

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SIRLEI CORSSETTI KLEINA

ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR:  
PROGRAMA DE COCRIAÇÃO, MEDIAÇÃO E APOIO - PROGRAMA COMEA

CURITIBA  
2016

SIRLEI CORSSETTI KLEINA

ESTRATÉGIA DE VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E DO TRABALHADOR:  
PROGRAMA DE COCRIAÇÃO, MEDIAÇÃO E APOIO - PROGRAMA COMEA

Projeto Técnico apresentado como requisito parcial para obtenção do Título de Especialização de Gestão em Saúde, modalidade à distância, Polo Colombo, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire

CURITIBA  
2016

## LISTA DE SIGLAS

CEPEN	- Comissão de Educação Permanente de Enfermagem
CHC	- Complexo do Hospital de Clínicas
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FUNPAR	- Fundação da Universidade Federal do Paraná
GIUF	- Grupo de Implantação das Unidades Funcionais
HC-UFPR	- Hospital de Clínicas da UFPR
MS	- Ministério da Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	- Sistema Único de Saúde
UDP	- Unidade de Desenvolvimento de Pessoas
UF	- Unidade Funcional
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
1.1	APRESENTAÇÃO.....	7
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	8
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
2.3	JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO.....	8
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>11</b>
3.1	HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	11
3.2	METODOLOGIAS ATIVAS.....	16
3.2.1	Método da roda.....	17
3.2.2	Jogos corporativos.....	20
<b>4</b>	<b>DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO</b> .....	<b>21</b>
4.1	DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	21
4.1.1	Gestão participativa na Instituição.....	22
4.1.2	Diagnóstico da situação problema.....	24
<b>5</b>	<b>PROPOSTA TÉCNICA</b> .....	<b>25</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS DA PROPOSTA TÉCNICA.....	25
5.2	PLANO DE IMPLANTAÇÃO.....	26
5.3	RECURSOS.....	29
5.4	RESULTADOS ESPERADOS.....	29
5.5	RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	29
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>
	<b>ANEXO</b> .....	<b>36</b>

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família pelo carinho, apoio e colaboração durante o Curso.

A minha orientadora, Profa. Dra. Márcia Helena de Souza Freire, pela disposição, tranquilidade e carinho no período de orientação.

Aos colegas da Instituição que sempre contribuíram para o meu crescimento.

Aos Professores, Tutores, Coordenadores e Administrativos, pelo apoio e colaboração.

A todos que estiveram comigo, perto e longe, longe e perto, nesta etapa de minha vida.

## **RESUMO**

O presente Projeto Técnico trata de uma proposta de implantação do Programa COMEA – Cocriação, Mediação e Apoio, um Programa de intervenção que irá utilizar ferramentas que venham ao encontro da PNH, como estratégia metodológica para mudança cultural e de comportamento dos profissionais. Percebeu-se que o contexto da saúde tem levado os profissionais a desmotivação e a inércia institucional, porém será possível melhorar esta situação, por meio da cogestão utilizando ferramentas da PNH e a Metodologia Ativa.

Palavras chaves: Gestão Participativa, Roda, Metodologias Ativas, Humanização.

## **ABSTRACT**

This technical project proposes the implementation of COMEA Program – Co-creation, Mediation and Support (Apoio), a program that uses tools aligned with PNH, as a methodologic strategy to change the culture and the behavior of the professionals involved.

There are evidences that the environment where the professionals of Health areas are working lead the people to demotivation and institutional inertia, but this situation can be chagend and improved through the co-management using tools of the PNH and the Active Methodology.

**Key Words:** Participative Management, Discution Meetings, Active Methodologies, Humanization.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, em 2003, lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem por objetivo implementar uma gestão democrática pautada na participação dos trabalhadores nas decisões de gestão.

Esta mudança proposta pela PNH, todavia, tem sido considerada complexa devido ao modelo de gestão centralizada das instituições de saúde e a organização do trabalho estar voltada ao conhecimento das profissões e das categorias. (BRASIL, 2010a).

Com isso o Ministério da Saúde – MS tem investido em capacitações que possibilitem o desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e atitudes que ampliem o protagonismo dos profissionais para dar suporte às decisões. Busca no enfoque construtivista das Metodologias Ativas – MA, exercitar o trabalho em equipe, atitude ética, cooperativa, aumentando a atitude crítica e reflexiva e o comprometimento dos profissionais para assegurar o acesso e fornecer um melhor atendimento aos usuários. (SILVA, *et al.*, 2015).

Neste sentido, implementar metodologias que possibilitem a participação dos trabalhadores, nas decisões de gestão é fundamental para a qualidade do atendimento no SUS.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Disponibilizar uma estratégia de Valorização do Trabalho e do Trabalhador – Programa COMEA, baseado na Política Nacional de Humanização, para os profissionais do Complexo do Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, CHC/UFPR, Curitiba.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar ferramentas que proporcionem o diálogo participativo nos processos de trabalho, entre trabalhadores, gestores e usuários;
- Desenvolver, com o apoio dos gestores, com base teórica nos dispositivos da PNH e na vivência profissional e teórica da pesquisadora, uma proposta de ações/iniciativas para a composição do Programa COMEA.

### 2.3 JUSTIFICATIVA DO OBJETIVO

A implantação deste Projeto Técnico se faz necessária para proporcionar o desenvolvimento dos profissionais e da instituição, através da melhoria dos processos e das relações de trabalho, interferindo positivamente na qualidade do serviço prestado à comunidade.

As instituições de saúde pública, pelas suas características, apresentam um histórico que podem desfavorecer a gestão participativa em consequência da verticalidade e hierarquização. (BRASIL, 2011a). Os núcleos de poder e o distanciamento entre profissionais dos diferentes serviços e categorias são

particularidades institucionais que contribuem com este fato. (CUNHA, CAMPOS, 2010; BRASIL, 2004)

Além disso, o modelo de gestão centralizada e verticalizada fomenta falta de autonomia e responsabilização (FREIRE, *et al.*, 2015). Visto que os interesses individuais e as questões pessoais, podem se sobrepor aos interesses institucionais. A própria descontinuidade dos projetos, gerada pelas mudanças políticas de gestão, são fatores que corroboram para manter a inércia institucional. Ressalta-se que os interesses institucionais devem considerar as interdependências dos processos de trabalho e os objetivos comuns, promovendo a continuidade de ações, independente das alternâncias gestoras.

