



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NÚCLEO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE**

**TÂNIA DE ALCÂNTARA MOURA VILELA**

**GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO DE VIÇOSA-AL: ESPAÇO DE  
ESCUTA E VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA.**

**Maceió  
2016**

TÂNIA DE ALCÂNTARA MOURA VILELA

**GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO DE VIÇOSA-AL: ESPAÇO DE  
ESCUTA E VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO BÁSICA**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, pelo Núcleo de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientadora: Esp. Luzia Maria da Guia Malta Prata

Maceió  
2016

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

V699g Vilela, Tânia de Alcântara Moura.  
Grupo de trabalho de humanização de Viçosa-AL: espaço de escuta e valorização do trabalhador da atenção básica / Tânia de Alcântara Moura Vilela. – 2016.  
36 f. : il.

Orientadora: Luzia Maria da Guia Malta Prata.  
Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Núcleo de Saúde Pública. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 35-36.

1. Humanização. 2. Gestão Compartilhada. 3. Educação em saúde. 4. Atenção básica. 5. Saúde pública. I. Título

CDU: 614.253 (813.51)

## RESUMO

O presente projeto de intervenção está fundamentado nas Políticas Nacionais: de Humanização (PNH) e da Atenção Básica (PNAB). O foco do projeto está na análise dos processos de trabalho e nas relações nele estabelecidas no cotidiano das práticas a partir das atribuições preconizadas na PNAB para os profissionais que estão inseridos nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Propõem-se como objetivos: Criar um Grupo de Trabalho de Humanização com profissionais da atenção básica. GTH-visitando este à oferta de espaço de discussão aos trabalhadores da saúde, estimulando, assim, a análise sobre os processos de trabalho produzidos; Conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Básica de Viçosa sobre a Política Nacional de Humanização e seus modos de produzir saúde; Sensibilizar os trabalhadores para a importância do trabalho alicerçado na Política Nacional de Humanização. Dessa forma, espera-se colher como frutos do projeto: a realização de práticas de saúde mais humanizadas; relações interpessoais mais horizontalizadas entre profissionais, gestores e usuários do serviço; melhor comunicação e acesso dos trabalhadores à gestão do SUS local e; a implantação do espaço de escuta e valorização profissional do trabalhador da atenção básica.

**Palavras-chave:** Humanização. Gestão Compartilhada. Educação em Saúde. Atenção Básica.

## **ABSTRACT**

This project is theoretically based in the National Politics of: Humanization (NPH) and Primary Healthcare (NPPHC). This project aims the workflow analysis and in its established relations of daily practices out of preconized attributions of NPPHC for professionals inserted in the Family Health Strategy (FHS) and the Community Health Centers (CHC). It is proposed as objectives of this projects: To create an dispositive Work Team of Humanization (WTH), aiming the offer of an health workers discussion space, thus inciting the workflow analysis; To know the perception of the PHC professionals of Viçosa about NPH and its ways of producing health; To sensitize the workers to the importance of the work consolidated in the NPH. This way, are expected as results: the realization of more humanized health practices; more horizontal interpersonal relations between professionals, managers and service's users; better communication and access between workers and the CHC management and the implementation of the listening space and professional appreciation of the PHC worker.

**Keywords:** Humanization. Comanagement. Health Education. Primary Healthcare.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura organizacional de Viçosa-AL.....	20
---	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ações propostas.....	27
Quadro 2 – Cronograma das ações.....	29
Quadro 3 – Informações orçamentárias.....	31
Quadro 4 – Plano de intervenção.....	32

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Atenção Primária
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CF	Constituição Federal
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEPS	Política Nacional Educação Permanente
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1.1</b>	<b>Fundamentação Teórica</b> .....	10
<b>1.2</b>	<b>Justificativa</b> .....	17
<b>1.3</b>	<b>Objetivos</b> .....	18
1.3.1	Geral .....	18
1.3.2	Específicos .....	19
<b>1.4</b>	<b>Problema(s) identificado(s) ou oportunidade percebida</b> .....	19
<b>2</b>	<b>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b> .....	20
<b>2.1</b>	<b>Descrição do campo empírico</b> .....	20
<b>2.2</b>	<b>Estrutura física do local</b> .....	22
<b>2.3</b>	<b>Perfil da comunidade atendida</b> .....	22
<b>2.4</b>	<b>Dados norteadores da pesquisa</b> .....	23
<b>2.5</b>	<b>Situação-problema</b> .....	24
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	25
<b>3.1</b>	<b>Proposta do projeto de intervenção</b> .....	27
<b>3.2</b>	<b>Cronograma</b> .....	29
<b>3.3</b>	<b>Acompanhamento do projeto de intervenção</b> .....	30
<b>3.4</b>	<b>Orçamento</b> .....	31
<b>4</b>	<b>RESUMO DO PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	32
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	35

## 1 INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção tem como norte as inquietações profissionais advindas da vivência no exercício da prática cotidiana em serviços de saúde no SUS no município de Viçosa/AL, tendo desde o início como eixo principal a Relação Profissional vs Usuário vs Serviço Prestado. Trata-se de uma proposta dinâmica de pensar a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde sobre o prisma do sentido do trabalho para o profissional que o executa. Uma proposta que se lança como desafio na análise do processo de trabalho e das relações estabelecidas no cotidiano das práticas sob a ótica do trabalhador, do usuário e do gestor.

O projeto tem como palco a Política de Saúde assegurada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), onde o Sistema Único de Saúde é expresso e definido. Um SUS que é fruto de um processo político complexo e que envolveu a sociedade civil, as instituições de ensino e pesquisa e o Estado. Um sistema em constante construção e reconstrução, trazendo em seu âmago a busca pelo fortalecimento da cidadania com direitos iguais e assegurados pelo Estado.

Vários questionamentos permeiam todo o processo na busca da compreensão do que ocasiona essa relação tão carente de atenção, cuidado, reflexão e acolhimento, e assim buscamos chegar ao conhecimento e entendimento sobre o seguinte ponto: O que tem gerado essa forma de trabalhar tão desconectada do que é preconizado no SUS?

