nos PDAs, provocando processos de mudanças na atenção e no próprio trabalho, contudo isso precisa ser mais explícito como um objetivo institucional, e não restrito a grupos ou projetos.

3.4.9 A falta de recursos financeiros para a CH

De acordo com a PNH, o repasse de recursos financeiros para ações de humanização deve ocorrer através da “[...] integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os, fundo a fundo, mediante o compromisso dos gestores com a PNH” (BRASIL, 2012a, p. 35). Assim, portanto, o repasse de recursos financeiros está vinculado ao processo de contratualização realizado entre o hospital e órgãos gestores, sendo seu repasse condicionado ao cumprimento de metas pactuadas. Dessa forma, o hospital recebe repasses mediante a realização das metas pactuadas no POA, contudo nenhum recurso financeiro é repassado diretamente para a CH, e nem mesmo é discutido coletivamente como esses recursos podem ser utilizados para a implementação da PNH no hospital.

A inexistência de orçamento específico para a CH foi indicada, pela maioria dos sujeitos entrevistados, como uma das principais dificuldades para a implementação da humanização no hospital.

Uma das primeiras dificuldades é a falta de dinheiro. Precisa, não basta apenas boas intenções. Nós precisamos de planejamento e, para que as ações aconteçam, precisa canalizar recursos para que elas sejam viabilizadas. Nós precisamos canalizar recursos para desenvolver ações de humanização [...]. Tem que ser canalizados recursos, tem que ser feitas mudanças internas, algumas rotinas de setores como recepções e outras coisas, mas que, às vezes, a gente esbarra na dificuldade de material ou de equipamentos ou de construções físicas ou de rotina de trabalho. Então precisa cada vez mais da participação da gestão (S-02).

Esse aspecto reafirma a necessidade do envolvimento da CH com a gestão, pois se torna essencial o acesso às informações e ao próprio planejamento conjunto das metas de humanização. A participação e o envolvimento da gestão para o planejamento tornam-se, portanto, elementos essenciais para que se tenham “[...] algumas condições político-institucionais que precisam ser criadas para viabilizar as ações e as mudanças esperadas” (SANTOS- FILHO, 2011, p. 19). Caso contrário, a

CH se limitará a realizar ações que não envolvam recursos financeiros, ou mesmo sem estarem relacionadas às diretrizes da PNH e, conseqüentemente, não ocorrerão processos de mudanças efetivos no interior do serviço, conforme o depoimento que segue:

O que a comissão tem que fazer dentro do hospital a gente sabe, agora a gente sabe, mas se não houver uma participação, uma colaboração maior da direção geral, a gente não consegue, por que tudo envolve verba, tudo envolve dinheiro, você criar uma ambiência, você melhorar a questão da visitação, do acompanhante, do paciente. Tudo isso envolve financeiro, então assim, a gente está conseguindo trabalhar aquilo que não envolve o financeiro, agora o que envolve o financeiro não, não, não está sendo feito (S-03).

Um dos elementos essenciais para o enfretamento dessa questão é a transparência, a apropriação de informações sobre como ocorre o financiamento, quais os valores e como estão sendo empregados na instituição. Esse movimento só poderá ocorrer de forma efetiva mediante o encontro dos segmentos e a possibilidade do debate e da tomada de decisão de forma coletiva.

A PNH indica, como uma de suas diretrizes, a cogestão, que poderá ocorrer mediante a realização de diferentes dispositivos no interior do hospital, como a própria CH, colegiados gestores e contratos de gestão (BRASIL, 2010). O presente estudo aponta para a inexistência desse espaço no HUOP. O modelo de gestão adotado não tem oportunizado a participação de trabalhadores e usuários nas decisões e não cria espaços para esses segmentos exporem suas necessidades e interesses. Os trabalhadores que participam da CH indicam a preocupação e o interesse que a PNH de fato seja implantada no hospital. Se, contudo, a configuração da CH sem a presença da gestão e dos segmentos dos usuários for mantida, esse grupo poderá continuar enfrentando barreiras e dificuldades para a implementação da PNH no hospital.