Outra questão são os processos de trabalho inadequados, que resultam em insatisfação, sofrimento e adoecimento dos trabalhadores. O que certamente provoca conflitos entre as equipes, com reflexo direto na qualidade do atendimento, precipitando morosidade nos processos. (FREIRE, *et al.*, 2015).

Ao longo dos anos de trabalho, observaram-se os problemas acima relatados, demonstrando assim a necessidade de intervenção e melhoria da qualidade das dinâmicas de trabalho. Com isso pretende-se utilizar a gestão participativa e cogestão para intervir na cultura Institucional.

“Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos” (BATISTA, GONÇALVES, 2011, p884).

Com base na minha vivência profissional, o retrabalho e a busca por culpados, ao invés da busca por soluções, frustram as equipes e desmotivam encontrar alternativas para a solução dos problemas, acarretando mais desinteresse e, conseqüentemente, reforçando as adversidades de gestão.

Ainda neste sentido, os profissionais de saúde tendem a não reconhecer as intersetorialidades dos serviços e agem isoladamente, com foco em situações pontuais, desconsiderando o processo como um todo.

Outro aspecto negativo, que habitualmente é negligenciado, é o elevado custo financeiro gerado por esse cenário.

Neste contexto, a proposta deste Projeto Técnico é utilizar ferramentas da Metodologia Ativa (Oficinas, Jogos corporativos, Roda de Conversa, entre outros),

que venham ao encontro da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde – PNH, para implementar o *Programa de Cocriação, Mediação e Apoio – Programa COMEA*, no Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal Paraná.

Através de tal iniciativa, busca-se Métodos inovadores que proporcionem uma dinâmica de reflexão e transformação superando os limites do treinamento meramente técnico experimentando os movimentos de ação-reflexão-ação (MITRE *et al.*, 2134).

Essa estratégia pretende valorizar a experiência e o conhecimento dos profissionais de saúde para a melhoria dos processos de gestão e empregar métodos que promovam a integração, a construção e a motivação dos profissionais envolvidos. É o esforço para a confluência entre teoria e ações.

Acredita-se que essa experiência possibilitará aos gestores e trabalhadores criar um novo contexto de trabalho, transformar a realidade atual, aperfeiçoar seus processos de trabalho, promover a evolução profissional e pessoal e gerar o reposicionamento e o repensar frente à cultura institucional instalada. A utilização das ferramentas ativas proporcionará reflexão, facilitarão o diálogo, diminuirão o estresse, integrarão as equipes, agilizarão e melhorarão os regimes de trabalho.

Como consequências esperadas relacionam-se: A melhoria da qualidade dos Serviços; aumento da satisfação do cliente interno e externo e redução de custos, financeiros, de materiais, de equipamentos, de recursos humanos e do tempo de produção e do *turnover*, entendido como a rotatividade de funcionários em uma organização em determinado período de tempo.

Sobretudo, esse Projeto possibilita atender aos princípios e diretrizes organizativos do SUS, a partir da construção coletiva interdisciplinar, quiçá transdisciplinar, da prática de redes de escuta e diálogo e da valorização da palavra dos trabalhadores.

Conclui-se que este Programa aqui proposto, veicula a possibilidade de examinar os problemas de maneira mais profunda, explorando as ideias e a criatividade dos profissionais, tornando-os protagonistas de experiências mais humanizadas na assistência à saúde.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 HISTÓRICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2001, iniciou as discussões de humanização nas Instituições hospitalares. Este Programa foi pautado no volume considerável de queixas dos usuários referentes a maus tratos nas instituições, que levaram o Ministério a trabalhar uma proposta voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde, com o objetivo de mudar a cultura do atendimento de saúde no Brasil. (BRASIL, 2001).

O Projeto Piloto foi implementado, em 2000, de forma a abranger a diversidade das instituições<sup>1</sup> da saúde no país e teve como objetivos:

“a) deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.” (BRASIL, 2001, p. 9).

Os resultados deste Projeto Piloto ofereceram uma base sólida para a implantação do PNHAH. O Programa previa a sensibilização dos gestores dos hospitais para o tema da humanização, uma vez que este deveria refletir no modelo de gestão. Tratava-se de uma proposta de mudança para o resgate da “cultura organizacional pautada pelo respeito, pela solidariedade, pelo desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos agentes envolvidos e dos usuários” (BRASIL, 2001, p. 12).

Neste sentido, pretendia melhorar o relacionamento entre os usuários e os profissionais e entre as categorias das instituições de saúde, além de oferecer maior qualidade nos serviços e melhores condições de trabalho aos profissionais (OLIVEIRA, COLLET, VIEIRA, 2006).

---

<sup>1</sup> Fala-se em diversidade para os distintos aspectos, tipos e características das instituições de saúde do País.

Previa ainda, articulação entre os órgãos das três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) com a formação da Rede Nacional de Humanização, espaço de comunicação e troca entre as instituições de saúde pública; a constituição de Grupos Multiplicadores de Humanização Hospitalar para formação, treinamento e capacitação dos agentes que conduziram o processo de humanização nos hospitais; a formação de Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar - GTH, composto por profissionais em cada Hospital para articular o processo de mudança institucional entre seus pares. (BRASIL, 2001).

A base nos Hospitais foram os Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar que tiveram a tarefa de: Difundir os benefícios da assistência humanizada; pesquisar e levantar os pontos críticos do funcionamento da instituição; propor uma agenda de mudanças que possa beneficiar os usuários e os profissionais de saúde; divulgar e fortalecer as iniciativas humanizadoras já existentes; melhorar a comunicação e a integração do hospital com a comunidade de usuários (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

O trabalho consistia na utilização da metodologia participativa para a elaboração de planos de ação canalizando o trabalho em duas direções correlacionadas: “a) humanização do trabalho do profissional de saúde (cuidar de quem cuida); b) humanização do atendimento ao usuário (cuidar do usuário).” (BRASIL, 2001, p. 57). Seriam as instituições de saúde se reconstruindo para protagonizar o processo de mudança cultural do atendimento e a reconstituição do conceito dos serviços de saúde. (BRASIL, 2001, p. 11).