Motivada pela possibilidade de entendimento dessa realidade, e que pode se constituir em instrumento motriz, no entanto não necessariamente padrão desse panorama, nasce esse projeto de intervenção, que se constituirá em momentos de sensibilização, aprendizagem, escuta e aproximação de possibilidades de reinventar o olhar/fazer na saúde dos profissionais, usuários e gestores na Atenção Básica no município de Viçosa/AL.

O eixo estruturante desse projeto de intervenção está voltado para a importância da sensibilização e do apoio da gestão, bem como da adesão dos trabalhadores, na implantação de práticas na saúde respaldadas na Política Nacional de Humanização (PNH), tendo como base a reflexão coletiva sobre a relação dos trabalhadores com os processos de trabalho e das possibilidades de inserção de práticas alinhadas aos princípios que constituem a PNH, ou seja, da Indissociabilidade entre atenção e gestão, da Transversalidade, e do Protagonismo e Autonomia dos sujeitos na corresponsabilização da gestão e do cuidado (BRASIL, 2013).

Tornar esses princípios efetivos no cotidiano das práticas em saúde requer mudança na atual forma de atenção e gestão. Significa refletir, reinventar, reconstruir o modo como

operamos nosso fazer no trabalho, nossos objetivos para com a atividade desenvolvida e com o alvo de nossas ações. Portanto, não se trata ingenuamente de acolher a prática humanizada, mas de nos provocarmos para refletirmos coletivamente como estamos realizando nossas práticas, e se a estratégia proposta é viável, aplicável, dotada de sentido e capaz de afetar positivamente nossas relações com o mundo do trabalho, com o usuário dos serviços, com os demais profissionais e com o gestor.

Este projeto de intervenção tem como foco de atuação, os profissionais dos nove estabelecimentos de saúde da Atenção Básica, da Saúde Bucal, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Academia da Saúde.

Diante desse contexto, a gestão do trabalho em saúde (BRASIL, 2014)<sup>1</sup> deve ser conduzida e ser considerada para além dos conhecimentos técnicos absorvidos nas academias pelos trabalhadores, pois requer mudança na forma de se relacionar intra e entre grupos com os atores que gerem e executam os serviços de saúde de Viçosa, incluindo neste processo os usuários deste SUS e a gestão.

## **1.1 Fundamentação Teórica**

A Saúde há muito tempo tem sofrido os reflexos da crise que persegue sua efetivação enquanto política pública de direito. Refletir acerca do trabalho e das relações nele estabelecidas no âmbito da Saúde é condição fundamental para contemplar possibilidades de reconstrução da prática e enfrentamento das adversidades de forma criativa e transformadora.

Sendo assim, o novo olhar/fazer proposto nascerá da reflexão coletiva sobre a relação dos próprios profissionais, do usuário e do gestor com os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde no município de Viçosa. Esse olhar pretende ser capaz de sensibilizar, no sentido de provocar mudanças no serviço prestado, buscando ofertar maior qualidade e eficiência com práticas alicerçadas na Política Nacional de Humanização e fortalecidas pela Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde.

A luta pela humanização na saúde não é preocupação exclusiva do Brasil. Historicamente, a humanização da atenção à saúde tem seu alicerce segundo Fortes (2004), na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 quando determina em seu artigo 1º que “todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de

---

<sup>1</sup> A Gestão do Trabalho em Saúde é tida, aqui, como aquela que trata das relações de trabalho por meio de uma concepção em que a participação do trabalhador é imprescindível para que o SUS seja efetivo e eficiente. Dessa forma, o trabalhador é visto como sujeito transformador de seu ambiente, não se reduzindo a um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local.

consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (FORTES, 2004, p. 31).

Mais de meio século se passou desde a referência ao tratamento a ser dispensado ao homem ser baseado numa relação de dignidade e numa perspectiva de direito, até a efetivação da PNH enquanto política pública com olhar nessa perspectiva e começar a ser considerada como efetivamente importantes.

No final dos anos 1990 e início dos anos 2000 o Programa Nacional de Humanização começa a ganhar força enquanto temática de Humanização (BRASIL, 2000), vindo a se fortalecer a partir da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília neste mesmo ano, sendo implantada enquanto Política Pública em 2003 no governo de Lula ampliando seu raio de atuação ao contemplar a gestão e a atenção (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010) e ser instituída pelo Ministério da Saúde.

A PNH tem também como objetivo, efetivar os princípios do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, fortalecendo com essa prática o SUS como Política Pública. (BRASIL, 2013).

A PNH é uma Política de saúde fundamentada na “sistematização de experiências do SUS que dá certo” através de práticas que tem como alvo fomentar atitudes e ações humanizadoras entre os gestores, trabalhadores da saúde e usuários. Apresenta-se definida como uma política que

Estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde e em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013).

Uma política que revela em seu conceito uma importante contribuição para a discussão do trabalho em saúde, proporcionando intervenções no sentido de alterar a maneira de trabalhar e de interferir no trabalho, que se configura em formas de trabalho que não se submetem à lógica dos modos de funcionamento instituídos, superando as dissociações entre os que gerem e os que cuidam.

Pensar a PNH nos remete a refletir sobre o que é a Humanização nela proposta e objetivando tomar um conceito que dê conta de uma maior aproximação do entendimento de humanização no âmbito de uma Política pública de saúde e com foco nesse projeto de

intervenção, temos como referência partes do conceito constante no documento-base da PNH, onde a humanização é compreendida como

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos; Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; [...] Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, e mais resolutivo; [...] Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde [...] (BRASIL, 2008).

