



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**GENTILEZA CURA? COMO PEQUENOS GESTOS PODEM
AJUDAR NA ORGANIZAÇÃO DE RELAÇÕES MOTIVADORAS
PARA O TRABALHO NA HIGIENIZAÇÃO NO HOSPITAL NOSSA
SENHORA DA CONCEIÇÃO**

KARINE KÜHN

Orientadora: Marta Helena Buzati Fert

**PORTO ALEGRE
2010**

KARINE KÜHN

**GENTILEZA CURA? COMO PEQUENOS GESTOS PODEM AJUDAR NA
ORGANIZAÇÃO DE RELAÇÕES MOTIVADORAS PARA O TRABALHO NA
HIGIENIZAÇÃO NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO**

Projeto de pesquisa apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Informação Científica e
Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Marta Helena Buzati Fert

Porto Alegre

2010

Dedico este trabalho aos meus colegas da higienização, pois foi pensando neles que escrevi, e a todas as pessoas que acreditam que pequenos gestos feitos diariamente podem ajudar a aumentar a auto-estima das pessoas na recuperação de pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que acreditam, como eu, que pequenos gestos diários podem fazer muita diferença na vida das pessoas e trazer uma maior satisfação pessoal e profissional quando são feitos de forma despretensiosa e sincera; que acreditam que uma palavra mal colocada, um gesto brusco ou um tom de voz mais elevado do que o normal podem fazer um grande estrago na vida de uma pessoa. Enfim, aos que crêem que se podem evitar processos, reclamações e uma permanência maior nos leitos se as pessoas forem bem tratadas por colegas e profissionais de saúde.

RESUMO

O presente projeto contempla uma tentativa de esclarecer que, embora existam políticas de humanização, de avaliação do trabalho em equipe e individual, colegiados de gestão e planejamento de investimento que envolvem os trabalhadores do Hospital Nossa Senhora da Conceição, ainda encontra-se dificuldades de relacionamentos interpessoais entre os trabalhadores de um mesmo setor de atuação. Entende-se que a valorização do trabalhador de saúde em particular do auxiliar geral de higienização hospitalar, sujeito deste estudo, pode ser diariamente demonstrada por meio de pequenos gestos. Acredita-se que, assim como a doença pode ser contagiosa, também podem ser a saúde e a alegria, o vínculo e a responsabilidade, principalmente quando os trabalhadores sentem-se vistos, ouvidos e participantes dos processos de trabalho. As perguntas a serem feitas nesta pesquisa são: como o “higienizador” se vê perante os outros funcionários da instituição e como ele é visto pelos outros trabalhadores? Como percebe seu trabalho e a avaliação institucional sobre seu trabalho? A proposta apresentada neste estudo é a de analisar os aspectos micropolíticos do trabalho do auxiliar geral de higienização do bloco cirúrgico, da sala de recuperação, da central de material e esterilização do Hospital Nossa Senhora da Conceição, buscando caracterizar como se dá a relação entre a equipe de higienização e desta com os demais trabalhadores desses serviços. A análise que o projeto pretende realizar será feita por meio de um roteiro com questões predefinidas em grupo focal e de observações diretas feitas pela pesquisadora, que embasarão um paralelo entre os sentimentos que as pessoas apresentam e seu desempenho profissional. Pessoas satisfeitas desempenham melhor suas funções?

Palavras-chave: Humanização. Micropolítica das relações. Relação interpessoal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Indicadores de produtividade do Grupo Hospitalar Conceição (jun. 2009)	13
Figura 2 – Quantitativo de pessoal por turno e setor	17

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral	9
2.2 Objetivos específicos	9
3 CONTEXTUALIZAÇÃO	10
3.1 O Grupo Hospitalar Conceição, o Hospital Nossa Senhora da Conceição e o serviço de higienização	10
3.2 O Hospital Nossa Senhora da Conceição e o serviço de higienização hospitalar	13
3.2.1 Serviço de higienização hospitalar	15
4 OS ASPECTOS DA MICROPOLÍTICA DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ÁREA NA SAÚDE E NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	18
4.1 A organização do ambiente de trabalho segundo as teorias do taylorismo-fordismo, de Maslow e de equidade de Stacy Adams	22
5 METODOLOGIA	29
5.1 Local de estudo	29
5.2 Sujeitos/Participantes/Amostragem	29
5.3 Procedimentos de coleta de dados	30
5.4 Análise de dados	30
5.5 Aspectos éticos	31
5.6 Divulgação de resultados	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7 CRONOGRAMA	34
8 ORÇAMENTO	35
REFERÊNCIAS	36
ANEXO A – Os Invisíveis	39
APÊNDICE A – Roteiro de perguntas sobre o texto “Os Invisíveis”	40

1 INTRODUÇÃO

O tema deste projeto é a valorização do trabalho e a micropolítica das relações na área da saúde. Esse tema tem sido objeto de estudo em diversos contextos e repetidas vezes é colocado como capaz de sustentar processos de trabalho com maior intensidade e significado para os envolvidos. Entretanto, com certa frequência, a equipe de saúde exclui os trabalhos que não estão ligados diretamente ao cuidado em saúde, dentre eles os executados pelos trabalhadores de higienização.

O estudo da micropolítica das relações busca no cotidiano das práticas de trabalho indagar como ocorrem as relações entre os sujeitos envolvidos, ou seja, busca compreender as relações entre trabalhadores e usuários e entre os membros das equipes de saúde, possibilitando enfrentamentos e construções coletivas pactuadas.

No Brasil, desde 2003, o Ministério da Saúde tem apresentado ações e propostas para os serviços de saúde no sentido da ressignificação do trabalho em saúde e valorização do trabalhador, bem como a democratização da gestão e da melhoria das relações de trabalho. Pode-se destacar como impulsionadora e orientadora para as mudanças necessárias neste sentido a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS), chamada “Humaniza SUS”, a qual inclui a ressignificação do trabalho e a valorização do trabalhador como diretrizes. Segundo a Política Nacional de Humanização, entende-se por humanização

a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004, p. 3).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) tem a humanização como uma diretriz transversal para a atenção e a gestão. Neste sentido, nos últimos anos, vem implementando ações como democratização dos espaços de decisão e planejamento com participação dos trabalhadores gestores e usuários; trabalho em equipe e organizado por colegiados de gestão e política de avaliação de

desenvolvimento individual, de equipe e institucional. Pode-se evidenciar a seguir o compromisso com estas ações no texto da política de avaliação de desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição:

A Avaliação de Desenvolvimento é uma das diretrizes da Política de Gestão de Pessoas do Grupo Hospitalar Conceição que tem como objetivo fortalecer a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão, motivar para a qualificação da gestão e da atenção aos usuários e valorizar os trabalhadores através da institucionalização de processos de diálogo, de avaliação coletiva e de educação permanente. (GHC, 2006, p. 8)

Essas iniciativas, entre outras, têm ajudado os trabalhadores a ter uma nova visão sobre o trabalho, constituindo, assim, relações menos autoritárias e verticais nos serviços. Acredita-se que essas iniciativas são insuficientes para que os trabalhadores sintam-se valorizados por colegas, equipe dos serviços e usuários.

Nos hospitais, um dos principais problemas que os trabalhadores dos chamados setores de apoio, entre eles o serviço de higienização, manifestam é a invisibilidade social, a indiferença, “o não ser visto” pelo outro como uma pessoa completa, como membro de equipe. Encontram-se relatos de trabalhadores que entraram em depressão e se afastaram do serviço por se sentirem invisíveis perante os outros profissionais. Ou seja, no desempenho do seu trabalho no cotidiano, sentem-se vazios de relações de trabalho positivas com os demais trabalhadores.