Além do PNHAH, Silva, Bessa e Lessa, 2013 destacam que outras ações relevantes foram implantadas pelo MS no campo da humanização e contribuíram para fortalecer as bases para discussão e reflexão sobre esta perspectiva: Estabelecimento da Carta ao Usuário (1999); Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000).

Em 2003, segundo Pache e Passos (2008), nasce a Política Nacional de Humanização - PNH - propondo mudanças a serem estabelecidas simultaneamente na “construção do campo da saúde coletiva e das experiências de humanização em curso no SUS” (PACHE; PASSOS, 2008, p.1). Pretendia enraizar a humanização

das práticas de gestão e de atenção com uma proposta de mudança nos modos de gerir e nos modos de cuidar.

Em 2004, o MS com o objetivo de reorganizar, efetivar e consolidar a humanização nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) criou a Política Nacional de Humanização (PNH), que se mantém até os dias atuais. (AMARANTE; CERQUEIRA; CASTELAR, 2014). Esta Política foi criada para qualificação da atenção à saúde, operando transversalmente em toda a rede do SUS. (SILVA, BESA; LESSA, 2013).

Alicerçada na gestão participativa e na tríplice inclusão, que se trata da inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), a PNH tem o objetivo de inovar os métodos gerenciais, partindo do pressuposto de que estes ainda são centralizados e verticais, expropriando o profissional de seus processos de trabalho (BRASIL, 2008).

Para tanto, fomenta a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilização entre os trabalhadores, gestores e usuários potencializando a atuação destes sujeitos através de sua experiência e capacidade de criar. (BRASIL, 2008).

Trata-se de uma política transversal que, “supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (BRASIL, 2004) e pretende resgatar o trabalhador da condição imposta pela História das Instituições de Saúde Pública.

“Incluir o trabalhador é retirá-lo do lugar e posição que a gestão tradicional o colocou: como incapaz, a ponto de ter que ser gerido, e como indolente e perigoso, a ponto de ser controlado (PACHE; PASSOS E HENNINGTON, 2011, p. 4546).”

Neste contexto, a PNH se estrutura com base em seus *Princípios, Método, Diretrizes e Dispositivos* se amparando nestas ferramentas para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários. (BRASIL, 2010e).

Os *Princípios* se apresentam como um disparador de movimentos forçando as ações de mudanças proposta nesta política para os modelos de atenção e gestão. (BRASIL, 2008), são eles:

**Transversalidade:** Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos; Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos

implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

**Indissociabilidade entre atenção e gestão:** gerir e se apropriar do trabalho; Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos; Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

**Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos:** Trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes; realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais; As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar. (BRASIL, 2008, p. 23 e 24). ”

O *Método* ou modo de fazer da PNH “caminha no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos “método de tríplice inclusão”:

**Inclusão dos diferentes sujeitos** (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade. Modo de fazer: rodas;

**Inclusão dos analisadores sociais** ou, mais especificamente, **inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos** tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises.

**Inclusão do coletivo** seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer; fomento das redes. (BRASIL, 2008, p. 25). ”

A PNH reforça a sua essência colocando em ação o método de inclusão em cada uma das suas diretrizes. Por tratar-se de um instrumento de construção, sempre vivo e em constante evolução, suas *Diretrizes* têm experimentado algumas atualizações e assim se seguem organizadas:

**Clínica Ampliada e compartilhada** estabelece que “cada caso é um caso”. O sujeito é singular e deve ser observado como tal, permitindo analisar o que há de igual e diferente, sinais e sintomas que somente nele se apresentam de determinado modo. Acata as diferentes abordagens disciplinares, agrega estas abordagens, buscando um manejo abrangente e produtivo da heterogeneidade do trabalho em saúde. Trata-se de um trabalho transdisciplinar e multiprofissional, uma proposta de se afetar e ser afetado pelo conhecimento e experiência do outro. Proposta que pretende discutir a fragmentação dos processos de trabalho instituída nas Instituições de saúde. (BRASIL, 2010b).

**Acolhimento** ocorre na aproximação, na ação “de estar com” ou “próximo de”; estabelece uma relação que permite entender as necessidades do usuário e gera responsabilidade, do profissional e da equipe, pelo usuário, em todas etapas do atendimento. Busca ainda a formação e fortalecimento de redes externas para continuidade do tratamento. Está vinculada a todas as Diretrizes, com foco na análise e mudanças dos processos de trabalho no caminho da resolutividade. Propõe a qualificação dos pactos e das relações entre equipes.

Trata-se de uma postura prática que não tem hora nem lugar e deve ser adotadas por todos os profissionais da saúde. (BRASIL, 2010c).

**Defesa dos Direitos do Usuário** embasada na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, a Cartilha foi construída com linguagem simples para facilitar o entendimento pelo público e possibilitar o diálogo e a assimilação por trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Um instrumento de grande valia que esclarece os direitos e deveres do usuário do sistema público e privado. Se baseia em seis princípios para garantir o acesso digno dos usuários os sistemas de saúde.

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos. (BRASIL, 2011b, p.4).

**Ambiência** “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2010d).

São espaços confortáveis, que garantem a individualidade e privacidade destes sujeitos, abrindo espaço para o diálogo e reflexão sobre os processos de trabalho, facilitando estes processos, otimizando recurso e proporcionando assim, um atendimento acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010d).

**Trabalho em Saúde** é a valorização do trabalho e do trabalhador; consiste no enfoque do trabalho real, concreto que traduz a realidade vivida pelos profissionais na Saúde. Visa a construção de processos de trabalho a partir do conhecimento dos



trabalhadores, dando a eles a oportunidade de refletir e colocar em pauta suas dificuldades, receios e expectativas, na busca de soluções compartilhadas e corresponsáveis (BRASIL, 2011c).

**Co-gestão:** Diretriz que propõe uma maneira de gerir centrada no trabalho em equipe, na valorização do potencial inventivo e na construção coletiva - Planeja quem executa -, garantindo o compartilhamento nas decisões e avaliações. Tem por objetivo de produção de saúde, protagonismo e autonomia dos trabalhadores. Um método de gestão pautado na descentralização com a corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010a).