O conceito é amplo, de fácil entendimento, no entanto de difícil aplicabilidade por mexer com processos culturais historicamente disseminados e assimilados, apreendidos e aprendidos pelos profissionais da saúde em seus processos de formação acadêmica e até mesmo anterior a academia. Pensar e instituir processos de trabalho nessa ótica é operacionalizar a saúde na perspectiva da garantia de direitos sociais e a saúde para com todos os elos da corrente, valorizando e dotando de autonomia os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Trata-se de provocar um olhar diferenciado dos atores que constituem o fazer em saúde: gestor, usuário, trabalhadores (nós mesmos). Significa ser ator e permitir ao outro essa autonomia em torno da saúde. Significa não ser um mero elo, mas ser elo na teia dos diferentes níveis que constitui a saúde e facilitador de processos de reconstrução de práticas inovadoras e capazes de transformar o atual diagnóstico de fragmentação do cuidado, desmotivação e frustração diante das condições de trabalho, em possibilidades de construção coletiva de práticas que reverberem em um trabalho de excelência voltado para a integralidade do cuidado de forma resolutiva, ou seja, eficaz e eficiente<sup>2</sup> interferindo positivamente na realização do trabalho e prestação dos serviços aos usuários da Atenção Básica.

Os fatos acima citados têm como campo de prática a Atenção Básica, denominação adotada para a Atenção Primária ou Rede Básica<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> A Eficácia fala da produção de saúde como valor de uso, da qualificação da atenção e da gestão da saúde. A Eficiência refere-se à relação custo/benefício, ao menor investimento de recursos financeiros e humanos para alcançar o maior impacto nos indicadores sanitários.

<sup>3</sup> Há uma discussão a respeito da denominação da atenção à saúde: primária ou básica. Na Europa, a denominação que prevalece é atenção primária que dá ensejo a pensar em prioritária, em essencial. Na Constituição (BRASIL, 1988), tanto quanto na Lei 8.080 (BRASIL, 1990), não há qualquer referência a um ou outro nome. Contudo, a EC 29/2000, dispõe que 15% dos recursos das transferências da União para os demais

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Um conjunto de ações planejadas e parte integrante do SUS, um sistema que prevê a garantia de acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, hoje estimada em 204.450.649 habitantes (UOL, 2015), espalhados em 5.570 municípios (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Um sistema assegurado pela Lei 8.080 de 19/09/90, que prevê no Art. 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990). Diferente do momento anterior, onde o Estado só absorvia a assistência daqueles que não tinham condições de pagar.

Está atuando no sistema e perceber o cotidiano doentio, fragmentado e com prestação de serviço desconectado de uma prática humanizada da saúde, inquieta-nos, e nos impulsiona na busca de estratégias que possam fortalecer os protagonistas dessa história, isto porque nesse sistema trabalham pessoas e dele precisam as pessoas.

No universo do trabalho é onde os ruídos ecoam. Ruídos que devem ser valorizados e estimulados. O Documento base para gestores e trabalhadores do SUS define o trabalho como:

[...] atividade que se opõe à inércia. É o conjunto dos fenômenos que caracterizam o ser vivo. Nos processos de trabalho surgem, a todo o momento, situações novas e “ventos imprevisíveis” não definidos pelas prescrições da organização do trabalho [...] O trabalho inclui, também, uma dimensão que não é observável – como os fracassos e as frustrações por não poder ter sido feito como se gostaria – e exige invenções, escolhas e decisões muitas vezes difíceis (BRASIL, 2008).

O trabalhador da saúde precisa estar preparado para lidar com essas adversidades do trabalho surgidas no dia a dia de sua prática. É preciso reinventar-se, recriar-se, atualizar-se e acima de tudo estar envolvido com o seu fazer, que deve ser repensado para que não seja afetado por sentimentos de frustração, desmotivação e descontentamento que produzem adoecimento e práticas desumanizadas.

A Política Nacional de Humanização configura-se como estratégia de fortalecimento de um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo

---

entes federativos deve ser para o custeio de ações e serviços *básicos* de saúde. Se entender serviços básicos como atenção básica, esta, então, seria a denominação a ser utilizada.

de pactuação democrática e coletiva. Conforme o expresso no Documento base para Gestores, a PNH encerra como princípios:

*A Transversalidade* que proporciona aumento na forma de comunicação intra e intergrupos, produzindo práticas sem fronteiras entre os saberes; *A Indissociabilidade* entre atenção e gestão refere-se capacidade de inseparabilidade entre o modo de cuidar, gerir e se apropriar do trabalho, entre produção de saúde e produção de sujeitos; *O Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos* que, refere-se a importância da relação do homem com o processo de trabalho e da ligação desse trabalho com os fatores econômicos, políticos, institucionais e culturais, enfatizando também a importância da autonomia desses sujeitos nos processos de gerir e cuidar da saúde (BRASIL, 2008) [grifos do autor].

Dessa forma a Política Nacional de Humanização, configura-se como estratégia de fortalecimento das práticas no SUS ao promover as possibilidades de redução das lacunas existentes na efetivação do acesso universal e equânime, do repensar sobre a desvalorização dos trabalhadores de saúde e sobre a fragmentação e desarticulação revelada na prática das ações e programas existentes no SUS. Traz em sua constituição um sentido novo ou reacende-o nas práticas de saúde, que é a Valorização dos diferentes sujeitos, o fomento à autonomia e protagonismo, o aumento do grau de corresponsabilidade, o estabelecimento de grupalidades e de vínculos solidários, a mudança dos modelos de atenção e de gestão e a melhoria das condições de trabalho, já referidas anteriormente. Para tanto, é preciso que os processos de trabalho sejam revistos, recriados e repensados através do método da Tríplice inclusão, que se trata da inclusão dos diferentes sujeitos, dos analisadores sociais e do coletivo.

As orientações/diretrizes dessa política são: Clínica ampliada; Acolhimento; Co-gestão; Valorização do Trabalho e do Trabalhador; Defesa dos Direitos dos Usuários; Fomento das grupalidades, coletivos e redes e; Construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008). Essas se configuram como orientações específicas da Política no sentido de co-gestão e construção de coletivos e redes em prol dos direitos dos usuários, bem como da valorização dos trabalhadores.