Nesse contexto, a micropolítica das relações possibilita pensar além das relações formais e normativas instituídas nos serviços de saúde e propõe uma reflexão coletiva e desafiadora por intermédio da problematização do cotidiano, podendo dar um novo significado ao trabalho e gerando sujeitos implicados com a construção coletiva do cotidiano.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os aspectos micropolíticos das relações de trabalho do auxiliar geral de higienização da central de material e esterilização, do bloco cirúrgico e da sala de recuperação do Hospital Nossa Senhora da Conceição, buscando caracterizar como se dão as relações entre a equipe de higienização e desta com os demais trabalhadores do Grupo Hospitalar Conceição.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o perfil do trabalhador que exerce a função de auxiliar geral de higienização da central de material e esterilização, do bloco cirúrgico e da sala de recuperação do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Descrever como acontece a participação do auxiliar geral da higienização nas equipes dos serviços.
- Identificar qual a percepção que o auxiliar geral de higienização tem sobre o seu processo de trabalho perante a equipe dos serviços, chefias e instituição.
- Conhecer qual a percepção que os demais trabalhadores do centro de material e esterilização, do bloco cirúrgico e da sala de recuperação do Hospital Nossa Senhora da Conceição tem com relação ao trabalho do auxiliar geral de higienização.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO

Pretende-se com este estudo realizar uma análise dos aspectos micropolíticos das relações de trabalho do auxiliar geral de higienização, da central de material e esterilização, bloco cirúrgico e da sala de recuperação, do Hospital Nossa Senhora da Conceição, buscando caracterizar como se dão as relações entre a equipe de higienização e desta com os demais trabalhadores e usuários do Grupo Hospitalar Conceição. Para tanto, considera-se necessária uma apresentação do grupo e do hospital, bem como de algumas das estratégias institucionais para valorização do trabalho e do trabalhador e de como ocorre a organização e o funcionamento do serviço de higienização do hospital.

3.1 O Grupo Hospitalar Conceição, o Hospital Nossa Senhora da Conceição e o serviço de higienização

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é composto pelos Hospitais Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Criança Conceição (HCC), Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmina (HF) e onze unidades de saúde comunitária, todos com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, é uma instituição pública federal localizada na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul, e fruto da implementação de ações que seguem diretrizes baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde, atuando integrada à rede de saúde local e regional. Atende à população de Porto Alegre, da região metropolitana e do interior do Estado. Atualmente, conta com um quadro de pessoal com mais de sete mil trabalhadores. As diretrizes institucionais são as abaixo apresentadas:

- **integralidade da atenção:** a pessoa é o eixo central da atenção à saúde o que implica em trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, humanização, vínculo, responsabilização e resolutividade;
- **democratização da gestão:** o protagonismo dos trabalhadores em saúde e da sociedade é peça fundamental e estruturante na gestão do GHC;

- **operação sistêmica interna (GHC) e externa (sistema):** o GHC assume um papel propositivo na agenda de organização do SUS, direcionando e reorganizando serviços conforme as necessidades de saúde da população, com a otimização e qualificação da sua capacidade interna; bem como efetuando a articulação e integração com todos os entes federados com base na inter-setorialidade das ações;
- **pólo de formação e pesquisa:** comprometimento com a formação de estudantes e profissionais, a especialização para o SUS, a pesquisa e produção de inovações nas diversas áreas da saúde;
- **reestruturação institucional:** redimensionamento assistencial e da capacidade instalada, implementação da nova estrutura jurídico-institucional, organizacional e, a partir desta, um plano de carreira, empregos e salários que valorize os trabalhadores e o trabalho em saúde do GHC. A resignificação do trabalho como elemento de resgate da auto-estima, de valorização do trabalho e de inclusão dos trabalhadores no processo de decisão; e
- **eficiência e eficácia organizacional:** a gestão, os trabalhadores de saúde e os recursos (tecnológicos, financeiros, etc.) devem estar voltados à atenção à saúde das pessoas. A eficiência administrativa (fazer mais com menos dinheiro) e a eficácia na atenção (usuário atendido com qualidade e resolutividade) são os pilares de sustentabilidade política, econômica e assistencial do GHC (GHC, 2010c).

A diretriz da reestruturação institucional aponta a resignificação do trabalho como elemento de resgate da auto-estima, de valorização do trabalho e de inclusão dos trabalhadores no processo de decisão. Em 2006, foi implantada, no Grupo Hospitalar Conceição, a política de avaliação de desenvolvimento, que faz parte da política de gestão de pessoas, com o objetivo valorizar os trabalhadores, fortalecê-los na participação do processo de tomada de decisão. Cabe à Gerência de Recursos Humanos articular e coordenar as ações em toda a instituição, considerando os aspectos administrativos e gerenciais, os processos de inclusão e democratização das relações de trabalho, a saúde, a avaliação e o desenvolvimento do trabalhador, além de priorizar o processo de educação permanente como ferramenta estratégica para a gestão em saúde. (GHC, 2006)

Segundo a política de avaliação de desenvolvimento do Grupo Hospitalar Conceição, a concretização de propostas de avaliação, que se acumularam ao longo dos anos em relação aos temas de gestão e do desenvolvimento dos trabalhadores, devem estar de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. A avaliação de desenvolvimento é uma das diretrizes da política de gestão de pessoas do Grupo Hospitalar Conceição e tem como objetivo motivar os trabalhadores para a qualificação da gestão e da atenção aos usuários através da institucionalização de processos de diálogo e de avaliação coletiva (GHC, 2006).

A política visa ao acompanhamento do desenvolvimento do trabalhador, desde a sua chegada, via processo seletivo público; ao seu contrato de experiência, ao seu crescimento profissional, às possibilidades de inserção e/ou readaptação em outros locais de trabalho, até o seu desligamento, em último caso. Conceitualmente, entende-se avaliação como um processo de descrição, como uma análise crítica de uma dada realidade visando à sua transformação. A partir dessa concepção, o compromisso de um processo de avaliação é o de proporcionar às pessoas, direta ou indiretamente envolvidas em um determinado contexto, a possibilidade de refletirem sobre o mesmo, sobre a sua realidade atual, com o propósito de melhor determinar as ações que permitam alcançar os objetivos – metas – a que se propõem. (GHC, 2006).

Segundo a Política de Avaliação de Desenvolvimento, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), em suas recomendações, apresenta como necessário destacar a importância do trabalho e a valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e da regulação das relações de trabalho no setor saúde. (GHC, 2006)

A política de avaliação e desenvolvimento objetiva contribuir com o crescimento e o progresso dos trabalhadores, bem como das equipes de trabalho e da instituição como um todo, visando à permanente qualificação do modelo assistencial e do modelo de gestão preconizados para o Sistema Único de Saúde e para o Grupo Hospitalar Conceição.

É através da avaliação individual que se identifica dificuldades, carências, progressos, potenciais e talentos. Esse tipo de avaliação é um determinante recurso estratégico para a operacionalização do plano de carreira, empregos e salários, pois permitirá o acompanhamento do desenvolvimento do trabalhador em um período

determinado ou durante toda a sua trajetória profissional, bem como dos cursos, progressos realizados, das dificuldades e de outros itens.