A PNH prevê também a participação do usuário não apenas nas instâncias legais, mas, no dia a dia das instituições de saúde se posicionando em relação ao atendimento, levando informações e sugestões.

Portanto reforça-se que esta Política é um processo de construção coletiva que propõe mudanças compartilhadas, estimulando a produção de uma nova forma de cuidar e de organizar o trabalho no SUS. (BRASIL, 2010a).

Neste sentido a PNH apresenta-se como um desafio a ser trilhado pelos gestores e trabalhadores do SUS.

### 3.2 METODOLOGIAS ATIVAS

As Metodologias Ativas - MA - têm sido utilizadas como proposta de mudança do modelo tradicional de ensino na área da saúde e busca tornar o aluno protagonista no processo de construção do conhecimento (COTTA *et al.*, 2012).

Destaca-se ainda, como ferramenta moderna na capacitação destes profissionais "...de modo a instrumentalizá-los nos aspectos técnicos, éticos e políticos para a transformação de processos de trabalho arraigados nos princípios fragmentados do cuidado..." (MARIN, 2010, p.14). O objetivo é romper com os modelos fragmentados e exclusivamente técnicos das Instituições de Saúde Pública. Preconiza ainda, examinar a práxis valorizando o contexto, as diferenças e intenções dos sujeitos (MOTTA, 2001 *apud* BATISTA, GONÇALVES, 2011).

Mitre *et al.*, 2008, coloca que implantar as mudanças proposta pelas MA, depende da participação coletiva e democrática uma vez que os sujeitos estão

conectados a uma rede e o diálogo é fundamental nesse processo.

Em seu estudo Marin, 2010 p. 16, relata que o uso da MA "... contribui para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral, o que representa um avanço requerido na formação de profissionais de saúde para o SUS". Afirma ainda que a problematização da realidade social estabelece uma reflexão sobre sua própria experiência, proporciona visualizar diferentes situações permitindo intervir e transformar a realidade. Além disso, constatou que o uso desta metodologia, traz a possibilidade de preparar os sujeitos para o trabalho em grupo, o desenvolver a habilidade de respeitar o colega, expressar suas ideias e fazer e acatar críticas. Inclusive reforça que a ação coletiva e participativa, contribui com as transformações fundamentais na efetivação dos princípios do SUS (MARIN, 2010).

Como ponto negativo apresenta "a insegurança pelo desconhecimento do método e pelo esforço que deve ser despendido na mudança de comportamento que exige maturidade e organização" (MARIN, 2010).

Cotta, 2012 demonstra em sua experiência que a utilização das MA foi positiva para 57,1% dos alunos, devido oportunizar o trabalho coletivo, aproximar, formar vínculo e desenvolver o conhecimento, através da troca de experiências e reflexões. A diversidade nos diálogos foi considerada, pelos alunos, imprescindível para o trabalho em equipe, uma vez que as diferentes visões e experiências coletivas produzem resultados muito mais relevantes quando comparados à produção exclusivamente individual. Como pontos negativos apresenta a dificuldade de consenso e a inexperiência no processo. (COTTA, 2012).

### 3.2.1 Método da roda

O Método da Roda é a ferramenta utilizada pela PNH na implementação de suas Diretrizes intervencionistas. É um método que coloca em discussão o reconhecimento das realidades instituídas nos Serviços de Saúde, "um método de análise dessas situações e de intervenção nelas" (CAMPOS, 2005, p136).

A percepção de Silva, 2010, estabelece o Método da Roda como uma ciência que assessora na complexidade da Saúde.

“...método da Roda é uma tecnologia no enfrentamento das situações-limites que se apresentam na formação em saúde e gestão do trabalho; permite visualizar os componentes de núcleo e campo de prática; possibilita estruturar uma cultura de trabalho em equipe e a produção de práticas e conhecimento de forma democrática. (SILVA, 2010, p7).”

Um espaço consistente de comunicação onde há escuta, elaboração das informações, desejos, interesses, realidades, definições de prioridades, projetos e contratos. (CAMPOS, 2005). Um espaço de construção, de tensionamentos, de escuta e diálogo. Terapêutico pela sua dinâmica que está voltada à produção de sujeitos capazes de produzir-se e produzir melhoria dos processos do trabalho em saúde.

“É através da convivência em grupo que se manifestam os sonhos, as ansiedades, as inquietações e os desejos dos sujeitos, na busca permanente pela participação enquanto exercício da democracia para as realizações de projetos, tendo como desafio a solução dos problemas, uma convivência respeitosa e solidária, com vistas à melhoria da organização do trabalho em saúde e atenção à saúde dos usuários, com o prazer de aprender fazendo e fazer aprendendo.

Outro elemento que agrega sentido e significado ao método da roda é a dimensão terapêutica em que a roda é caracterizada como espaço de cuidado para apurar e reconstruir os modos de sentir, pensar, querer e agir dos atores envolvidos... (SILVA, 2010, p12).”

A Roda investe, na prática, na “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: Usuários, trabalhadores e gestores, procura resgatar a participação coletiva, o protagonismo, a autonomia e corresponsabilização, restabelecendo os vínculos e a rede de cooperação, interferindo nos processos de gestão (BRASIL, 2010e, p8).

Apoia-se no conceito *Paidéia*, pois identifica os efeitos da gestão sobre a maneira de ser e de atuar dos trabalhadores e dos usuários das organizações. Diferente da clássica gestão que coloca os trabalhadores e usuários como peças (CAMPOS, 2006).

O Método da Roda para Silva, 2010, “deve ser um espaço em que a práxis concreta dos sujeitos, o agir interpessoal, a política, ou a gestão propiciem relativo grau de autonomia para o exercício da participação e democratização das instituições...”

Em relação à experimentação do Método, Romero, 2011, relata que:

“Implementação da PNH... possibilitou confrontar a práxis com a teoria de uma forma mais abrangente, viabilizando uma construção de novos olhares e ações transformadoras neste encontro com o outro, o qual é considerado como sujeito produzido e produtor, historicizado. (ROMERO, 2011, p 337).”