Os dispositivos, ou seja, a tradução das diretrizes em arranjos de interferências nos processos de trabalho e instrumentos de atualização das diretrizes dessa política, capazes de promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, são: Grupo de Trabalho de Humanização; Câmara Técnica de humanização; Colegiado de Gestão; Contratos internos de Gestão; Classificação de Risco; Ampliação da Clínica; Valorização do Trabalho em Saúde (BRASIL, 2008).

Diante do fato, o projeto traz em sua constituição a necessidade de conhecer para poder intervir nos processos de trabalho, na qualidade da saúde e nas relações estabelecidas. Nesta dinâmica propomos a implantação de um GTH como estratégia de fomento e fortalecimento das ações, o qual tem seu conceito descrito na Cartilha do Ministério da Saúde definido como sendo capaz de

[...] instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço onde todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão (BRASIL, 2006).

Dentro desse contexto, é importante pensar o papel da gestão, que tem como finalidade gerir a saúde no município e em sua maioria é um cargo ocupado por profissional das relações pessoais e da confiança do prefeito municipal, que nem sempre é um técnico da área, mas uma indicação política. Este fato, por muitas vezes, inviabiliza uma gestão que seja comprometida em garantir e ampliar direitos dos usuários, atender aos direitos dos trabalhadores no cotidiano de suas práticas e também as suas expectativas enquanto profissionais. Uma difícil tarefa, tendendo na maioria das vezes para o atendimento apenas das exigências da gestão maior municipal. Um campo de interesses antagônicos, mas de extrema importância para os que nele atuam, exigindo constante diálogo e articulações para exercer um trabalho humanizado.

O Gestor municipal da saúde quando consegue alinhar o conjunto de interesses distintos que envolve a tríade que compõem o SUS local (trabalhadores, usuários e a Gestão) às expectativas e orientações do gestor municipal pautada no que preconiza o Ministério da Saúde passa a de fato aproximar-se do exercício pleno de atividades laborativas alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde, que vão além dos interesses de partes e perpassam pelo atendimento da coletividade, onde vislumbra o trabalho dotado de sentido que motiva, ao invés do trabalho estranhado, alienado. No trabalho estranhado o homem não vê o trabalho como produto de sua ação, nem tem consciência de sua participação no ato dos impactos na produção deste trabalho, resultando daí o esfacelamento no seu fazer no cotidiano de suas práticas, causando cada vez mais estranhamento e falta de sentido e de sentimento de pertencimento, gerando um grande vazio na ação que deveria ser dotada de sentido e ato constante de criação.

Nessa dinâmica, a Gestão Participativa e Cogestão<sup>4</sup> figuram como importantes instrumentos. A Gestão Participativa por ser capaz de construir processos de mudanças despertando nos trabalhadores a necessidade de debruçar-se sobre os processos de trabalho, analisando-o de forma crítica e coletiva. A Cogestão, por trazer a possibilidade da participação de todos na gestão do trabalho, “inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde” (BRASIL, 2009), o que, conseqüentemente, permite proporcionar maior motivação para as equipes por serem incluídas em todo o processo de construção no trabalho.

No cotidiano da prática na Atenção Básica, temos várias categorias profissionais e suas práticas precisam se complementar de forma solidária em torno do cuidado no sentido de oferecer um tratamento de qualidade, eficaz, humano e digno. Ao invés disso, temos espaços de trabalho desmotivadores e usuários afastados do processo de produção de sua saúde, fragilizando a corresponsabilização no cuidado.

Uma realidade que reverbera na necessidade de gestores competentes que sejam capazes de desnudar-se de velhas formas de gestão e abrir-se para o novo, que consiste em ouvir, ser ouvido, ceder, reinventar-se nas relações de trabalho, tendo como foco a mudança em prol de um processo saudável e inovador, capaz de produzir os resultados que se almeja alcançar, onde a produção de bens e serviços precisa estar vinculada com a reprodução da organização e, mais ainda, com a forma de lidar com trabalhadores e usuários, levando a reflexão de que “todo apoiador minimamente sábio descobre que somente se consegue apoiar quando nos autorizamos a sermos apoiados pelo grupo a quem pretendemos ajudar. Um bom dirigente dirige e é dirigido, comanda e é comandado por aqueles com quem trabalha” (CAMPOS, 2001/2003).

O apoio parte do princípio de que todos os níveis de saberes são importantes no processo de gestão, desde que trabalhado de forma interativa, onde o saber de todos os envolvidos no processo tem importância, gerando maior grau de comprometimento com a realidade trabalhada e construída.

---

<sup>4</sup> No Brasil tem sido comum a expressão cogestão, cujo prefixo “co” designa duas inclusões, as quais alargam conceitualmente o que se entende por gestão. Em primeiro lugar, cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão) [...] “todos são gestores de seus processos de trabalho” (BRASIL, 2009). De outra parte, a ideia de cogestão recompõe as funções da gestão que, além de manter a organização funcionando, teria por tarefas: Analisar a instituição, produzir analisadores sociais, Formular projetos, que implica abrir-se à disputa entre sujeitos e grupos, os quais disputam os modos de operar os rumos da organização, Constituir-se como espaço de tomada de decisão, Ser um espaço pedagógico. O prefixo “co”, nesta perspectiva, indica para o conceito e a experimentação da gestão um duplo movimento: a adição de novas funções e adição de novos sujeitos.

Um processo em que, segundo Gastão Wagner (CAMPOS, 2001/2003), “o apoiador empurra e sustenta o outro ao mesmo tempo em que é apoiado e sustentado por este outro”. Trata-se de uma forma de dar poder ao outro de maneira responsável e democrática, reconhecendo nesse movimento que o outro tem um saber a ser considerado no processo de melhorias em prol de um trabalho humanizado.

Humanizar a assistência significa também agregar, à eficiência técnica e científica, valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano.