O Grupo Hospitalar Conceição tem o planejamento estruturado por metas institucionais, por meio das quais cada hospital desenvolve seu plano de ação para o ano. Essas metas são orientadas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde e dos objetivos institucionais. A partir da definição das metas críticas institucionais do Grupo foram desdobradas as metas específicas de cada unidade hospitalar, que, por sua vez, se desdobraram em metas das 22 gerências e 208 equipes, representadas pelos colegiados de gestão. (GHC, 2009b).

Para mostrar a grandeza do complexo hospitalar Conceição, apresentam-se alguns números referentes ao quantitativo de atendimento prestado em consultas realizadas, internações, cirurgias, número de leitos e número de consultórios.

	HNSC	HF	HCC	HCR	TOTAL
Consultas	777.500	114.254	182.693	200.341	1.274.788
Internações	28.988	13.718	8.448	7.368	58.522
Cirurgia	16.673	7.170	2.979	7.847	34.669
Leitos	840	196	252	284	1.572
Consultórios	79	19	42	16	156

Figura 1 – Indicadores de produtividade do Grupo Hospitalar Conceição (jun. 2009)

Fonte: Manual da Higienização (GHC, 2009b, p. 10)

3.2 O Hospital Nossa Senhora da Conceição e o serviço de higienização hospitalar

O Hospital Nossa Senhora da Conceição, localizado na Avenida Francisco Trein, 596, Bairro Cristo Redentor, região norte da cidade de Porto Alegre, é um hospital geral que atende média e alta complexidade, com internação e ambulatório de diferentes especialidades. Possui a maior emergência do Rio Grande do Sul, com porta aberta durante as 24 horas do dia, onde são atendidas diariamente cerca de 800 pessoas vindas da Capital, da região metropolitana e do interior do Estado. Inaugurada em abril de 2006, a nova emergência do Hospital Conceição trabalha com os conceitos de “acolhimento”, com classificação de risco (acesso às salas verde, vermelha e amarela, conforme o estado de saúde do paciente), onde a

humanização e a integralidade são princípios que devem estar presentes no cotidiano do trabalho. (GHC, 2009b)

O Hospital Conceição e o Hospital Criança Conceição possuem uma área física interna e uma externa que totalizam 55.948.000 m², e a higienização dessa área está sob a responsabilidade do serviço de higienização hospitalar, que conta com trabalhadores próprios e terceirizados. Na organização do trabalho da higienização existem as áreas críticas, semicríticas e não-críticas, dependendo do grau de risco de transmissão de doenças para trabalhadores e usuários. As áreas críticas são o bloco cirúrgico, o centro obstétrico, a sala de recuperação e a central de material de esterilização. Nas não-críticas estão as áreas administrativas, e nas semicríticas as áreas de internação, ambulatório, consultório, sala de espera e outras. (GHC, 2009b)

Os profissionais da higienização fazem parte da gerência administrativa do hospital, que é formada por trabalhadores próprios do Grupo Hospitalar Conceição e de empresa terceirizada. O serviço está hierarquizado da seguinte forma: na gerência administrativa há uma coordenação e seis supervisores imediatos distribuídos em turnos conforme necessidade de serviço (dois no turno da manhã, dois no turno da tarde, um supervisor na noite I e um na noite II). Os trabalhadores da empresa terceirizada atuam somente em áreas não-críticas e administrativas e estão sob a coordenação do serviço de higienização do hospital e sob a supervisão da empresa terceirizada (GHC, 2009b).

O serviço de higienização do Hospital Nossa Senhora da Conceição conta com 128 trabalhadores próprios, sendo a maioria deles do sexo feminino (111 mulheres e 17 homens), numa faixa etária entre 19 e 75 anos. Está organizado e distribuído por escala de trabalho em três turnos (manhã, tarde, noite I e noite II), sendo 37 no turno da manhã, 32 no turno da tarde, 13 na noite I e 14 na noite II. Na gestão do serviço e apoio administrativo, formada por supervisores, secretárias e coordenação, há 12 pessoas. Cerca de 20 trabalhadores da higienização encontram-se afastados por motivo de saúde. Os trabalhadores próprios da higienização do quadro têm suas atividades desenvolvidas nas áreas fechadas, que são: Centro Obstétrico (CO), Sala de Recuperação (SR), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Bloco Cirúrgico (BC), Farmácia Industrial, Farmácia Central, Laboratório Central, Centro de Material Esterilizado (CME), Centro de Mistura

Intravenosa (CMI), Hemodiálise, Sondas e de internação, 3.º DI, Psiquiatria (4.º F) e Emergência (GHC, 2010a).

3.2.1 Serviço de higienização hospitalar

Um pequeno panorama histórico sobre a história da higienização hospitalar será apresentado a seguir, para que possa entender a importância da higienização no hospital Nossa Senhora Conceição.

Antes do século XVIII, conforme consta no Manual de Higienização (GHC, 2009b), não havia a preocupação de uma higienização em espaços onde se encontravam os doentes, até porque as pessoas que cuidavam deles naquela época não tinham o conhecimento necessário das causas que levavam ao adoecimento, tinham a cultura religiosa muito presente e trabalhavam de forma caridosa. A partir do século XVIII, surge a necessidade de se modificar o modo de organização dos hospitais por vários motivos. Em primeiro lugar, para que as pessoas que estavam internadas não fossem as causadoras de proliferação de doenças nas cidades nas quais residiam, e, em segundo lugar, por esse século ter sido considerado aquele em que “a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade”.

Segundo o Manual de Higienização (GHC, 2009b), o advento da revolução industrial e o desenvolvimento de técnicas para a produção de bens cada vez mais complexos passaram a exigir da sociedade trabalhadores cada vez mais especializados, nos quais era necessário investir recursos para capacitar, e essa mão de obra mais especializada não poderia morrer nem adoecer, motivo pelo qual se fazia necessário ampliar o seu tempo de vida para que fosse ampliado também o tempo de produção. Foi nesse momento histórico, ou seja, após o século XVIII, que as preocupações com a higienização hospitalar passaram a integrar o conjunto das ações dos profissionais da saúde.

Segundo Andrade, uma figura muito importante para o ambiente hospitalar é Florence Nightingale, a enfermeira inglesa que implantava medidas de higiene e limpeza hospitalar. Ela muda a visão que se tinha sobre o hospital, que antes era visto como uma casa de repouso na qual a morte convivia tranquilamente com a

vida, ou seja, onde insetos e roedores disputavam os alimentos e espaço com os pacientes. O ambiente hospitalar após Florence é o lugar onde a saúde é o maior bem produzido, a morte torna-se um visitante indesejável e a qualidade de vida é uma busca constante, como ainda hoje se espera de uma administração hospitalar. Fez-se necessário entender as transformações pelas quais passaram as instituições hospitalares para que se entendam os diferentes papéis que os serviços de higienização vêm desempenhando no interior dessas organizações.

Segundo o Manual de Higienização (GHC, 2009b),

os procedimentos mais eficientes de um ambiente hospitalar estão intimamente ligados à preocupação com bactérias, fungos e vírus que foram sendo descobertos por Lister e Pasteur, os precursores da microbiologia como apoio no combate às infecções.

A partir dos anos 70 e 80 no Brasil há uma procura desordenada dos microorganismos no ambiente hospitalares, ralos de pia são examinados para comprovar que micróbios convivem com os pacientes nos hospitais. Nesse período, há uma preocupação em orientar os profissionais de saúde na utilização de medidas de higiene e limpeza, desinfecção e esterilização. Atualmente, o aumento da resistência antimicrobiana e o surgimento de germes multi e pan resistentes constituem aspectos que contribuem para que se dedique maior atenção para a limpeza e a higienização hospitalar. (GHC, 2009b)

O estudo proposto neste trabalho será realizado com o auxiliar geral de higienização inserido nas seguintes áreas fechadas: Sala de Recuperação (SR), Bloco Cirúrgico (BC) e Central de Material e Esterilização (CME). Na classificação de áreas hospitalares, essas áreas são consideradas fechadas e críticas por apresentarem maior risco de transmissão de infecção, ou seja, áreas que por suas especificidades necessitam que sejam minimizadas a presença de microorganismos patogênicos e nas quais onde ocorre um grande número de procedimentos invasivos em pacientes com sistema imunológico comprometido.