Andrade, 2004, relata em sua experiência a implantação da Cogestão e do Método da Roda em 2001, no Sistema Municipal de Saúde de Sobral e traz resultados positivos na tomada de decisões, nas relações entre categorias e na ambiência. Confirma o impacto positivo deste trabalho em números na Saúde da Criança: Aumento do comparecimento de gestantes nas consultas; redução da mortalidade infantil; diminuição expressiva de doenças transmissíveis (dengue e hanseníase); doenças não-transmissíveis: Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Traz como lições aprendidas o seguinte:

“A organização da atenção básica estruturada a partir da Estratégia Saúde da Família aliada à gestão participativa e estratégica do Sistema Municipal de Saúde na perspectiva de operacionalizar os princípios do SUS, a articulação de ações intersetoriais e a mobilização social parecem ter grande potência para intervenção nos mais diversos problemas de saúde...O impacto positivo alcançado na saúde da população foi fruto do processo político e histórico ocorrido nos últimos anos, e não pode ser entendido como resultado de apenas 'uma das partes' isoladamente, senão, como resultado do movimento de todas as partes em conjunto. (ANDRADE *et al*, 2004, p19).”

Portanto, “é imprescindível a implantação de espaços de diálogos que garantam o encontro das pessoas e fomentem o exercício da participação para tomadas de decisões (Silva, 2010, p9).”

A análise realizada por Ascenzi e Lima, 2013, referente à implantação da Gestão Compartilhada da PNH, através do Método da Roda de Conversa, pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, entre 2001 e 2004, faz referência à limitação relativa da hierarquia funcional, uma vez que a implementação se deu de forma passiva, sem espaço para o diálogo e escuta e revelou divergências entre o planejamento e a execução. Entretanto houve um avanço na forma de gerir os centros de saúde.

Por um lado, houve de fato democratização relativa da gestão nos centros de saúde, pois, não se pode negar que a implementação dos mecanismos de gestão compartilhada representou um avanço em relação à ordem preexistente. Por outro, deu-se a permanência de fortes tendências conservadoras que, inversamente, funcionaram emperrando a participação e, com isso, o processo de mudança desejada. (ASCENZI, LIMA, 2013, p76).

Explica que as questões culturais e hierárquicas interferem na autonomia e na mudança almejada pela Política, provocando ainda uma dissonância na construção dos espaços coletivos. (ASCENZI, LIMA, 2013).

### 3.2.2 Jogos corporativos

Contribuem para solucionar problemas complexos nas organizações. São utilizados na experimentação dos desafios, por desenvolverem a colaboração e por oportunizar o entendimento da realidade e das possibilidades que podemos descobrir. Possibilitam a produção de um espaço paralelo onde se pode criar e experimentar, restritos ao que imaginamos. (GRAY, BROWN, MACANUFO, 2012).

Diferente dos jogos educativos, coloca problemas sérios em jogo quando há dificuldades na construção de planejamentos multidisciplinares. (VAN AMSTEL, 2015). Os resultados esperados perpassam pelo desenvolvimento dos profissionais para a escuta, trabalho em equipe e a construção de estratégias coletivas.

Eles costumam perceber que ouvir a opinião de outras disciplinas é essencial para tomar boas decisões. Os resultados objetivos do jogo (pontuação e capital acumulado) demonstram as consequências de adotar estratégias individualistas e de construir estratégias coletivas. (VAN AMESTEL, 2015)

Ainda nesta perspectiva, os Jogos possibilitam o reconhecimento da importância do seu papel no trabalho, proporciona a descoberta do conhecimento acumulado, desenvolve os profissionais para ação e reflexão e para o trabalho em equipe. (SPAGNOL, *et al.*, 2015).

Outro aspecto importante colocado por Gray, Brown e Macanufo, 2012 é a agilidade que esta metodologia proporciona na transformação de ideias em ações melhores, com maior eficácia e menos custo.

## 4 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

### 4.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O Hospital de Clínicas foi inaugurado, em 05 de agosto de 1961, pelo presidente Jânio Quadros. Ao longo dos anos modernizou-se e a partir de 2013 iniciou uma grande reestruturação. Já em 2014, tornou-se efetivamente um Complexo do Hospital de Clínicas, com a assinatura do contrato de gestão compartilhada entre a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) e a UFPR (Universidade Federal do Paraná).

Hoje, é o maior hospital público do Paraná e o terceiro hospital universitário federal do país. Caracteriza-se como hospital geral de grande porte, totalmente SUS, com assistência terciária<sup>2</sup> e quaternária<sup>3</sup>. Seu território de abrangência inclui Curitiba, Região Metropolitana e o estado do Paraná, entretanto recebe pacientes de todo o País.

Presta serviços para rede de saúde regional e hierarquizada em nível ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Participa ainda das linhas de cuidado de Urgência e Emergência, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Transplante de Medula Óssea, Mãe Curitibana e Mãe Paranaense, Núcleo de Atendimento às Vítimas de Estupro, Centro de Controle de Envenenamentos (CCE) e o Programa de Telessaúde.

Possui 406 leitos, sendo que somente 250 se encontram em uso, 510 ambulatoriais e 211 consultórios. Apresenta uma média mensal de 30.000 atendimentos ambulatoriais, 1300 internações e 540 cirurgias.

Têm um orçamento anual de trezentos e cinquenta milhões de reais.

Dispõe atualmente de uma área construída de 63 mil m<sup>2</sup>, onde circulam cerca de 11 mil pessoas diariamente. Entre elas, professores, estudantes,

---

<sup>2</sup> Terciário: Hospitais de Grande Porte, sejam mantidos pelo estado, seja pela rede privada. Realizam manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida.

<sup>3</sup> Quaternário: Hospitais de transplante de tecidos, como Pulmão, Coração, Fígado, Rins, dentre outros.

residentes, funcionários, voluntários e colaboradores que contribuem para o aperfeiçoamento deste complexo hospitalar.

Conta com 3013 funcionários, dos quais 871 celetistas contratados através da FUNPAR, 208 contratados pela EBSEH, 1934 estatutários contratados através da União e 384 terceirizados.

Sua missão é ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população.

#### 4.1.1 Gestão participativa na Instituição

Em 2002, o HC-UFPR optou por uma mudança organizacional e gerencial, mediante a implantação de um modelo de gestão democrático e participativo, baseado na descentralização das decisões e na corresponsabilidade do corpo funcional: A Gestão de Unidades Funcionais.