Concordando com Campos e Rates (2008, p. 281), acredita-se que a instituição de métodos de cogestão “[...] amplia a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos → co-produção → estabelecimento de novas relações com contratos de metas → contratos de gestão [...]”, contribuindo, assim, para o exercício da participação dos diferentes segmentos na construção de objetivos, metas de planejamento de forma mais democrática, mas também uma redistribuição de poder presente nos serviços, o que representa possibilidades em potencial de alterar a dinâmica das relações de força existentes nas instituições (CAMPOS, 2005). São

indicações metodológicas para se pensarem novas formas de realizar novos processos de trabalho como foco no cuidado mais humanizado e, principalmente, mudanças na gestão que se aproximem das diretrizes e dos princípios da PNH na realidade estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação da PNH nos serviços de Saúde constitui-se em um mecanismo que exige condições materiais, aspectos subjetivos, poder político e participação efetiva dos sujeitos envolvidos, com valorização dos segmentos que fazem parte do cuidado em Saúde. Partindo desse entendimento, vários dispositivos e mecanismos podem ser instituídos com o objetivo de avançar em mudanças que melhorem o cuidado em serviços de Saúde.

Evidenciou-se, com o desenvolvimento da pesquisa, que a implantação da CH no HUOP emergiu como consequência do processo de contratualização do hospital. Inicialmente, a referida comissão constituiu-se com participantes da gestão e de trabalhadores da instituição, porém, após certo tempo, a gestão do hospital deixou de participar, estabelecendo um distanciamento entre a CH e a gestão. Considera-se que essa decisão interferiu no processo de implantação da PNH no hospital, indicando certa desvalorização da CH e da própria PNH. Isso pode ser observado na ausência de participação da CH na definição das metas e de ações relacionadas à humanização presentes nos POAs, bem como na ausência de dirigentes nas reuniões da comissão.

Ainda, no primeiro POA está descrito como sendo uma meta a implantação de um conselho participativo, porém esse objetivo foi excluído já no segundo POA, o que permite concluir que as possibilidades de uma maior participação dos trabalhadores nos processos decisórios, aparentemente presentes no momento inicial, não foram apropriadas pelos trabalhadores e rapidamente foram esquecidas pela gestão.

Para que a PNH possa ser efetivamente implementada e produza as mudanças pretendidas, é fundamental a indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja, o envolvimento e a participação da gestão em conjunto com os trabalhadores e os usuários. Os princípios e as diretrizes da política fazem menção, em todos os seus documentos oficiais, à valorização e ao protagonismo dos sujeitos envolvidos, e que, para mudanças na atenção à Saúde, também são necessários novos modelos de gestão.

A pesquisa revelou, ainda, o desejo dos membros da CH de realizar mudanças no interior da instituição, contudo muitos temas são recorrentes nas reuniões, o que revela a não concretização das ações pretendidas, tanto no que se refere ao segmento dos trabalhadores, como no relativo aos usuários. Essas situações geram

o sentimento de incapacidade do grupo em implementar de fato a PNH. Deve-se, porém, entender que provocar mudanças em uma instituição complexa como um hospital não deve ser tomado como uma atribuição de uma comissão constituída apenas por trabalhadores, pois, mesmo com certo apoio da gestão, é necessário o envolvimento direto de ambos os segmentos, além da inclusão dos usuários, inclusão que até o momento não foi contemplada na própria comissão.

Mesmo assim, contudo, alguns dispositivos da PNH foram identificados, como a ampliação e a flexibilização dos horários de visitas, a presença de acompanhantes na maioria das alas de internação, projetos de ambiência e projetos envolvendo usuários e trabalhadores. Constatou-se, também, a incorporação de trabalhos de pesquisa interdisciplinares, os quais se aproximam de projetos terapêuticos singulares e visitas interdisciplinares nos leitos de internação, porém essa é uma prática esporádica. Assim, há que se avançar nesses aspectos para a qualificação da atenção à Saúde, incluindo o apoio matricial e espaços de gestão participativa, mecanismos importantes para o processo de implantação da PNH.

A falta de formação e de educação permanente sobre a PNH configurou-se uma das dificuldades para o processo de implantação da política no hospital. No tocante a esse aspecto, a formação deve contemplar necessariamente os trabalhadores, os gestores e os usuários com desdobramentos coletivos e não setorializados.

Outro aspecto ressaltado foi a dificuldade enfrentada pela ausência de orçamento próprio, fator que, como se sabe, limita qualquer ação, mesmo as mais simples. A transparência, o acesso às informações, a participação democrática e o planejamento coletivo são fatores que devem ser revistos se de fato se quer implantar as diretrizes da PNH no HUOP.

Cabe, no entanto, registrar que, apesar das dificuldades evidenciadas e relatadas pelos trabalhadores que compõem a CH, eles não desistiram de fazer parte de um grupo que se destina a realizar ações que melhorem o local de trabalho, seja como uma forma de resistência, ou por acreditarem nas possibilidades indicadas pela PNH. Nas falas dos sujeitos pode-se identificar que essa comissão muitas vezes foi um espaço para compartilhar problemas, desabafos e a busca de soluções mais coletivas. Isso confirma a importância do serviço em criar locais e momentos que contemplem a participação democrática.