Passa-se, então, ao foco deste trabalho: o higienizador, ou melhor, o auxiliar geral da higienização do Hospital Nossa Senhora da Conceição, que efetua, dentre muitas atribuições específicas, algumas que são prioridades, que são:

- executar trabalho de limpeza e/ou desinfecção e conservação;
- coletar os resíduos, depositando-os em local adequado;

- limpar coletores de resíduos; e
- abastecer quartos, enfermarias, salas, corredores e banheiros com papel higiênico, papel toalha, álcool gel e sabonete líquido.

Dos trabalhadores das áreas onde será feito o estudo, 14 são do sexo feminino e um do sexo masculino, de idade entre 30 e 55 anos. O total de 15 higienizadores está distribuído de acordo com o número de procedimentos e fluxos de profissionais e pacientes nas áreas no período de 24 horas, organizados em três turnos: manhã, tarde, noite I e noite II. No turno diurno, o regime é de seis horas; no noturno, de 12 horas.

O quadro abaixo apresenta a distribuição dos trabalhadores por setor e turno de serviço.

Local	Manhã	Tarde	Noite I	Noite II
SR	2**	2	1	1
BLOCO	3**	2	1	1
CME	1	1	0*	0*

Figura 2 – Quantitativo de pessoal por turno e setor

Fonte: Dados da escala diária. Secretaria da Higienização (Coordenação)

*A noite só é limpa a sala de lanche e banheiros do CME.

**No plantão de fim de semana é reduzido para um profissional.

4 OS ASPECTOS DA MICROPOLÍTICA DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NA ÁREA NA SAÚDE E NO CONTEXTO DO SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Ao mesmo tempo em que se avalia a micropolítica nas relações de trabalho, define-se esta como uma política em nível local que pode estar ligada a uma instituição, a um posto de saúde, a um hospital ou a um grupo de profissionais que, no presente caso, são os higienizadores.

Segundo o dicionário Michaelis da língua portuguesa, política é, dentre muitas outras definições, o “conjunto dos princípios e medidas postos em prática por instituições governamentais e outras, para a solução de certos problemas sociais”. (MICHAELIS, 2010, *on-line*)

As relações interpessoais no ambiente de trabalho é a forma como as pessoas que convivem diariamente se relacionam no ambiente de trabalho. E o que a micropolítica tem a ver com as relações interpessoais no trabalho? Aqui se pretende avaliar como anda a política das relações dentro do ambiente de trabalho.

Muitos trabalhadores da área de saúde sentem a desumanização das relações e a falta de compromisso quando são usuários desse serviço. Esse trabalho quer entender como em uma instituição que adota políticas de humanização, democratização da gestão e atenção e estratégias de ressignificação de trabalho, tais como trabalho em equipe, colegiados de gestão e avaliação de desenvolvimento ainda há por parte dos trabalhadores sentimento de desvalorização do trabalho e relações que podem gerar adoecimento.

Segundo Merhy (2004), em seu ensaio sobre micropolítica do trabalho vivo:

Inúmeros são os exemplos que mostram a desumanização dos serviços em relação à clientela: a falta de compromisso dos trabalhadores de saúde com o sofrimento dos usuários; a baixa capacidade resolutiva das ações em saúde; a intensa desigualdade no atendimento dos diferentes estratos econômico-sociais e privilegiamento dos cidadãos, que podem pagar altos preços pelos serviços, no acesso ao melhor que se tem no setor. (p. 1)

Nesse ensaio é feita uma reflexão sobre como os trabalhadores de saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade, representados como doença. O desafio é buscar-se

outro modo de operar o trabalho em saúde e construir uma relação entre trabalhadores e usuários do sistema de atenção à saúde, edificando, assim, uma relação mais solidária entre eles. Mas será que está “solidariedade” deve-se ter somente com os usuários? E os colegas de trabalho? Os colegas do mesmo setor de atuação não merecem solidariedade também?

Os trabalhadores de saúde têm a responsabilidade de dar uma assistência de qualidade, pois se tratando em saúde de um “trabalho vivo” no qual podem ser colocadas todas as sabedorias e tecnologias (dentre elas os saberes individuais, o conhecimento e nosso trabalho em ato) em práticas.

Merhy (2004) refere que acolhimento é:

[...] **Ser acolhido é um dos traços centrais desse complexo mundo das necessidades.** [...] a prática do acolhimento, é uma prática de saúde centrada no trabalho vivo em ato do trabalhador, cotidianamente construída, de modo individual e coletiva, e que é produzido no encontro do trabalhador com o usuário.

[...] Se o acolhimento é também um agir tecnológico, ele rouba de nós uma imagem tacanha, míope, do que é tecnologia, que acha que tecnologia se reduz a um equipamento, por ter como imagem de que tecnologia é uma máquina mais moderna, mais inovadora.

[...] Compreendo esta vinculação do acolhimento como pertencendo ao território das necessidades de saúde e como um agir tecnológico do nosso trabalho, como pertencente ao que é vital e nuclear para definir o campo da saúde como um território no qual se realizam atos de cuidado, ético politicamente comprometidos com o enfrentamento das necessidades e com a promessa da produção de vida. (p. 3-4)

Fernando Braga da Costa (2004) relata sua experiência de nove anos junto aos garis que varriam a Universidade de São Paulo, onde estudava, que serviu de instrumento para a sua tese de mestrado sobre a invisibilidade social pública:

No intervalo entre as aulas no Instituto de Psicologia, foi preciso que eu passasse por dentro do prédio daquela faculdade. Imaginei, então, que vestido aquele uniforme ali incomum – calça, camisa e boné vermelhos – fosse chamar a atenção de toda a gente: colegas de classe, professores, curiosos.

Entramos pela porta principal, eu e Antônio (um dos garis). Percorremos o piso térreo, as escadas e o primeiro andar. Não fui reconhecido. E as pessoas pelas quais passávamos não reagiam à nossa presença. Talvez apenas uma ou outra tenha se desviado de obstáculos, objetos. Nenhuma saudação corriqueira, um olhar, sequer um aceno de cabeça. Foi surpreendente. Eu era um uniforme que perambulava: estava invisível. Saindo do prédio, estava inquieto: era perturbadora a anestesia dos outros, a percepção social neutralizada.

Por que não fui visto? Por que passei despercebido? Que implicações teve o uso de um uniforme? (p. 58)

O autor se espanta ao ver que, mesmo usando roupas tão diferentes das pessoas que convivem com ele, não é reconhecido. Será que ele realmente não foi visto? Outra queixa do autor é a ausência de gestos e de gentilezas que está acostumado a receber das pessoas que lhe vêm diariamente naquele ambiente com outro tipo de roupa. Costa (2004, p. 58) sentiu falta de “uma saudação corriqueira, um olhar, um aceno com a cabeça” e conclui dizendo: “eu era um uniforme que perambulava”. O uso do uniforme faz uns diferentes dos outros? Será que o fato de usar um uniforme azul ou verde e o outro branco faz alguém mais ou menos gente? Mais ou menos inteligente que o outro?