O Modelo de Gestão de Unidades Funcionais<sup>4</sup> (UFs), que pode ser comparado ao de Unidades de Produção proposto pelo Ministério da Saúde para os Hospitais Federais, Estaduais e Municipais, vem ao encontro das necessidades de modernização administrativa, com a proposta de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, focado no cliente, objetivando a integralidade do cuidado e a qualidade da assistência. (Brasil, 2010a).

Antecipando-se às novas tendências gerenciais o HC passou a apresentar uma nova maneira de pensar o cuidado mais ajustada a proposta do SUS. Esta é pautada na *Linha de Cuidado*, a qual compreende um conjunto cuidados parciais interdependentes, recebidos pelo paciente, transitando pelos Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros Serviços necessários ao atendimento (Segui, 2010).

---

<sup>4</sup>Unidade Funcionais: Trata-se de um conceito de gestão participativa e democrática que envolve os funcionários nas tomadas de decisões, por meio dos colegiados de suas unidades, divide o hospital por áreas afins, agregando serviços por linha de cuidado.

“O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma “estação” no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como desdobramento de tal premissa, nos fica a tarefa de pensar quais dispositivos podem ser pensados, no hospital, que o “conectem”, de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Como pensar a integralidade, “olhando” desta estação que é o hospital (CECÍLIO; MEHRY, 2003, p 4).

Um novo modelo que incute uma mudança conceitual, de ideias, de cargos e do organograma. Para tanto, determina a formação de espaços coletivos para a pactuação de responsabilidades e compromissos com a construção de metas a serem alcançadas pelas equipes da UFs (LINHARES, 2009).

Além das UFs, foram criadas Comissões e Comitês para assessorar a Direção Geral do HC-UFPR na tomada de decisões. Entre essas estavam: O Grupo de Implantação das Unidades Funcionais (GIUF), as Comissões de Acreditação Hospitalar, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Gerenciamento de Resíduos Hospitalares, Comitê de Ética e Pesquisa e o Comitê de Humanização.

Naquele momento o Comitê de Humanização contribuiu investindo em movimentos voltados ao incentivo da participação dos trabalhadores nos processos de mudança.

Durante dez anos de investimento na participação e construção coletiva a Direção do Hospitalar implantou 19 UFs e seus colegiados. Também constituiu o Colegiado Gestor do HC com a participação de representantes das Gerencias das UFs. Assim paulatinamente as decisões passaram a ser discutidas e tomadas nos Colegiados, sendo repassadas ao Colegiado Gestor somente decisões que exigissem articulações maiores.

A implantação demandou um grande esforço das equipes gestoras e dos trabalhadores em busca da coletividade, além de promover grandes mudanças estruturais, com a readequação de serviços, fluxos e processos de trabalho. Ao longo do tempo esse processo desenvolveu um sentimento de pertencimento nas equipes em questão.

Apesar de todas essas mudanças organizacionais as barreiras culturais, relacionadas à centralização do poder e à disputa de espaços políticos, continuavam a interferir nos processos de gestão da instituição.

Em 2012, por demanda dos profissionais, a Direção de Enfermagem foi reintegrada ao organograma da instituição. A expectativa em torno desta



reintegração se pautou no fortalecimento do grupo e na aproximação da Academia, ou seja, do Departamento de Enfermagem da UFPR, à gestão do HC.

Neste momento também a mudança política na saúde do País, preconizou a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, com o objetivo de administrar os Hospitais Universitários.

Sendo assim, em 2013, houve a mudança na Direção do Hospital devido às necessidades políticas impostas pelo novo modelo de gestão e, com isso, as características da governança voltaram a ser centralizadora e verticalizada.

Em 2014, após assinatura do contrato de gestão entre a EBSEH e UFPR, instituiu-se um novo organograma de acordo com as diretrizes da Empresa. O Hospital passou a ser um Complexo, englobando o Hospital de Clínicas e a Maternidade Vitor Ferreira do Amaral.

Atualmente o Complexo do Hospital de Clínicas – CHC –, da UFPR, vive a adequação dos seus profissionais às mudanças do novo modelo de gestão. Com isso o quadro de profissionais passou a contar com os trabalhadores da EBSEH, 208 trabalhadores recentemente efetivados e 131 em fase de efetivação, que ainda estão se integrando ao quadro anterior, o qual já era composto por mais dois vínculos, o de Regime Jurídico Único (RJU) e o da FUNPAR, com o agravante de que este último se encontra em processo de extinção.

#### 4.1.2 Diagnóstico da situação problema

As mudanças precipitadas devido aos câmbios políticos, pelo novo modelo de gestão e a centralização das decisões, têm causado desconforto na satisfação e motivação dos trabalhadores, fato que por sua vez reflete nos processos de trabalho.

## 5 PROPOSTA TÉCNICA

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DA PROPOSTA TÉCNICA

A proposta consiste em elaborar uma estratégia de Valorização do Trabalho e do Trabalhador, baseado na Política Nacional de Humanização e na Gestão Participativa a ser denominado Programa de Cocriação, Mediação e Apoio – Programa COMEA.

Enfatiza-se que poderão haver mudanças nos métodos de resolução de conflitos, procedimentos de trabalho, na partilha de processos decisórios e no diálogo entre gestão e trabalhadores.

O aporte teórico da PNH apresenta a Gestão Participativa como “um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho.” (BRASIL, 2010a, p. 10).

Marim, 2001, demonstra a importância desta metodologia como ferramenta de intervenção nas relações entre sujeitos da Saúde:

O trabalho em equipe constitui uma estratégia do SUS para mudar o atual modelo de assistência à saúde, por ser considerado uma ferramenta de democratização e de construção de trabalhadores e usuários cidadãos. Reforça-se, portanto, que as modalidades ativas de aprendizagem representam um recurso importante nessa trajetória, que demanda ênfase nas relações humanas, ou seja, na troca de informação, no respeito e na comunicação. (MARIN, *et al.*, 2001, p17).

Para tanto as Metodologias Ativas se demonstram eficazes no desenvolvimento dos profissionais. Mitre e colaboradores (2008, p. 2141) dizem que a “participação coletiva e democrática é fundamental na implantação de qualquer mudança, já que todos os sujeitos estão interligados em uma rede”. E ainda “Somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos.” (MITRE, *et al.*, 2008, p. 2141).