Considera-se importante que os segmentos dos trabalhadores possam realizar um movimento de resgate sobre a sua condição de pertencimento de classe e assim os qualifiquem para o debate sobre como o trabalho deve ser configurado no hospital. Isso pode contribuir para elucidar quais fatores presentes no local de trabalho têm influência em processos de saúde e de adoecimento do trabalhador. A própria PNH tem indicado a necessidade de formação desse segmento e a construção de dados sobre a saúde do trabalhador nos locais de trabalho, com o fortalecimento na defesa de seus interesses e necessidades, assim como a garantia de locais de trabalho mais seguros.

Notou-se que a PNH tem sido conduzida no hospital em dois campos distintos, sendo, de um lado, a gestão com as atribuições administrativas de pactuação, com a responsabilidade do estabelecimento de metas e relatórios, e, de outro, um grupo de trabalhadores responsáveis por ações de humanização no hospital. Um fator que, contudo, parece determinante é o modelo de gestão, modelo que, por ser do tipo verticalizado e centralizado, inviabiliza o encontro dos segmentos, além de forçar a ausência da gestão na comissão de humanização. Isso parece inviabilizar a construção de um projeto coletivo que contemple a implantação da PNH no HUOP.

Como já abordado anteriormente, um objetivo que necessita ser buscado é a cogestão na própria CH, o que proporcionaria uma maior possibilidade de superação das dificuldades evidenciadas. Esse pode ser o caminho para novos projetos que possibilitem a qualificação desse importante hospital público, que tem como objetivo realizar a formação dos profissionais de Saúde e de prestar o cuidado para a comunidade regional.

Para concluir, acredita-se que, apesar das limitações, o processo de implementação da PNH apresenta potencialidades para provocar mudanças nas instituições, em especial potencialidades para enfrentar as lógicas internas, os poderes instituídos, os territórios delimitados e as relações de poder estabelecidas, se bem que isso exija a boa confluência profissional de sujeitos com desejos, vontades e decisões coletivas.

Considera-se que este estudo apresenta limitações ao não contemplar a percepção de gestores e dos usuários sobre a PNH, mas indica a possibilidade de novas pesquisas frente à complexidade do trabalho em Saúde nos serviços

hospitalares, assim como, a partir de outras abordagens e experiências sobre a PNH que venham a contribuir para a qualificação do cuidado e da própria formação de trabalhadores da Saúde no HUOP.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. 3. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **A dialética do trabalho**: escritos de Marx e Engels. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

AZEVEDO, Creuza da Silva et al. Caminhos da organização e gestão do cuidado em Saúde no âmbito hospitalar brasileiro. **Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde**. Volume I. Rio de Janeiro: Abrasco, jun./set. 2010. <Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/pos-graduacao/site/referencia/?site=1>>. Acesso em: 20 set. 2015.

BARROS, Maria Elizabetth Barros de; MORI, Maria Elizabeth; BASTOS, Solange de Souza. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em Saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e trabalho/PFTS”. In: SANTOS-FILHO, Serrafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabetth Barros (Org.). **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em Saúde. Ijuí, RS: Unijuí, 2009.

BARROS, Regina Benevides de; BARROS, Maria Elizabetth Barros de. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serrafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabetth Barros (Org.). **Trabalhador da Saúde**: muito prazer! Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em Saúde. Ijuí, RS: Editora da Unijuí, 2009.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/82>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000. **O Brasil falando como quer ser tratado**: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à Saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 5 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à Saúde**: Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteadoras práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: visita aberta e direito a acompanhante. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Lei Federal 8.080, de 19 de Setembro de 1990.

_____. Lei Federal 8.148, de 28 de dezembro de 1990.

_____. **Portaria nº 280**, de 7 de abril de 1999. Ministério da Saúde, 1999.
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0280_07_04_1999.html>. Acesso em: 9 jun. 2015.

_____. **Portaria Interministerial n.º 562**, de 12 de maio de 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_562.pdf>. Acesso em: 13 maio 2104.

_____. **Portaria Interministerial Nº 1006/MEC/MS**, de 27 de maio de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em: 14 maio 2104.