Segundo Alves (2000, p. 3), “é necessário acabar com há o mito que o cientista é uma pessoa que pensa melhor que as outras”, porque ele nada mais é do que um especialista, e isso não significa que ele seja mais inteligente. Parafraseando Rubens Alves (2000), assim como um pianista domina suas partituras, técnicas e notas musicais, um cientista domina a área que estudou profundamente e o senso comum seria todas as coisas que não são científicas. Para as pessoas que trabalham na higienização, quem seriam os cientistas? Quem entra como senso comum? Talvez a maioria dos trabalhadores associasse o cientista à imagem dos médicos e do senso comum ao higienizador. Por quê? Para higienizar não precisa dominar técnicas? Para higienizar não é preciso saber qual é o melhor produto que deve ser usado ou quais os equipamentos de proteção individuais que devem ser utilizados?

Acredita-se que todo o trabalhador seja uma espécie de cientista na sua área de atuação e por esse motivo não deveria ter tratamento diferenciado. Na sala de lanche da sala de recuperação há um aviso sobre a reforma do vestiário que é utilizado por médicos, técnicos de enfermagem, higienizadores do sexo masculino. A mensagem exibida demonstra claramente a idéia de que, para algumas pessoas, os médicos são diferentes dos demais. Diz no cartaz: “Senhores médicos e usuários do vestiário masculino: a partir do dia 04/01/2010, o vestiário estará fechado para reforma [...]”. Logo abaixo, alguém escreveu a caneta: “Médicos não são usuários”? Será que as pessoas, em seu dia-a-dia, fazem sem perceber esse tipo de distinção?

Outro fato interessante que se observou durante o cotidiano foi a valorização do profissional na condição de membro de algum grupo como colegiado e representante do plano de investimento institucional. Teve-se a oportunidade de presenciar um levantamento de informação sobre a atuação do serviço de

higienização durante o ano de 2009 em alguns setores do hospital. A pergunta feita nos setores era: “No que a higienização fez a diferença”? As respostas apontaram grande satisfação das áreas com destaque na excelência do serviço da higienização na atuação da Gripe H1N1 ou Gripe “A”. Também foi citada a contribuição para a diminuição da infecção hospitalar e do germe pan resistente, devido à quantidade de limpezas gerais com o uso correto da técnica feita nos setores. Acredita-se que, após esse acontecimento, os trabalhadores desses setores ficaram mais animados e sentiram-se mais valorizados. Durante o ano, a higienização teve a avaliação da equipe positivamente e foi aprovada com louvor.

A pesquisa sobre a invisibilidade social permitiu encontrar na Rede Humaniza SUS dois textos de autores diferentes e que tratam sobre o mesmo tema, intitulados “Os Invisíveis”. O primeiro deles trata-se de uma tradução livre sobre o texto “Los Invisibles”, em que há a descrição do quadro vivido diariamente por muitos profissionais que trabalham na higienização hospitalar. Esse texto faz refletir sobre fatos corriqueiros em uma instituição de saúde, seja ela uma clínica, um hospital, um consultório. Um dos pontos que chamam atenção é a banalização dos sentimentos, seja consciente ou inconscientemente. (BRASIL, 2004)

Sem perceber, a pessoa acaba se tornando segregadora: convive com o outro por obrigação, acolhe-o por exigência, escuta por educação e não por atenção a ele.

O segundo texto, de Otto Lara Rezende (Anexo A), tem o mesmo título, porém não se refere a nenhum profissional em especial, mas à banalização do olhar perante as coisas diárias. As pessoas estão tão acostumadas a ver sempre as mesmas coisas que nem prestam atenção no que vêem. Será que isso não ocorre com as pessoas que se enxergam diariamente?

A leitura dos dois textos remete novamente ao trabalho do psicólogo social da Universidade de São Paulo, Fernando Braga da Costa, que, para comprovar sua tese de mestrado, ressalta que, “ao olhar da maioria, os trabalhadores braçais são ‘seres invisíveis, sem nome’”. Em um dos relatos do livro “Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social”, Fernando Braga narra a experiência que teve ao vestir o uniforme de gari e sair do prédio em que estudava sem ser reconhecido por ninguém, situação que lhe deu a impressão de que estava invisível e que fez brotar uma série de conflitos interiores. Em seu relato, ele conta que se sentiu como um objeto inanimado e que algumas pessoas não percebiam sua presença. Portanto,

transmite a estranheza da sensação de ser visto como um objeto e não um ser humano, uma pessoa, um indivíduo que, mesmo vestido de forma diferente dos demais, necessita se sentir inserido no meio que trabalha.

Na política nacional de humanização, proposta pelo Ministério da Saúde, o acolhimento é também uma escuta qualificada, realizada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, e constitui m atendimento humanizado às pessoas vítimas de violência ou em situação de vulnerabilidade.

A política alerta, ainda, que não se pode esquecer de que os serviços de saúde têm três objetivos finalísticos: a produção de saúde, a realização profissional e pessoal dos trabalhadores e a sua própria reprodução enquanto política democrática e solidária, ou seja, inclui a participação de trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, em um pacto de co-responsabilidade.

Alguns pontos devem ser levados em consideração, como a reflexão sobre humanização. Ao longo do tempo, os serviços de saúde baseiam-se no saber das profissões e das categorias, e não em objetivos comuns. Esse tipo de prática não garante que as práticas se complementem ou que haja solidariedade na assistência, nem que sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos profissionais e de incentivo ao envolvimento dos usuários. (BRASIL, 2004)

4.1 A organização do ambiente de trabalho segundo as teorias do taylorismo-fordismo, de Maslow e de eqüidade de Stacy Adams

Nos últimos anos, foram apresentadas, para organizar o ambiente de trabalho, várias formas, as quais são responsáveis, muitas vezes, pela melhoria na produção do serviço e gerarem fragmentação nos processos de trabalho, o que pode causar uma ausência de informação e desinteresse pelo trabalho. Nem sempre a melhor forma de organização do trabalho é a mais complicada, e uma pequena mudança de processo ou de procedimento pode ajudar a resolver importantes problemas relacionados a organização o trabalho.

Segundo a teoria do taylorismo-fordismo, a principal estratégica para aprofundar o controle sobre os trabalhadores é fragmentar as tarefas. Ainda, a teoria

propõe pagamento por produção, a qual excluiria o trabalho humano (com tecnologias e informatização) e, conseqüente, traria maior sujeição dos trabalhadores, como mostra o filme de Charles Chaplin “Tempos Modernos”. Atualmente, várias são as teorias motivacionais que buscam provocar uma reflexão sobre os sentimentos dos trabalhadores perante o trabalho. Há que se ter a consciência de que não é possível medir o grau de satisfação, pois isso é intrínseco, ou seja, é algo individual. (RIBEIRO, 2010)

Atualmente, há uma série de teorias de motivação que leva em conta tanto os motivos internos como os externos vivenciados pela pessoa. As teorias motivacionais se subdividem em teorias de conteúdo, que se referem a “o que” motiva o comportamento, e as teorias de processo, que se referem a “como” o comportamento é motivado.