As contribuições das MA têm grande potencial de desenvolver os profissionais, porém Marin, 2010, relata em seu estudo que este processo exige uma

constante reanálise para o seu aperfeiçoamento. Ainda Cotta, 2012 citou alguns aspectos limitantes da metodologia para os alunos: a dificuldade de trabalhar em equipe, a capacidade de criar cerceada e a inexperiência em relação ao processo. No entanto sua observação final retrata outra relevante contribuição das MA uma vez que estes fatos demonstram

“... a importância da utilização da metodologia ativa para o pleno desenvolvimento dos próprios alunos enquanto futuros profissionais de saúde, visto que as limitações vivenciadas são exatamente as habilidades mais exigidas no mundo de trabalho moderno” (COTTA, 2012, p.795).

Fatos estes que certamente também irão contribuir com o desenvolvimento dos profissionais da Saúde.

“O ideal de profissional que queremos para o nosso sistema de saúde pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho. Precisamos recuperar esses valores em nossos espaços de trabalho, nos centros formadores, nas universidades. Este é o nosso desafio” (BATISTA, 2011, p897).

Neste sentido, as opções PNH e Metodologias Ativas apresentam-se como instrumentos adequados para as mudanças propostas.

## 5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

O Programa estará sobre a responsabilidade da Divisão de Gestão de Pessoas e será implementado pela Unidade de Desenvolvimento de Pessoas - UDP, através da coordenação do Programa. Os métodos ou ferramentas deverão ser desenvolvidos nos espaços de trabalho, a partir das necessidades apresentadas pelas equipes de modo a operacionalizar espaços coletivos com a utilização das ferramentas eleitas, voltados para a valorização do trabalho e do trabalhador.

O monitoramento e avaliação será realizado pela UDP, e pela Comissão de Educação Permanente de Enfermagem - CEPEN.

O Planejamento para a Implementação do Programa COMEA prevê algumas Etapas, que de maneira geral, serão consecutivas, não excluindo a possibilidade de

serem simultâneas ou com inclusão de alguma outra. Tal organização segue proposta no QUADRO 1:

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>APRAZAMENTO</b>
<b>1</b>	Apresentar a proposta de implementação ao Superintendente	Agendar reunião com o gestor	Profissionais da UDP	28/01/2016
<b>2</b>	Sensibilizar os gestores e condutores da proposta	Agendar reunião para apresentação da proposta	Profissionais da UDP	Março/2016
<b>3</b>	Operacionalizar o treinamento para os condutores	Preparar os condutores para atuar nas Rodas	Profissionais da UDP	Abril/2016
<b>4</b>	Proporcionar espaço para exercício de prática para os condutores	Desenvolver vivência para os condutores; Disponibilizar espaço de acompanhamento nas Rodas.	Profissionais UDP e Condutores das Rodas	Abril/2016
<b>5</b>	Avaliar os resultados	Construir material para avaliação.	Profissionais UDP e CEPEN, Condutores e participantes das Rodas.	Dezembro/2016

**QUADRO 1 - ETAPAS do Programa COMEA**  
**FONTE: o Autor (2016)**

### 5.3 RECURSOS

As estruturas, física, de recursos humanos e orçamentários vigentes são suficientes para desenvolver o Programa COMEA.

### 5.4 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se mudanças no processo de resolução de conflitos, na partilha nos processos decisórios e na abertura no diálogo com a gestão.

Também espera-se a qualificação dos processos de trabalho das Unidades envolvidas, com conseqüente redução dos custos.

Pretende-se ainda valorizar a experiência e o conhecimento dos profissionais de saúde.

Busca-se a melhoria dos processos de gestão;

Procura-se construir e atingir um trabalho multiprofissional e transdisciplinar; através de métodos que promovam a integração entre equipes, a fim de aumentar a motivação e interesse dos profissionais envolvidos.

### 5.5 RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS

Os riscos e problemas previstos se relacionam com possíveis desconfortos emocionais e transpessoais que deverão ser monitorados e controlados pela própria dinâmica proposta. Vale lembrar que os condutores das dinâmicas deverão estar sensibilizados e preparados para tal atuação.

Além disso, há de se respeitar a resistência dos participantes na participação.

Será ainda compreendida e tolerada a flutuação entre os participantes, uma vez que toda ação tende a gerar opiniões, reflexões e impactos na prática.

## 6 CONCLUSÃO

As Instituições de Saúde, essencialmente as públicas, são organismos hipercomplexos, com uma gestão verticalizada e pouco participativa.

Neste contexto a PNH tem sido a aposta do MS para intervenção nos modos de fazer a gestão no SUS. Suas Diretrizes e Dispositivos se apresentam como possibilidades neste processo de mudança. Alterar a lógica da participação instituída na Saúde tem sido uma difícil tarefa para os gestores e trabalhadores, entretanto promover esta mudança é possível.

Restaurar esta participação e retomar a atuação destes profissionais no sentido da produção e intervenção na prática depende de arranjos de novos espaços de encontro, onde se coloquem esta realidade institucional em pauta.

É possível instituir movimentos que provoquem os sujeitos a participarem e acionarem o seu potencial criativo. Para esse fim é fundamental investir em espaços que possibilitem trabalhar as relações, restaurar a confiança e potencializar a construção coletiva.

Investir na valorização do conhecimento e da experiência dos profissionais estimula as equipes e fortalece a proposta, além de conduzir para soluções possíveis dentro da realidade hospitalar.

Não se tem a pretensão de chegar a processos perfeitos ou profissionais ideais, mas, sim investir e empenhar-se para este fim.

Neste contexto, as mudanças serão progressivas e dependem do apoio da gestão e do investimento na escuta e no diálogo, para tanto é imprescindível manter espaços e que estes propiciem a construção coletiva para a tomada de decisão.

Neste sentido o estudo demonstra que as Metodologias Ativas são opções adequadas na efetivação dos objetivos propostos, por intervirem na realidade e colocarem a prática diária em pauta.

As contribuições das MA têm grande potencial de desenvolver os profissionais para a construção coletiva. Além disso, contribuem com a melhoria das relações interpessoais, restauram a confiança o respeito e a comunicação.