_____. **Lei Federal 11.108**, de 07 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 14 jun. 2015.

_____. **Portaria Interministerial Nº 2.400**, de 2 de outubro 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-2400.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

BRESSAN, Suimar (Org.). **Introdução ao estudo da sociedade**. Ijuí, RS: Livraria Unijuí, 1986.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **A Saúde pública e a defesa da vida.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de Saúde. In: MERHY, Émerson Elias; ONOKO, Rosana (Org.). **Agir em Saúde - um desafio para o público.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. **A Saúde Pública e a defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. AMARAL, Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referências teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320070004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; RATES, Susana Maria Moreira. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 279-283, 2008. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/504>>. Acesso em: 20 abr. 2015

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva; DESLANDES, Suely Ferreira. (Org.) A relação paciente-médico e humanização dos cuidados em Saúde: limites, possibilidade, falácias. In: _____. **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. **A humanização do cuidado na formação dos profissionais de Saúde nos cursos de graduação.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.46, n.1, p. 219-226, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2015.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antonio. In: **Dicionário da educação profissional em Saúde.** Edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>>. Acesso em: 25 fev. 2015.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 36-47, 1997. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7903>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20050002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2015.

CELLARD, André; POUPART, Jean et al. A análise documental. In: **A pesquisa qualitativa com enfoques epistemológico e metodológicos**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

COSTA, Maria Dalva. Horácio da. O trabalho nos serviços de Saúde e a inserção dos/as assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 62, Cortez, 2000.

COSTA, Jaquiline Barreto da et al. Avaliação de estresse em trabalhadores no contexto hospitalar. In: I Seminário Nacional de Cuidado em Atenção Primária em Saúde, 2013, Cascavel-PR. **Anais I Seminário Nacional de Cuidado em Atenção Primária em Saúde Cascavel**: Unioeste, 2013. p. 503-511. Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/eventos/seminariocuidadoAPS/doc/ANAIS-I-SENAPS.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2015.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização**: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: **Humanização dos cuidados em Saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

DINIZ, Cármen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional "Nascer no Brasil". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 154-168, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2015.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; e CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em Saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320070004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2015.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 22. ed. São Paulo: Paz e Terra S/A, 2006.

_____. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GARCIA, Adir Valdemar et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331201000030007>. Acesso em: 12 ago. 2014.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação política**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

GOMES, Rogério Miranda; SCHRAIBER, Lilia Blima. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 15, n. 37, p. 339-350, 2011.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. 21. ed. São Paulo: Loyola, 1992.

HUMANIZAÇÃO A DEMOCRACIA PEDE PASSAGEM. (Folder). Cascavel, p. 1-7, 2011.

HUOP. **Plano Operativo Anual 2007/2008**. Cascavel, 2007.

_____ . **Plano Operativo Anual 2008/2009**. Cascavel, 2008.

_____ . **Plano Operativo Anual 2010/2011**. Cascavel, 2010.

_____ . **Plano Operativo Anual 2012/2013**. Cascavel, 2012.

_____ . **Plano Operativo Anual 2013/2014**. Cascavel, 2013.

_____ . **Plano Diretor do HUOP 2013/2017**. Cascavel, 2013.

_____ . **Portaria nº 01, de 27 de março de 2008**. Cascavel, 2008.

_____ . **Portaria nº 18, de 12 de dezembro de 2008**. Cascavel, 2008.

_____ . **Portaria nº 23, de 24 de novembro de 2009**. Cascavel, 2009.

_____ . **Portaria nº 07, de 4 de julho de 2011**. Cascavel, 2011.

_____ **Portaria nº 22, de 18 de junho de 2012**. Cascavel, 2012.

HUOP; SESA. Relatório quadrimestral para acompanhamento. **Plano Operativo Anual 2013/2014**.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Renovação e conservadorismo no serviço social: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

KANAANE, Roberto. **Comportamento humano nas organizações: o homem rumo ao século XXI**. São Paulo: Atlas, 1995.

LESSA, Sérgio. **O processo de produção/reprodução social: trabalho e sociabilidade**. In: Capacitação em serviço social e política social. Módulo 2: Reprodução social, trabalho e serviço social. Brasília: CEAD, 1999.

LIMA, Júlio César França. FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anacleia de Barros (Org.). Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em Saúde. In: **O processo histórico do trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira; SOUSA, Gastão Wagner de. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares e disciplinares: contribuições para novas formas organização do trabalho em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-81, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/13.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

MERHY, Emerson Elias; MERHY, Émerson Elias; ONOKO, Rosana (Org.). **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em Saúde**. Agir em Saúde um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003. Disponível em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/edicoes/index.php>>. Acesso em: 12 maio 2014.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; LAPIS, Naira Lima. A Saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a09v19n1.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

_____. SOUZA, Maria Cecília de. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina**. Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 70-77, 1991. Disponível em: <http://200.201.88.199/portalpos/media/Interdisciplinaridade_uma_questao_que.pdf>. Acesso em: 12 maio 2014.