Como exemplo de teoria de conteúdo pode-se citar a de Abraham Maslow, que é considerado o pai do humanismo na psicologia. Segundo a teoria de Maslow, “para motivar uma pessoa, você deve identificar qual a categoria mais baixa na qual ela tem uma necessidade, e suprir essa necessidade antes de pensar em outras em categorias mais altas”. As categorias se organizam conforme sua predominância e probabilidade. Podem ser citadas como exemplo dessa teoria, dentre as muitas apresentadas pelo teórico, as necessidades sociais de estima e de auto-realização

Ressalta-se ainda como teoria de processo a de equidade de Stacy Adams, na qual os trabalhadores buscam recompensas por meio de justiça entre os colegas de trabalho. Contudo, quando o trabalhador sente que seu esforço não foi recompensado de maneira igualitária com relação a seu colega que desempenhou o mesmo trabalho, é acometido de um sentimento de desigualdade e desconforto pessoal.

Dentro dessa teoria os indivíduos poderão se comportar reduzindo ou aumentando o seu nível de esforço; mudando de setor ou até de emprego; provocando mudança nos outros. Assim como a teoria de Maslow, essa teoria é subjetiva. O que pode ser justo para um pode ser injusto para outro. (RIBEIRO, 2010)

Ricardo Burg Ceccim e Emerson Elias Merhy (2009) discutem sobre as políticas da vigência e as políticas do minoritário, aduzindo que a prática de atender nos estabelecimentos de saúde são marcadas pela presença de forças externas, numa ausência de interação, tornando o encontro uma relação fria, tecnicista,

excessivamente objetiva, centrada em procedimentos nas quais as pessoas são tomadas como objetos, um prontuário, um número de registro ou ainda por um diagnóstico de doença, um histórico de queixas.

O profissional não age e nem pensa por si mesmo, atua refém de modelos ou sistemas. Há algumas exceções, ou seja, aqueles profissionais que dão a impressão que cuidam do paciente, em contraposição àqueles que mostram exatamente o contrário. As pessoas que cuidam estariam praticando um “trabalho vivo em ato”, pois para elas o ato de atender resistiria à ordem profissional e às condições de trabalho mecânico. De certo modo a micropolítica interroga o território do ser, ou seja, o ser na sua integralidade, interroga o como tratamos o outro, como valorizamos as pessoas e não os prontuários médicos ou a doença. Quando as pessoas recebem um atendimento mais digno, são ouvidas, suas dúvidas são levadas em conta e suas respostas são buscadas, ou seja, o comportamento do profissional é direcionado à solução mais eficiente do problema em questão ou das dúvidas trazidas pelas pessoas que estão sendo atendidas, pois o que interessa nesses casos é a satisfação das pessoas e não o sistema.

Inesita Soares de Araújo (2007) faz uma reflexão sobre os princípios do Sistema Único de Saúde que se relacionam diretamente ao tema proposto por esse trabalho. No texto, a autora apresenta a diretriz da universalidade numa visão mais contemporânea, como o direito dos usuários de ter uma comunicação não só como destinatários, mas como interlocutores que têm o que dizer e querem ser escutados e considerados.

Quanto à diretriz da equidade, a autora lembra que o lugar de interlocução é determinado por vários fatores e contextos, dos quais alguns não são levados em conta, entre eles o intertextual, que seria a memória das pessoas; o existencial (fala da pessoa no mundo, suas condições e seus modos particulares de vida, como, acesso à educação e a saúde, moradia, geração e outras necessidades); e o situacional, ou seja, a posição que cada pessoa ocupa na situação da comunicação, ou, ainda, o lugar de interlocução da pessoa: quem fala e quem escuta.

Em relação à integralidade, a autora reflete sobre a quem é delegada a comunicação. Normalmente a comunicação, na área de saúde, é feita por um especialista, ou seja, um médico que não tem interesse algum em dividir seu conhecimento ou em tentar explicar ao outro de forma simplificada. Na área de saúde, infelizmente, o importante é a produção. (ARAÚJO, 2007)

Na área da saúde, como se pode ver, há vários aspectos que devem ser levados em conta. De acordo com Emerson Elias Merhy (2004, p. 108-137), “o que falta na visão do usuário do SUS não é conhecimento tecnológico em seu atendimento, mas sim a falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema”, ou seja, o que falta é o interesse pelo indivíduo, pelo seu problema real; falta ser tratado como pessoa e não como um número de prontuário. Na visão do usuário, o que falta ao prestador de serviço para que a doença possa ser investigada melhor é o “saber escutar”.

O Papa João Paulo II (1981), quando se refere ao trabalho no sentido subjetivo – o homem sujeito do trabalho – afirma que:

A Idade Antiga introduziu entre os homens uma própria diferenciação típica em categorias, segundo o tipo de trabalho que realizavam. O trabalho que requeria do trabalhador o emprego das forças físicas, o trabalho dos músculos e das mãos, era considerado indigno dos homens livres, e por isso eram destinados à sua execução os escravos.

Partindo deste modo de entender as coisas e supondo que diversos trabalhos realizados pelos homens podem ter um maior ou menor valor objetivo, procuramos, todavia pôr em evidência que cada um deles se mede, sobretudo pelo padrão da dignidade do mesmo sujeito do trabalho, isto é, da pessoa, do homem que o executa. Por outro lado, independentemente do trabalho que faz cada um dos homens e supondo que ele constitui uma finalidade – por vezes muito absorvente – de o seu agir, tal finalidade não possui por si mesma um significado definitivo. De fato, em última análise, a finalidade do trabalho, de todo e qualquer trabalho realizado pelo homem – ainda que seja o trabalho mais humilde de um ‘serviço’ e o mais monótono na escala do modo comum de apreciação e até o mais marginalizador – permanece sempre o mesmo homem.

Como refere o Papa nos trechos da encíclica, a finalidade do trabalho humano, seja qual for a atividade exercida, deve ser o homem, ou seja, a pessoa, o ser humano é que precisa ser valorizado, e não a sua função social.

Reflete-se aqui não sobre o direito assegurado pela Constituição Federal brasileira, que legisla, em seus artigos 1.º, 6.º e 7º e seus parágrafos, sobre a valorização do trabalho, mas sim sobre o campo mais subjetivo, ou seja, mais ligado à invisibilidade social, à política nacional de humanização.

Com esta pesquisa pretende-se demonstrar que, como os vírus das doenças, o bom humor e os pequenos gestos feitos sem pretensão alguma podem ser contagiosos. Uma pessoa que é tratada com carinho e dignidade pelos outros tratará os outros do mesmo jeito com que foi tratada por aqueles que a rodeiam.

Por outro lado, uma pessoa que se sente invisível ao olho do outro, ou seja, que só é lembrada para ser criticada ou não tem sua opinião levada em conta, corre mais o risco de ter alguma doença como a depressão e pode ter dificuldade de se recuperar dela, por exemplo, bem como pode se afastar mais facilmente do trabalho e ter mais dificuldade de expor suas idéias.

Ser rotulado de 'gentil' significa, em geral, que a outra pessoa não tem muita coisa positiva para dizer a seu respeito. Ser gentil é considerado uma Pollyana, que vê o lado positivo em tudo, ou uma pessoa passiva, fraca e retraída. Sejam os claros: gentileza não é ingenuidade. Gentileza não significa ser um capacho. Na verdade, significa seguir em frente com a confiança clara que vem de saber que ser muito gentil e colocar as necessidades das outras pessoas no mesmo nível que as suas lhe trará tudo o que você deseja. (KOVAL; KAPLAN, 2008, p. 13)

Pode-se dizer que a gentileza pode fazer parte da postura profissional que cada um deve ter diante do outro. Certamente, a maioria das pessoas já ouviu a seguinte frase: “Não faça ao outro aquilo que não gostaria que fizessem a você”. Será que trato os outros como gostaria de ser tratado?