Diante deste quadro, contribuem ainda com reflexões sobre a prática por exigir reanálise das relações, atitudes e processos possibilitando o crescimento constante dos profissionais, gestores e usuários.

Considera-se que a participação dos gestores e profissionais de saúde e, a dificuldade em integrar-se no trabalho em equipe são obstáculos destas metodologias, porém a própria dinâmica do Método da PNH e das MA, são capazes de promover o reposicionamento dos sujeitos em relação a seu comprometimento com o processo.

Entende-se ainda que a transformação pretendida depende de um investimento da/na gestão para que essa possa reconhecer também a sua responsabilidade no trabalho e contribuir na direção de uma Saúde mais resolutiva e mais humanizada.

E por fim, este Programa poderá ser reproduzido em outros ambientes hospitalares ou não, se trata portanto de iniciativa com reprodutibilidade nos cenários do Sistema Único de Saúde.



## REFERÊNCIAS

AMARANTE, D.S.; CERQUEIRA, M. A.; CASTELAR, M. **Humanização da Saúde Pública no Brasil: discurso ou recurso?** Revista Psicologia: Diversidade e Saúde, Salvador, v. 1, n. 2, p.68-73, 01 abr. 2014. Anual. Disponível em: <<http://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/issue/view/44/showToc>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

ANDRADE, L. O. M.; *et al.* **Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde.** SANAREn- Revista de Políticas Públicas, v. 5, n. 1, 2013.

BRASIL. Comitê Técnico de Humanização. Ministério da Saúde. **Programa Nacional De Humanização Da Assistência Hospitalar.** Brasília: Editora Ms, 2001. 60 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72 p.: il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e Cogestão**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e Compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 64 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpr.

– Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 56 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010d. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4a Edição. Brasília: MS; 2010e. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 268 p., il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 3).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 28 p. il. – (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização a Atenção e Gestão do SUS**. Saúde e Trabalho/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011c. 16 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 04, p.884-899, set. 2011. Quadrimestral. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29725>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

CAMPOS, G. W. S; et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.689-713.

CAMPOS, G. W. S. **Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?** Interface: Debates, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p.389-406. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

COTTA, R. M. M.; et al. **Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 03, p.787-796, mar. 2012. Anual. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1413-812320120003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320120003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. **Método Paidéia para Cogestão de Coletivos Organizados para o Trabalho**. Revista Org & Demo, Marília, v. 11, n. 1, p.31-46, 1, 2010. Semestral. Disponível em: <<http://www.bjis.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468/364>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

FREIRE, M. T. C.; *et al.* **A Voz dos Trabalhadores sobre a Gestão Participativa em um Hospital de Grande Porte**. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde ISSN: 2236-1103 4.4 (2015).

LINHARES, S.R.R. *et al.* **Relatório de Atividades 2009**. In: ASSESSORIA DE MARKETING INSTITUCIONAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR. Universidade Federal do Paraná - Curitiba: 2010. 72 p. Disponível em: <[http://www.hc.ufpr.br/atividades/rel\\_atividades09.pdf](http://www.hc.ufpr.br/atividades/rel_atividades09.pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2016.

MITRE, S. M.; *et al.* **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. Ciência saúde coletiva, v. 13, n. 2, p. 2133-44, 2008.

MARIN, M. J. S.; *et al.* **Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem**. Revista Brasileira de Educação Médica, [s.l.] v. 34, n. 1, p. 13-20, mar. 2010.

OLIVIEIRA B. R. G.; COLLET N.; VIEIRA C. S. **A Humanização na Assistência à Saúde**. Ribeirão Preto: Revista Latino-Americana de Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 01 mar. 2006. Bimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

PASCHE, D.F.; PASSOS, E. **A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, v. 1, n. 1, p. 92-100, 2008.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E; HENNINGTON, E. A. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública**. Ciênc. saúde coletiva, [s.l.], v. 16, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

SEGUI, M. L. H. **Análise da Atuação das Enfermeiras em um Modelo Gerencial de Unidades Funcionais**. 2010. 121 f. Tese (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2010.

SILVA, A. A.; BESSA, C.; LESSA, F. **Política Nacional de Humanização: o contexto histórico e jurídico**, [2013]. Disponível em: <<http://economiaemsaude.com.br/uploads/artigos-tcc/politica-nacional-de-humanizacao-o-contexto-historico-e-juridico.pdf%22>>. Acesso em: 20.nov.2015.

SILVA, A. L. F.; SOUSA, R. M. **A Roda como Espaço de cogestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sobral-CE**. SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 9, n. 2, 2010.

SILVA, S. F. *et al.* **Curso de especialização em gestão de políticas de saúde informadas por evidências: caderno do curso 2015** – São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2015.

SPAGNOL, C. A.; *et al.* **O Jogo como Estratégia de Promoção de Qualidade de Vida no Trabalho no Centro de Material e Esterilização.** Revista de Enfermagem do Centro Mineiro, Belo Horizonte, v. 2, n. 5, p.1562-1573, ago. 2015. Quadrimestral. Disponível em:  
<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1064/858>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

VAN AMSTEL, F. **Colocando o projeto multidisciplinar em jogo.** 2015. Disponível em:  
<[http://www.usabilidoido.com.br/colocando\\_o\\_projeto\\_multidisciplinar\\_em\\_jogo.html](http://www.usabilidoido.com.br/colocando_o_projeto_multidisciplinar_em_jogo.html)>. Acesso em: 25 jan. 2016.

**ANEXO**

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE DADOS ESTATÍSTICOS E NOME DA INSTITUIÇÃO

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
COMPLEXO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo a divulgação de dados estatísticos e do nome Complexo do Hospital de Clínicas/UFPR, no Projeto Técnico de Especialização de Gestão em Saúde da Universidade Federal do Paraná, de Sirlei Corssetti Kleina, intitulado PROGRAMA COMEA.

Curitiba, 15 de janeiro de 2016.



Prof. Dr. Flavio Daniel Saavedra Tomasich  
Superintendente do Complexo do Hospital de Clínicas da  
Universidade Federal do Paraná

Prof. Dr. Adonis Nasr  
Diretor de Assistência do HC/UFPR  
CRM 14707 - Matr. 185515