_____. SOUZA, Maria Cecília de (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. DIAS, Elizabeth Costa (Org.). **Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de Saúde**. Brasília: 2001b.

MORAES, Rosângela Dutra de; VASCONCELOS, Ana Cláudia Leal; CUNHA, Caroline de Paula da. Prazer no trabalho: o lugar da autonomia. **Revista Psicologia, Organização e Trabalho**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 217-228, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

NAVARRO, Vera Lúcia; PADILHA, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 19, Edição Especial, 2007. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/viewissue.php?id=11>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. Biblioteca Básica de Serviço Social. Volume 1. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O trabalho em serviços de Saúde**. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1991.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/82>>. Acesso em: 14 set. 2014.

PEDUZZI, Marina. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>>. Acesso em: 16 maio 2014.

PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). In: **Textos de apoio em administração**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PIRES, Denise Elvira. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. Divisão social do trabalho. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Edição revisada e ampliada. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao/dowlivfictec.html>>. Acesso em: 18 maio 2014.

RAMOS, Marise Nogueira; FERREIRA, Angélica Fonseca (Org.) et al. **O processo histórico do trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na Saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/05.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2015.

RIBEIRO, Herval Pina. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz et al. Alterações na saúde decorrentes do excesso de trabalho entre trabalhadores da área de Saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 526-32, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/revenfermuerj.html>>. Acesso em: 19 maio 2015.

SANCHES, Ieda Cristina Pereira et al. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 67-76, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/08.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2015.

SANTANA, Leni de Lima et al. Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de Saúde em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/issue/view/2036>>. Acesso em: 12 set. 2015.

SANTOS-FILHO, Serafim. Um olhar sobre o trabalho em Saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de Saúde. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da Saúde. Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde**. Ijuí, RS: Editora Unijuí, 2009a.

_____. Indicadores de valorização do trabalho e trabalhadores da Saúde: construindo o conceito de valorização a partir de uma perspectiva analítica. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da Saúde. Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores a gestão do trabalho em Saúde**. Ijuí, RS: Editora Unijuí, 2009b.

_____. BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael Silveira. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a12v13s1.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2014.

_____. Dimensão de planificação da Política de Humanização na Atenção e Gestão em Saúde. In: **Caderno HumanizaSUS. Atenção Hospitalar**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, v. 3. Ministério da Saúde, 2011.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRAJANO, Ana Rita. HumanizaSUS: um alerta contra a violência contemporânea? In: MELO, Elza Machado (Org.). **Podemos prevenir a violência**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/podemos_prevenir_violencia.pdf> . Acesso em: 16 out. 2014.

WANDERLEY, Karla Larica; MOREIRA, Lúcio Flávio de Sousa. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturacao_hospitais_ensino_filantropicos_2003_2010.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2014.

ZANATTA, Luciane Ângela; CARVALHO, Manoela de (Orientador). **Reconstituição histórica do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP (1977-2003)**. Cascavel, UNIOESTE, 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Colegiado de Enfermagem). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2003.

PARANÁ. **Lei Estadual nº13.029**, de 27 de dezembro de 2000. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/listarAtosAno.do?action=exibir&codAto=335&codItemAto=3158#3158>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

_____. **Decreto Estadual nº 3567**, de março de 2001. Disponível em: <<http://celepar7cta.pr.gov.br/seap/legrh-v1.nsf/5199c876c8f027f603256ac5004b67da/6ff686b4c0f8c2d603256b100055167e?OpenDocument>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

_____. **Contrato nº 0306 –002/2007**. Secretaria de Saúde do Paraná, 2007.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista

1. Função ou cargo que exerce no HUOP: _____
2. Tempo de serviço na instituição: _____
3. 4. Formação inicial: () Ensino médio () Superior _____
4. Graduação em: _____ Pós-Graduação: _____
5. O que levou você a participar da Comissão de Humanização?
6. Em algum momento você recebeu algum tipo de preparação/formação para atuar na CH?
7. Para você, qual é a importância da PNH no hospital?
8. Como tem ocorrido a participação dos segmentos dos trabalhadores, gestores e usuários na CH?
9. Quem você considera ser responsável pela implantação dos dispositivos na PNH no HUOP? De que forma isso tem ocorrido?
10. Você conhece as metas pactuadas pelo hospital sobre a PNH? Se sim, quais?
11. Em sua opinião, como a gestão tem conduzido a implementação da PNH no HUOP?
12. Quais são as principais dificuldades que você identifica para a implementação da PNH?
13. Como você consegue conciliar as atividades do seu trabalho diário com a participação na Comissão?
14. Quais são as principais ações de humanização existentes no HUOP? E quais foram implantadas a partir do trabalho da Comissão?
15. Em sua opinião, qual é a importância da participação dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários na implantação da PNH no HUOP?
16. Você gostaria de falar algo mais sobre a Comissão de Humanização do HU? E sobre a Humanização no HUOP?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNICE - B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A Política Nacional de Humanização no HUOP

Pesquisador (a) responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Pesquisador (a) colaborador: Dalas Cristina Miglioranza

Telefones de contato: (45) 3220-7202/ (45) 9964-4025

Convidamos você a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo analisar como vem ocorrendo o processo de implementação da PNH no HUOP.

Para isso será necessário sua autorização para a realização de uma entrevista que será gravada e transcrita para uso no desenvolvimento da pesquisa.

Durante a execução da pesquisa os riscos que podem ocorrer estão relacionados ao que sofremos frente a interação interpessoal, como a falha na comunicação verbal. Contudo, serão tomados todos os cuidados para que as informações coletadas sejam tratadas de maneira confidencial, resguardando a sua identificação, pois os dados coletados tem unicamente fins científicos.

A sua participação é muito importante, pois possibilitará identificar como o trabalhador tem percebido e vivenciado como participante da comissão de humanização a sua implementação da PNH no HUOP.

Informamos que a sua participação nesta pesquisa não acarretará em nenhuma despesa financeira e/ou remuneração, assim como não oferece nenhum tipo de risco à sua saúde, contudo se durante a realização da entrevista houver desconforto físico ou emocional, será imediatamente interrompida e solicitado auxílio através do Serviço de Atendimento Médico de Urgência.

Durante a execução da pesquisa fica disponível para qualquer esclarecimento ou dúvidas que possam surgir, colocamos à disposição o contato com a pesquisadora responsável e orientadora deste projeto Professora Maria Lucia Frizon Rizzotto através do telefone (45) 3220-7202 ou da pesquisadora colaboradora Dalas Cristina Miglioranza (45) 9964-4025 ou 3226-9133. Informamos que em qualquer momento poderá explicitar sua desistência da participação nesta pesquisa, e se necessite de maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da UNIOESTE através do telefone (45) 3220-3272. Após a conclusão do projeto de pesquisa, o pesquisador compromete-se em socializar os resultados com todos os participantes

Este Termo se dará em duas vias de igual teor, sendo que uma fica com o participante da pesquisa (entrevistado) e a outra com o pesquisador.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar a participar da pesquisa.

Nome: _____

Assinatura: _____

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante.

Cascavel, _____ de _____ de 20____.

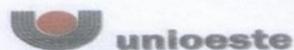


**APÊNDICE C – Portarias da Comissão de Humanização:
designação, números, membros e função/cargo no HUOP 2008-
2012**

Ano	Nº da Portaria	Número de membros	Função/cargo
2008	Nº 01 de 27 de março 2008	06	01 Diretor Administrativo 01 Diretora de Enfermagem 01 Assistente Social 01 Médico 02 Técnicos Administrativos 01 Nutricionista
2008	Nº 18 de 12 dezembro de 2008	09	01 Diretora de Enfermagem 01 Assistente Social 04 Técnicos Administrativos 01 Nutricionista 01 Médico 01 Estagiária com Cargo Comissionado
2009	Nº 23 de novembro de 2009	22	03 Assistentes Sociais 01 Nutricionista 11 Enfermeiras 01 Engenheira Elétrica 04 Técnicos Administrativos 01 Fisioterapeuta 01 Técnico Operacional.
2011	Nº 07 de 04 de julho de 2011	12	03 Assistentes Sociais 01 Nutricionista 02 Enfermeiras 02 Técnicos de Enfermagem 01 Engenheira do Trabalho 01 Farmacêutica 01 Cozinheiro 01 Costureira 02 Técnicos Administrativos
2012	Nº 022 de 18 de junho de 2012	13	03 Assistentes Sociais 01 Nutricionista 01 Enfermeira 01 Engenheira do Trabalho 01 Farmacêutica 01 Técnico Operacional 01 Costureira 02 Técnicos Administrativos 01 Psicóloga