O Manual de Higienização (2009) dá algumas dicas de boa postura e educação que os profissionais devem ter perante funcionários e usuários. Citam-se algumas delas:

- cumprimente seus colegas e os demais funcionários ao chegar e quando for embora;
- seja tolerante e flexível;
- respeite a privacidade de seus colegas;
- aja de acordo com seus princípios e assuma suas decisões;
- controle seu mau humor e lembre-se que todos têm problemas e o ambiente de trabalho não é o melhor lugar para discuti-los; e
- muito cuidado com as brincadeiras, porque muitas pessoas sentem-se ofendidas com algumas delas.

Será que essas atitudes não são práticas de pequenas gentilezas? Será que esse tipo de atitude somente o higienizador deve ter? Acredita-se que não e também que todas as pessoas, independente do cargo que ocupam, devem respeitar os colegas.

Reportagem veiculada em janeiro de 2010 noticiava o relançamento da campanha “Gentileza Gera Amor e Paz!” em nível nacional, na qual gentileza é definida da seguinte forma:

Gentileza pode vir de uma palavra, de um gesto e até de um pensamento. Não é necessário dinheiro para se gerar gentileza. Nem mesmo falar a mesma língua, ou ter completado 18 anos, ou ser de uma etnia específica, ser gordo/magro, alto/baixo etc. Gentileza todos podem fazer. Quando recebemos uma gentileza algo mágico acontece. Sentimo-nos pré-dispostos a fazer uma gentileza para aquela pessoa de quem recebemos ou qualquer outra que esteja precisando. (GENTILEZA, 2010, p. 35)

Como foi dito na citação acima, para fazer uma gentileza não é necessário gastar dinheiro. Um simples olhar, escutar uma queixa, chamar uma pessoa pelo nome, um abraço, dar um elogio sincero a alguém já é um gesto de gentileza. Com esses pequenos gestos demonstram-se educação, cordialidade, acolhimento, apreço e respeito com o outro. Com esses pequenos gestos recupera-se a própria saúde e a do outro.

Se a gentileza não cura, pelo menos ajuda – e muito – na recuperação, na auto-estima, na relação interpessoal, seja ela familiar, escolar, profissional, de amizade ou de amor. Acredita-se que há pessoas gentis em qualquer classe social, seja ela média, alta ou baixa. Não é o grau de instrução que define se uma pessoa é ou não gentil. Há pessoas que possuem graduação, mestrado e doutorado e que não sabem tratar os outros com gentileza. Assim como também há pessoas que não completaram o ensino fundamental e são extremamente gentis. Atitudes de carinho, respeito e atenção não custam nada e ajudam muito a melhorar a vida de muitas pessoas. A gentileza é algo que não se compra. Ela é, portanto, apenas uma questão de opção: é uma atitude que se adota e que pode fazer diferença, ainda que pequena, na vida dos outros. Toda a pessoa gosta de ser bem tratada de forma gentil, com atenção e carinho. É muito ruim quando se é tratado com indiferença, cara feia, desrespeito ou mau humor.

Um dos pontos discutidos neste trabalho e que deve ser levado em conta é a necessidade de avaliar a micropolítica das relações no trabalho de uma forma que se valorize mais a pessoa do que seu histórico de doenças, suas queixas, seu número de prontuário. Deve-se valorizar a pessoa e tornar o trabalho um “trabalho vivo”, como é proposto pelo estudioso Emerson Merhy (2009). Deve-se ter a curiosidade de saber se os trabalhadores sejam eles higienizadores, auxiliares ou

técnicos de enfermagem, já se sentiram alguma vez invisíveis diante da sociedade. Não se tem como medir a satisfação ou não do trabalhador de saúde, mas pode-se amenizar a sensação de invisibilidade social praticando pequenos gestos como um bom dia, um olhar, pois para muitas pessoas eles podem significar que são reconhecidas como pessoas e não como objetos. Mudar a cultura de uma pessoa ou de um grupo necessita de tempo e requer disposição para a mudança. E a mudança só ocorre quando a pessoa se dá conta de que algo não está fazendo bem ao outro, da mesma forma que não faria bem a si própria. Há que se ter a consciência de que um “trabalho vivo” só se dá quando há o encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra; quando há momentos de fala, escuta e interpretação de ambas as partes.

5 METODOLOGIA

A metodologia proposta constará de dois momentos: no primeiro, será realizada a coleta de dados que possibilite conhecer o perfil do trabalhador do serviço de higienização através de revisão documental disponível na Instituição. No segundo, será utilizada a técnica de grupo focal com uma metodologia que ofereça a possibilidade de uma avaliação qualitativa.

A técnica do grupo focal terá como objetivo perceber experiências, sentimentos, percepções e preferências dos participantes e será desenvolvida com um moderador que guiará o grupo e um observador. Propôs-se a formação de grupos de no máximo dez pessoas de diferentes formações numa discussão com um roteiro pré-definido: um texto e questões de reflexão.

A análise que o projeto pretende realizar será feita por meio de um roteiro com questões predefinidas em grupo focal e de observações diretas feitas pela pesquisadora, que embasarão um paralelo entre os sentimentos que as pessoas apresentam e seu desempenho profissional. Os grupos serão formados com participantes que trabalham nos setores estudados e em diferentes turnos de trabalho. Essa atividade será desenvolvida no período de uma hora.

5.1 Local de trabalho

Será analisado o trabalho da higienização de alguns setores (sala de recuperação, bloco cirúrgico e central de material e esterilização) do Hospital Nossa Senhora da Conceição, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

5.2 Sujeitos/Participantes/Amostragem

Como amostragem serão incluídos os trabalhadores das seguintes áreas: sala de recuperação, bloco cirúrgico e central de material e esterilização que atuam

em diferentes turnos, manhã, tarde e noite e que aceitem fazer parte do estudo. Os grupos serão compostos com profissionais de diferentes formações e atividades, ou seja, serão convidados a participar higienizadores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e médicos.

5.3 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados será realizada através de um grupo focal. Minayo (1999), sobre a coleta de dados, afirma:

é técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população. (p. 16)

O instrumento será um roteiro que utilizará um tema gerador para se iniciar a discussão, acompanhada da observação, como estratégia para a obtenção dos dados necessários ao suporte para a análise de resultados.

5.4 Análise de dados

A análise dos dados será realizada pelo pesquisador através dos dados adquiridos pela pesquisadora junto aos setores de gestão de pessoas (Saúde do Trabalhador, Recursos Humanos e Gestão) em forma de relatório, estatísticas e documentos. Também serão analisadas as respostas dadas pelos profissionais que compuserem o grupo focal.

5.5 Aspectos éticos

Este projeto seguirá a normatização da Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

No presente estudo, os aspectos éticos são considerados relevantes, pois envolvem os seres humanos como sujeitos de investigação. Conforme Goldim (2001), os princípios éticos que devem ser assegurados e protegidos precisam estar devidamente apresentados na pesquisa, bem como em outras iniciativas, como a explicação completa e clara sobre os objetivos, os métodos de coleta de dados, de inserção de dados (potenciais riscos e incômodos), os benefícios previstos, a liberdade de sair do estudo a qualquer momento sem penalização ou prejuízo, a duração e a garantia do sigilo que assegure a privacidade quanto aos dados confidenciais do estudo.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, os roteiros serão aplicados pela pesquisadora com o consentimento dos participantes, que lerão e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No início da aplicação do roteiro no grupo focal, os funcionários dos setores estudados serão informados de que o roteiro é um instrumento de projeto de estudo de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde e de que eles não serão identificados na divulgação dos resultados.