Nessa dinâmica a Educação Permanente em Saúde constitui-se também em instrumento fundamental na superação do trabalho estranhado e obtenção dos frutos almejados, isto porque traz em seu objeto o trabalho multiprofissional, sendo a EPS conceituada como:

[...] contínua, focada nos problemas de saúde e que tem como objetivo de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão do que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. Um dos resultados esperados é o fortalecimento da equipe (RIBEIRO; MOTTA, [1996]) [grifos do autor].

Apoiar a reflexão em prol de um trabalho por vezes dotado de sentido funciona como um bálsamo num sistema em que o trabalho mais aniquila do que liberta e nessa dinâmica o gestor deve se debruçar e incentivar práticas alicerçadas na Política de Humanização e na Educação Permanente em Saúde, que sem dúvidas conduziria a melhores resultados para todos os envolvidos no processo de produção da saúde através da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

## **1.2 Justificativa**

A Gestão do Trabalho em Saúde trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a eficiência e efetividade do SUS.

Propor um projeto de intervenção voltado para repensar as relações de trabalho e seus processos através dos trabalhadores e tendo como pano de fundo a Política Nacional de Humanização e a Educação Permanente em Saúde, é um ato ético político, pois significa mexer nas bases que dão sustento as estruturas das relações de poder na saúde. Significa ter a liberdade de avançar, criar e recriar sobre a lógica que está posta.

A produção de saúde está diretamente ligada à valorização que é dada pelo poder público à política de saúde e a qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais que as realizam. Se as relações são desvalorizadas, desconectadas e desprovidas de sentido, assim será o resultado produzido por esses profissionais. É urgente que essa realidade seja refletida e que dela resultem práticas que permitam a reorganização dos processos de trabalho dotados de sentido e alicerçados na ótica da corresponsabilização na gestão e no cuidado

Nesse contexto, a prática dos profissionais fundamentada na Política Nacional de Humanização, deve buscar recuperar a concepção do Projeto de Reforma Sanitária, onde a situação atual não pode ser credenciada a postura dos profissionais, como se esses produzissem práticas desconectadas da realidade por vontade própria e não por modelos criados para atender os interesses conjunturais. Para o profissional atuar nessa perspectiva, precisa ter claro o fato de que humanização não se trata de uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2010). Portanto, vai além e baseia-se na perspectiva de direitos legais conquistados que deve instigar os profissionais analisarem os determinantes sociais interligados ao processo saúde-doença, as condições de trabalho, aos modelos assistenciais e de gestão considerando a participação dos usuários em prol da ruptura do modelo centrado na doença.

A prática deve ser movida pela provocação de debates sobre as reais condições de saúde, o cuidado dispensado e o funcionamento do SUS, provocando e afetando a construção de um novo olhar/fazer saúde.

Construir coletivamente com os trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde um pacto de corresponsabilidade, não é tarefa fácil, no entanto, um desafio prazeroso diante da possibilidade de contribuir com o resgate e/ou construção de práticas humanizadas no cotidiano dos trabalhadores da saúde.

### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Geral**

Criar um Grupo de Trabalho de Humanização com profissionais da atenção básica.

### 1.3.2 Específicos

- 1) Conhecer a percepção dos profissionais da Atenção Básica de Viçosa sobre a Política Nacional de Humanização e seus modos de produzir saúde.
- 2) Sensibilizar os trabalhadores para a importância do trabalho alicerçado na Política Nacional de Humanização.

### **1.4 Problema(s) identificado(s) ou oportunidade percebida**

O cotidiano do trabalho segue uma lógica de organização sem considerar o olhar de toda a equipe, essa realidade incomoda e aliena o trabalhador, além de provocar danos no cuidado da saúde do usuário.

Na prática, no município de Viçosa, as consequências observadas no contato informal com usuários, trabalhadores e gestores se refletem em suas falas, sendo indicadores da lógica do produtivismo na saúde, permitindo um desenho que ecoa na organização, planejamento e prestação dos serviços, constituindo-se em uma prática onde a gestão das unidades é mais direcionada para o campo burocrático e de produção.

A coordenação exercida pelos profissionais da Atenção Básica é limitada ao âmbito de sua atuação interna, sem exercício do desenvolvimento de pessoas – a dinâmica no cotidiano das práticas é de grupo, não de equipe, refletindo na qualidade do cuidado dispensado ao usuário. É evidente, ainda, a fragmentação dos processos de trabalho (precarização do trabalho); os profissionais não utilizam, em suas práticas, ações estratégicas de fortalecimento do SUS; PNH e EPS são ainda, políticas distantes na prática cotidiana revelando um trabalho desconectado do trabalho corresponsável e integrado.

O resultado dessa forma de trabalhar ou de conduzir a saúde no município tem levado ao estranhamento perverso sobre o trabalho realizado, gerando desmotivação, adoecimento, baixa responsabilização por parte dos trabalhadores do SUS e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde, na corresponsabilização no cuidado de si.