Fonte: Miglioranza, 2014

ANEXO A – Termo de Autorização para a realização de atividades acadêmicas no HUOP



Universidade Estadual do Oeste do Paraná
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ
 Av. Tancredo Neves, 3224 – Fone/Fax: (045) 3321-5151.
 Bairro Santo Onofre – CEP: 85.806-470 – Cascavel – Paraná

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE ATIVIDADES ACADÊMICAS NO HUOP

Autorizo o desenvolvimento da atividade no HUOP, conforme descrição abaixo:

Título: A Política Nacional de Humanização no Hospital Universitário do Oeste do Paraná.

Pesquisador Responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Instituição de Ensino: Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

ÁREA AFIM - HUOP

Ciente, de acordo.

Cascavel, 04 de novembro de 2013.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo(s) setor(s)

Dr. Amaury Cesar de Souza
 CRM/PR 11135
 Diretor Clínico do HUOP
 Portaria nº 002/2012-GRE

OBS.: quando a atividade envolver seres humanos, o início desta fica condicionado à apresentação de cópia do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Cascavel, 04 de novembro de 2013.

Prof. Dra. Carla Kallmann de Oliveira
 CRP/R 14795
 Diretora Pedagógica do HUOP
 Portaria nº 0084/2012-GRE

Assinatura e Carimbo - Diretor Pedagógico

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

Pesquisador: Maria Lucia Frizon Rizzotto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23637214.0.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 558.300

Data da Relatoria: 27/02/2014

Apresentação do Projeto:

O texto introdutório apresenta de modo claro e suficiente, as ideias principais que irão nortear a investigação em questão.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo da pesquisa está apresentado de modo claro e preciso

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos aparentes. Os benefícios estão claros.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico. Não há restrições quanto ao objeto ou metodologia do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados, de forma adequada e sem necessidade de alteração, os seguintes documentação: folha de rosto; termo de aceite do responsável pelo campo de estudo; termo de compromisso para uso de dados em arquivo; declaração do pesquisador; TCLE; e modelo do instrumento de coleta de dados. Não há necessidade de outros documentos.

Recomendações:

sem recomendações

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ 

Continuação do Parecer: 558.300

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe a necessidade de serem realizadas adequações no projeto apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

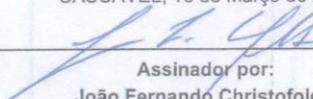
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

CASCADEL, 16 de Março de 2014



Assinado por:

João Fernando Christofoletti
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

Telefone: (45)3220-3272

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prrpg@unioeste.br

ANEXO C - Termo de Autorização para Realização de Pesquisa na UOPECCAN



HOSPITAL DO CÂNCER
UOPECCAN

UNIÃO OESTE PARANAENSE DE ESTUDOS E COMBATE AO CÂNCER
HOSPITAL DO CÂNCER DE CASCAVEL - UOPECCAN
Unidade Pública Federal Portaria 336 de 02/05/2000;
 Estadual Lei 11.276/95 de 21/12/1995 e Municipal Leis 2.304/92
 Entidade Beneficiária de Assistência Social na Área da Saúde. | CNPJ 81.270.546/0001-53

TERMO DE AUTORIZAÇÃO Nº 03/2014

Cascavel, 04 de Abril de 2014.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NA INSTITUIÇÃO

A Comissão para Análise de Projetos de Pesquisas (CAPP) da União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer-UOPECCAN, vem através do seu coordenador, autorizar a pesquisadora Maria Lucia Frizon Rizzotto, a desenvolver o Projeto de Pesquisa sobre " *A Política Nacional de Humanização no Hospital Universitário do Oeste do Parana*" nesta Instituição, mediante a inclusão da sugestão a seguir: Incluir na metodologia que a validação do questionário será com a equipe da Comissão de Humanização da UOPECCAN. Caso necessário, a qualquer momento os pesquisadores poderão ter o termo de autorização cancelado, se comprovada atividades que causem algum prejuízo para esta instituição. Ao final do Projeto o Pesquisador deverá entregar ao hospital um cópia da versão final do trabalho, para disponibilizar o mesmo na biblioteca da instituição e concorrer a premiação anual de "Melhor trabalho de pesquisa clínica - UOPECCAN".

Obs.: Informamos que a coleta de dados poderá ser iniciada somente após a apresentação do Parecer de Aprovação emitido pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa).

Sem mais para o momento.