5.6 Divulgação dos resultados

O projeto de pesquisa será apresentado à banca examinadora para ser submetido à avaliação. Se for aprovado, a pesquisadora obterá o título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica na Saúde. O estudo será publicado em periódico da área.

O resultado da pesquisa será divulgado para a construção de um artigo que se pretende enviar para apreciação e possível publicação na Revista “Momentos e Perspectivas em Saúde do GHC” e aos participantes da pesquisa, em forma de

apresentação de pôster, quando será remetida uma cópia do relatório ao Centro de Documentação do Hospital Nossa Senhora da Conceição e para o Comitê de Ética em Pesquisa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa pretendeu-se identificar a percepção do trabalhador quanto à valorização do trabalho nos serviços da saúde, sobretudo daqueles que atuam na área da higienização.

Por meio de metodologia do grupo focal, objetivou-se direcionar questionamentos voltados à observação e à reflexão comportamental dos profissionais em relação à micropolítica nas relações no ambiente de trabalho.

Contudo, a expectativa da pesquisa é a de que ela possa levantar dados relevantes com relação à motivação dos trabalhadores e auxiliar a identificar novas ferramentas para a ressignificação do trabalho em saúde e criar uma nova tecnologia de gestão de pessoas.

7 CRONOGRAMA

Atividade Meses	Busca de artigos referentes ao tema	Elaboração do pré-projeto	Definição do modelo de pesquisa	Organização dos instrumentos de coleta	Revisão dos textos já elaborados	Apresentação projeto em andamento em aula	Redação do relato do projeto final
abril de 2009							
maio de 2009							
junho de 2009							
julho de 2009							
agosto de 2009							
setembro de 2009							
outubro de 2009							
novembro de 2009							
dezembro de 2009							
janeiro de 2010							
fevereiro de 2010							
março de 2010							
abril de 2010							
maio de 2010							
junho de 2010							
julho de 2010							

8 ORÇAMENTO

As despesas serão custeadas pela pesquisadora do projeto.

Material utilizado	Valor (R\$)
Cópia xérox	25,00
Cartucho para impressora	60,00
Folhas A4	40,00
Livros de pesquisa e metodologia	100,00
Livros de referência	100,00
Digitação	60,00
Encadernação	80,00
TOTAL	465,00

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Controle das infecções hospitalares**: avanços tecnológicos: velhos hábitos x novas atitudes. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/controle.htm>>. Acesso em: 29 mar. 2010.

ALVES, Rubem. **Filosofia da ciência**: introdução ao jogo e às suas regras. São Paulo: Loyola, 2000.

ANDRADE, Glória Maria. **Controle das infecções hospitalares**: avanços tecnológicos: velhos hábitos x novas atitudes. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/artigos/controle.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2010.

ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 10 out. 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Orgs.). **Agir em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface** – comunicação, saúde, educação, São Paulo, v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Princípios e diretrizes para o NOB/RH-SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

COSTA, Fernando Braga. **Homens invisíveis**: relatos de uma humilhação social: invisibilidade. Porto Alegre: Globo, 2004.

GENTILEZA gera amor e paz. **Jornal Bem Estar**, Porto Alegre, ano 8, n. 77, p. 35, jan. 2010.

GOLDIM, José R. **Manual de Iniciação à pesquisa em saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Dacasa, 2001.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Política de avaliação de desenvolvimento**. Porto Alegre: GHC, 2006.

_____. **Agenda estratégica**. Porto Alegre: GHC, 2009a.

_____. **Manual da higienização**. Porto Alegre: GHC, 2009b.

_____. Gerência de Recursos Humanos. **Relatório mensal do perfil dos trabalhadores do Serviço de Higienização**. Porto Alegre: GHC, 2010a.

_____. **Bem-vindo ao Hospital Conceição**: como ser atendido. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idmenu=2>>. Acesso em: 20 fev. 2010b.

_____. **Quem somos**: diretrizes. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=1&idSubMenu=3>>. Acesso em: 21 mar. 2010c.

JOÃO PAULO II. **Encíclica *Laborem Exerceis***. 1981. Disponível em: <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_14091981_laborem-exercens_po.html> Acesso em 22 abr. 2010.

KOVAL, Robin; KAPLAN THALER, Linda. **O poder da gentileza**: descubra como a simpatia e a delicadeza podem transformar sua vida. Rio de Janeiro: Sextante, 2008.

MERHY, Emerson. **Seminário sobre acolhimento**. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 12 mar. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-31.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2010a.

MERHY, Emerson. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 108-137. (Série B Textos Básicos de Saúde).

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, Sonia F. (Org.). **Democracia e Saúde**. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2010b.

MICHAELIS. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=pol%EDtica&CP=134564&typeToSearchRadio=exactly&pagRadio=50>> Acesso em: 22 set. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria, método, criatividade**. 7 ed. São Paulo: Vozes, 1999.

RIBEIRO, Alessandra Valim et al. **Teorias motivacionais**. Disponível em: <<http://www.gerenciamento.ufba.br/MBA%20Disciplinas%20Arquivos/Lideranca/Teorias%20Motivacionais%20Pontif%C3%ADcia%20Universidade%20Cat%C3%B3lica%20de%20E2%80%A6.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2010.

ANEXO A – Os Invisíveis

“Se eu morrer, morre comigo um certo modo de ver, disse o poeta. Um poeta é só isto: um certo modo de ver. O diabo é que, de tanto ver, a gente banaliza o olhar. Vê não – vendo. Experimente ver pela primeira vez o que você vê todo dia, sem ver. Parece fácil, mas não é. O que nos cerca, o que nos é familiar, já não desperta curiosidade. O campo visual da nossa rotina é como um vazio. Você sai todo dia, por exemplo, pela mesma porta. Se alguém lhe perguntar o que é que você vê no seu caminho, você não sabe. De tanto ver, você não vê. Sei de um profissional que passou 32 anos a fio pelo mesmo hall do prédio do seu escritório. Lá estava sempre, pontualíssimo, o mesmo porteiro. Dava-lhe bom-dia e às vezes lhe passava um recado ou uma correspondência. Um dia o porteiro cometeu a descortesia de falecer. Como era ele? Sua cara? Sua voz? Como se vestia? Não fazia a mínima idéia. Em 32 anos, nunca o viu. Para ser notado, o porteiro teve que morrer. Se um dia no seu lugar estivesse uma girafa, cumprindo o rito, pode ser também que ninguém desse por sua ausência. O hábito suja os olhos e lhes baixa a voltagem. Mas há sempre o que ver. Gente, coisas, bichos. E vemos? Não, não vemos. Uma criança vê o que o adulto não vê. Tem olhos atentos e limpos para o espetáculo do mundo. O poeta é capaz de ver pela primeira vez o que, de fato, ninguém vê. Há pai que nunca viu o próprio filho. Marido que nunca viu a própria mulher, isso existe às pampas. Nossos olhos se gastam no dia-a-dia, opacos. É por aí que se instala no coração o monstro da indiferença.”

APÊNDICE A – Roteiro de perguntas sobre o texto “Os Invisíveis”

1) Você costuma prestar atenção no que têm no caminho para chegar ao trabalho? O que você vê no seu caminho para o trabalho?

2) Por quantas pessoas você passa até chegar ao seu setor de trabalho? Quantas sorriem? Quantas estão desanimadas?

3) Para você quem tem um olhar mais atento? Por quê?

4) O que causa o “não ver”? Para você, qual o sentimento que desperta nas pessoas que “não são vistas”?

5) Dê sugestões do que podemos fazer para que ver e enxergar realmente as coisas e as pessoas que nos cercam?