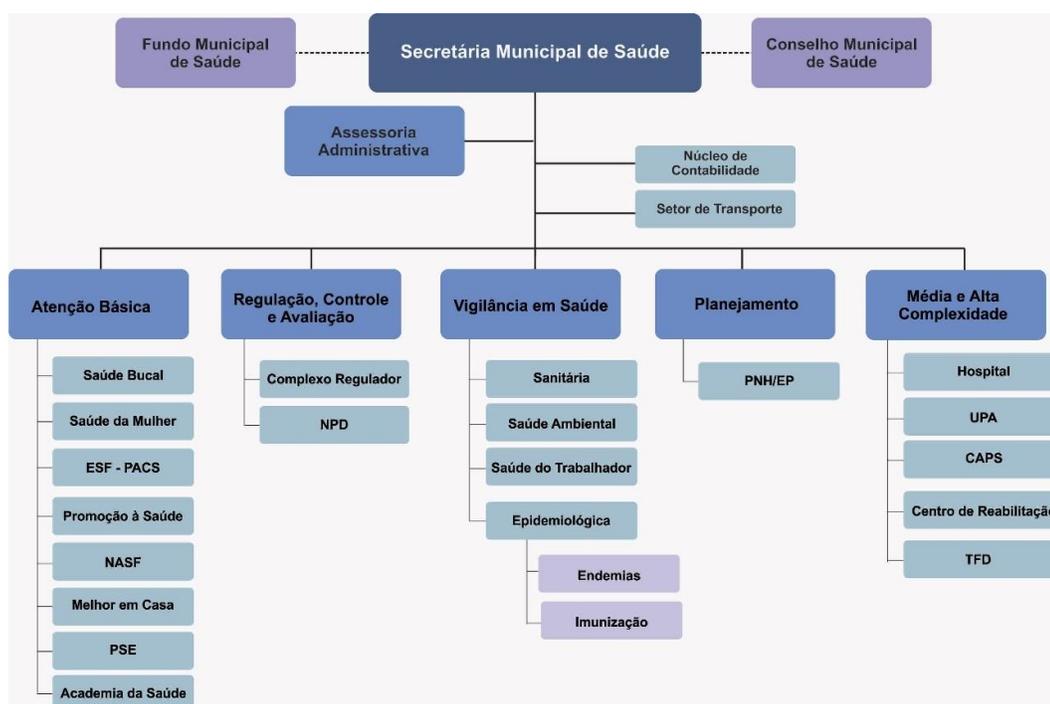
## 2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

### 2.1 Descrição do campo empírico

Viçosa é um município brasileiro do estado de Alagoas. Localizado a 86 quilômetros da capital Maceió, foi fundado em 1790 por Manoel Francisco, elevado à categoria de Vila em 13 de outubro de 1831 e, posteriormente, à categoria de cidade em 16 de maio de 1892. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município de Viçosa foi estimada em 26.176 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Desses, 68% residem na área urbana.

A estrutura organizacional que pode ser vista na Figura 1 não é oficial, e encontra-se ainda em construção, mas retrata a hierarquização atual na Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, configurando-se em um norte de localização na hierarquia das coordenações e também dos serviços.

**Figura 1 – Estrutura organizacional de Viçosa**



Fonte: Elaborada pela Coordenação de Planejamento de Viçosa-AL em conjunto com a autora.

No Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), Viçosa-AL faz parte da 1ª macrorregião de saúde e 4ª região de saúde, juntamente com os municípios de Cajueiro, Capela, Chã Preta, Paulo Jacinto, Pindoba, Mar Vermelho, Atalaia e Quebrangulo.

O município de Viçosa-AL desenvolve ações de saúde vinculadas à Atenção Básica e aos atendimentos de Média Complexidade. A Atenção Básica deve atuar como se fora um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Este papel essencial da Atenção Básica, tanto na resolução dos casos quanto no referenciamento do usuário para outros níveis, torna-a a base estruturante do sistema e ordenadora de um sistema piramidal. As ações em Atenção Básica diminuem o adoecimento e geram saúde.

Acrescentamos o definido na Portaria do Ministério da Saúde nº 648 (BRASIL, 2006), que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo, assim, a Atenção Básica em Saúde em seu anexo.

A Atenção Básica em saúde no município de Viçosa-AL é constituída por: cinco Unidades Básicas de Saúde/ESF localizadas na área urbana (Cidade de Deus, Jayme Carneiro, José Loureiro, Otávio Brandão) e um Centro especializado Oswaldo Brandão: dois PACS; na área rural, uma UBS/ESF, denominada Anel, que se subdivide em mais duas unidades: Cascuda e Frei Damião e uma UBS denominada Tangil; uma equipe NASF; um Pólo de Academia da Saúde e Saúde bucal. A estrutura credita uma cobertura de 70% de atenção da ESF e 100% Agentes Comunitários de Saúde.

A Média Complexidade Ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento. Em tese, engloba 10% da assistência (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Na prática, absorve grande demanda não atendida na Atenção Básica, como também pode ser observado na Figura 1. No atendimento de Média Complexidade, os serviços existentes são: Centro de Reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial/CAPS I, Unidade de Pronto Atendimento, Hospital Geral, Unidade Móvel pré-hospitalar na área de urgência e Serviço de Atenção Domiciliar (alterado de alocação, mas ainda não ajustado no organograma).

Dentro deste contexto e considerando o âmbito de atuação, a proposta de abrangência deste projeto de intervenção se propõe a atuar com todos os profissionais da Atenção Básica do município de forma direta e indireta, perfazendo um total de 127 profissionais, entre médicos, dentistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, auxiliares de dentista, dentistas, profissionais de serviços gerais, auxiliares de enfermagem e administração.

Todos os profissionais merecem atenção. No entanto, os agentes comunitários de saúde requerem atenção especial por seu importante papel de atuar como elo entre o usuário e a unidade de atendimento e entre esta e o usuário. São profissionais que tem seu campo de atuação definido por um máximo de 750 pessoas por profissional e de 12 ACS por cada equipe, devendo essas equipes ser responsável por, no máximo 4.000 pessoas de uma determinada área. A carga horária dos profissionais é de 40 horas semanais, com exceção para o profissional médico, que poderá ser de 20 ou até 30 horas semanais. Salientamos que 08 horas dessa carga horária pode ser dedicada a qualificação e/ou educação permanente em saúde.

## **2.2 Estrutura física do local**

As estruturas físicas das unidades de saúde não obedecem padrão em sua composição com o que o Ministério da Saúde preconiza, mas em sua maioria são compostas por: recepção/arquivo de prontuários; sala de espera; almoxarifado; consultório; sala de vacina; sala de curativo/procedimento; sala de nebulização; farmácia (sala de armazenamento de medicamentos); equipo odontológico; sanitário para usuário; sanitário para deficiente; banheiro para funcionários; copa/cozinha; depósito de materiais de limpeza; sala de esterilização; sala de utilidades (apoio à esterilização) e; depósito de lixo.

Poucas unidades possuem sala para administração, sala de reuniões e educação em saúde, área de compressor, abrigo de resíduos sólidos, sala de recepção, lavagem e descontaminação, sala para ACS.