Raquel Goreti Eckert
Coordenador da CAPP

Rua Itaquatiaras, 769 | Sto. Onofre - CEP 85806-300 | Cascavel | PR
 uopeccan.org.br | Fone: 45 2101.7000 | Fax: 45 2101.7005

ANEXO D - Regimento Interno da Comissão de Humanização



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Av. Tancredo Neves, nº 3324- Santo Onofre
CEP: 85806-470 – Fone: 3321-5151- Cascavel- Pr

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ

CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO

Art.1º - A Comissão de Humanização do HUOP é um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a implementar uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO II - DAS ATRIBUIÇÕES

Art.2º - A Comissão de Humanização terá as seguintes atribuições:

- I. Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os serviços do hospital mais humanizados;
- II. Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização do hospital.
- III. Coordenar o processo de humanização no hospital.
- IV. Promover estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores.
- V. Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- VI. Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.
- VII. Conduzir a elaboração do plano operativo anual da Comissão de Humanização;
- VIII. Programar e Realizar treinamentos dos membros da Comissão de Humanização e dos funcionários do hospital;

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art.3º - A Comissão de Humanização será composta pelo mínimo de 06 membros, de vários setores e áreas de atuação do HUOP:

- Representante da Direção
- Representante da área Médica
- Representantes da área Enfermagem
- Representante da Fisioterapia
- Representante do Serviço Social
- Representante da Psicologia
- Representante do Serviço de Nutrição
- Representante do Serviço de Apoio
- Representantes Técnicos administrativos

CAPÍTULO IV – DO FUNCIONAMENTO

Art.4º - A comissão de Humanização será presidida por um Coordenador, Vice Coordenador e Secretário escolhidos entre os membros pelo período de 1 ano.

Art. 5º - A Comissão de Humanização do HUOP se reunirá ordinariamente mensalmente conforme calendário pré-estabelecido e aprovado em reunião, e extraordinariamente conforme necessidade.

Art. 6º - Será excluído da comissão o membro que faltar 03 (três) reuniões consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas sem justificativa durante o período de um ano.

Art.7º- As Reuniões da Comissão de Humanização, com finalidade de parecer ou tomadas de decisões, necessitarão de quorum mínimo de 50% dos membros nomeados pela portaria.

Art. 8º - Atribuições do Coordenador:

- I - Convocar as reuniões da Comissão dando execução às respectivas deliberações;
 - II - Representar oficialmente a Comissão de Humanização
 - III - Prestar contas das atividades da Comissão de Humanização
 - IV - Dar ciência aos membros das correspondências encaminhadas e recebidas.
 - V - Representar a comissão quando necessário;
 - VI - Homologa assinar e encaminhar as decisões e deliberações da comissão às instâncias competentes acompanhando seus desdobramentos.
-

Art. 9º Atribuições do Vice Coordenador:

- I - Auxiliar o Coordenador no desenvolvimento em suas atribuições
- II - Representar e assumir as atribuições do Coordenador na sua ausência

Art.10º Atribuições do Secretário:

- I - Secretariar as reuniões da Comissão de Humanização;
 - II - Ter sob sua guarda os livros, relatórios, documentos da Comissão de Humanização
 - III - Organizar o apoio logístico
-

A comissão de Humanização será composta pelas seguintes Grupos de Trabalho:

I – Atribuições do Grupo de Trabalho com Funcionários:

- Sensibilizar os funcionários do hospital para a importância e os benefícios da humanização
- Desenvolver ações de humanização voltadas para os funcionários
- Integrar os diferentes setores do hospital
- Propiciar um espaço de discussão dos interesses e necessidades dos funcionários
- Planejar e organizar e coordenar eventos e/ou atividades voltadas aos funcionários

II – Atribuições do Grupo de Trabalho com pacientes adultos:

- Desenvolver ações de humanização voltadas para os pacientes adultos em conformidade à política nacional de humanização;
- Planejar e organizar e coordenar eventos e/ou atividades voltadas aos pacientes adultos

III - Atribuições do Grupo de Trabalho com pacientes crianças e adolescentes:

- Desenvolver ações de humanização voltadas para as crianças e adolescentes internados em conformidade à política nacional de humanização;
- Planejar e organizar e coordenar eventos e/ou atividades conforme a faixa etária dos pacientes.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art.11 ° - Este regimento entrará em vigor após aprovação em reunião ordinária da Comissão de Humanização

Art.12° - Os casos omissos serão resolvidos pelo coordenador da comissão organizadora

Art.13° - Este regimento entrará em vigor na data de sua publicação