## **2.3 Perfil da comunidade atendida**

O município de Viçosa-AL, segundo informações constantes no Plano Municipal de Saúde com vigência de 2014 a 2017 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), tem sua população constituída de 51,2% de mulheres e 48,8% de homens, sendo que na idade dos 15 aos 19 anos, 51,12 % do total de homens e mulheres se

encontram em fase economicamente produtiva. Desse modo, podemos concluir que a população do município de Viçosa é predominantemente constituída por jovens, visto que a faixa etária acima dos 59 anos corresponde a 14,38% da população total. Do total referido, 70,75% residem na zona urbana e 29,25% na zona rural (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

Em relação aos aspectos econômicos e de infraestrutura, apenas 70% têm abastecimento de água através da rede pública, 26% poço e nascente e 4% outras formas. No tocante à habitação, apenas 77% das casas são em alvenaria. Os dejetos dessas residências, 60,48% são acumulados em fossas e apenas 17,62% ligados a rede pública de esgoto. Na zona rural 36,82% dos resíduos são jogados a céu aberto. Ainda se registra um percentual considerado de residências sem energia elétrica, 3,62% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDH no ano 2000 foi de 0,607 (educação: 0,653; ind. expectativa de vida: 0,641; renda: 0,526). Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Viçosa é classificada em médio desenvolvimento Humano, pois corresponde a 0,5 e 0,8 na escala de referência (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A renda per capita média do município é de R\$ 90,91 em dados do ano 2000. A desigualdade cresceu 19,64% e, segundo o Índice de Gini<sup>1</sup>, passou de 0,56 em 1991 para 0,67 em 2000. Em relação ao total dos municípios brasileiros, Viçosa está em uma situação ruim a no tocante a esse aspecto (4530<sup>a</sup> posição). A composição econômica de Viçosa está: 70% nos serviços, 16% na agropecuária; 10% na indústria; e 4% na arrecadação de impostos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

## **2.4 Dados norteadores do projeto**

O mundo do trabalho na saúde não está trazendo resultados eficientes e eficazes para todos os envolvidos no processo, o que se expressa na fragilidade do trabalho coletivo, no serviço prestado sem considerar e compreender o usuário como cidadão de direito, a presente lógica da produtividade em detrimento da qualidade dos serviços, o não debruçar para a criação de fluxos que favoreçam o acesso aos serviços, a descrença em mudanças dos processos de trabalho e a falta de comunicação eficaz. Está claro um descontentamento que não pode ser desprezado, até porque é no trabalho que o homem transforma a natureza e se

transforma e é de sua interação na produção de serviços que se aliena ou se liberta enquanto ser equilibrado no mundo.

## **2.5 Situação-problema**

O SUS preconiza em seus princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde, no entanto visualizamos na prática, ações desconectadas desses princípios, levando-nos a questionar: o que tem ocasionado essa prática tão desvinculada do cotidiano das práticas em saúde?

Responder a essa questão não pode ser tarefa de pessoas alheias ao processo de trabalho, mas de pessoas imbricadas nele e para tanto, aposto na análise coletiva do trabalho, por acreditar na força das pessoas quando apoiadas e encorajadas a refletir sobre o seu fazer no campo profissional. Santos Filho (2011) define que a análise coletiva do trabalho “tem a capacidade de alterar as relações de (des)confiança (na esfera dos saberes, poderes ou afetos), isso sendo a base para alargar o campo de comunicação e de aprendizado da cooperação com consequentes reposicionamentos”.

Esse processo permite desvelar, para o outro, alguns pontos obscuros sobre certos comportamentos, desnudando, assim, a capacidade de compreensão entre os envolvidos e possibilitando a união de forças em prol de objetivos comuns e inter-relacionados no campo da prática na saúde, o que se dá através da conexão de saberes, poderes e afetos, frutos do trabalho em equipe. Conexão que só se dará a partir do momento que nos propormos a participar de um movimento de parada para refletir sobre o fazer e o ser nas relações cotidianas das práticas em saúde. É preciso (des)mecanizar as práticas, as ações e os vínculos. É preciso criar conexões entre pessoas dentro dos locais de trabalho e fora deles, articulando com as redes, usuários e gestores.

Não há, no momento histórico, outra forma de atender às reivindicações dos usuários (por acesso, atenção, acolhimento e resolutividade) e dos trabalhadores (por melhores condições de trabalho) que não seja a de parar e refletir sobre o nosso fazer nas unidades ou serviços de saúde. Toda a reflexão leva a uma ação, então que essa ação seja baseada no fortalecimento da transversalidade da Política de Humanização.

### 3 MÉTODO

A implantação desse projeto de intervenção requer num primeiro momento do apoiador/idealizador do projeto e componentes do núcleo, o conhecimento teórico contínuo do SUS, da Política Nacional de Humanização, da Educação Permanente em Saúde e da Política Nacional da Atenção Básica, ou seja, a aproximação de uma teoria que norteará a ação e influenciará na escolha e aplicação de estratégias eficazes e eficientes para trazer à tona as problemáticas a serem trabalhadas. Estratégias voltadas para o acolhimento dos profissionais; uso de questões disparadoras de discussão em grupo: A que me propus no dia de hoje? O que me deixa feliz e o que me aborrece no trabalho? E reflexão sobre as atribuições / Portaria AB. (Meu envolvimento/ A que credito/Em que posso contribuir/Meu superior imediato/SMS/Priorização).

Em um segundo momento, habilidade para o uso de técnicas voltadas para a escuta dos trabalhadores de forma inclusiva, receptiva, acolhedora, reflexiva e problematizadora e num terceiro momento, envolver o gestor na proposta e apoio a execução.

O projeto terá início através da realização de oficinas:

- a) Uniprofissional: entre profissionais de uma mesma profissão de forma isolada;
- b) Multiprofissional: entre profissionais de duas ou mais profissões de forma paralela;
- c) Interprofissional: entre profissionais de todas as áreas envolvidas no cotidiano do trabalho. Com dinâmica focada na aprendizagem compartilhada, com interação entre profissionais de diferentes áreas, sendo esta o ápice para a construção do trabalho em equipe capaz de mudar as práticas instituídas e criar novas práticas.

Trata-se do método da tríplice inclusão sendo posto em prática, ou seja, Inclusão de todos os sujeitos (construção de rodas), Inclusão dos coletivos (construção de redes) e Inclusão da perturbação (gestão de conflitos).

As atividades serão conduzidas por uma equipe composta por cinco profissionais/apoiadores: dois assistentes sociais, uma administradora de empresas e duas enfermeiras.

O público-alvo será 127 (cento e vinte e sete) trabalhadores das nove UBS (09 médicos, 08 enfermeiras, 07 técnicos de enfermagem, 09 recepcionistas, 09 serviços gerais, 67 ACS, 05 dentistas, 01 coordenador dentista e 05 auxiliares de dentista), do NASF (02 assistentes sociais, 01

fisioterapeutas, 01 nutricionista, 01 psicóloga e 01 educador físico) e Academia da Saúde (01 educador físico).

Acontecerão vinte e um encontros, com carga horária total de 158 (cento e cinquenta e oito) horas. Os encontros acontecerão no Centro de Formação e nas UBS.

### 3.1 Proposta do projeto de intervenção

Quadro 1 – Ações propostas

(Continua)

Ações	Classificação	Método	Nº encontros	Público	Nº Participantes	CH por oficina	CH Total
<b>Oficinas de reflexão Coletiva:</b> Visão do trabalhador sobre seu trabalho na saúde.	Uniprofissional	Trabalho em equipe;  Exposição dialogada;	<b>11 encontros quinzenais</b> (01 encontro para cada grupo de participante). Obs: Os ACS serão divididos em 03 turmas.	Profissionais das UBS, NASF, AC. SAÚDE E SAÚDE BUCAL..	127	8hs	<b>64hs</b>
<b>Socialização do diagnóstico:</b> Leitura de frases expressas na fala dos trabalhadores e do material escrito fruto das dinâmicas.	Multiprofissional e Interprofissional.	Exposição dialogada;  Slides em data show.	<b>02 encontros</b> Encontros quinzenais.	- Secretária municipal de Saúde e Coord.da AB; -Enferm./NASF e Acad. da saúde.	18	04hs	<b>08hs</b>
<b>Relato de práticas</b> exitosas por profissionais de outros municípios.	Multiprofissional e Interprofissional.	Exposição dialógica	<b>03 exposições.</b> Encontros mensais.	- Enfermeiras -Todos os profis. das UBS, NASF e Acad. da Saúde.	08 enfermeiras e 127 profissionais de saúde das UBS, NASF e Acad. de Saúde.	03hs	<b>09hs</b>

**Quadro 1 – Ações propostas**

(continuação)

<b>Ações</b>	<b>Classificação</b>	<b>Método</b>	<b>Nº encontros</b>	<b>Público</b>	<b>Nº Participantes</b>	<b>CH por oficina</b>	<b>CH Total</b>
<b>Oficinas de leitura</b> nas UBS Com os temas: Diretrizes da PNH; Educação Permanente em Saúde VS Educação Continuada.	Interprofissional.	Leitura reflexiva/ Construtiva conduzida por profissionais de cada UBS.	<b>04 encontros</b> por UBS, sendo: 02 encontros para cada tema. Encontros quinzenais.	Todos os profis. das UBS /NASF e Academia da saúde.	127	02hs	<b>72hs</b>
<b>Seminário de exposição de práticas locais:</b> Humanização e Educação Permanente em Saúde.	Interprofissional.	Exposição dialógica de práticas locais.	<b>01 encontro</b> com participação de todos os envolvidos.	Todos os profissionais das UBS/NASF e Academia da saúde	127	05hs	<b>05hs</b>
<b>TOTAL</b>			<b>21</b>	-	-	<b>22</b>	<b>158</b>

Fonte: Elaborado pela autora desta pesquisa (2016).

### 3.2 Cronograma

**Quadro 2 – Cronograma das ações**

Ano	2016/ 2017												
	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	FEV	MAR	ABR	
Apresentação do projeto para secretária municipal de saúde e Coordenadora da atenção básica	X												
Elaboração do conteúdo das oficinas	X	X											
Solicitação de material de expediente/ lanches	X	X											
Reserva espaço físico e equipamentos	X												
Elaboração de convites, relação de presença, material didático,		X	X				X	X					
Oficinas de reflexão coletiva		X	X	X	X								
Elaboração de Diagnóstico		X	X	X	X								
Socialização do diagnóstico com secretária municipal de saúde e Coordenadora da atenção básica						X							
Socialização do diagnóstico com Enfermeiras das UBS/ AB – NASF E Academia da saúde							X						
Relato de práticas exitosas no SUS						X		X		X			
Oficina de leitura nas UBS: Diretrizes da PNH; EPS vs EC								X	X	X	X		
Seminário de exposição de práticas locais: Humanização e EPS													X
Apoio nas iniciativas de execução das novas práticas nas UBS			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação/Monitoramento			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Relatório Final													X

Fonte: Elaborado pela autora desta pesquisa (2016).

### **3.3 Acompanhamento do projeto de intervenção**

O projeto de intervenção proposto se constitui em um importante instrumento de reflexão coletiva sobre a realidade percebida enquanto profissional da saúde, construído a partir de relatos uniprofissionais, possibilitando conhecer a realidade e ao mesmo tempo inquietar, instigar e sensibilizar o gestor e demais trabalhadores na busca de um novo fazer no trabalho.

A execução do projeto terá monitoramento e avaliação conduzidas pelo núcleo após realização de cada encontro e ao final da execução de todas as atividades previstas, podendo as ações propostas serem ajustadas de acordo com o movimento das equipes.

Esta fase de execução possibilitará a equipe apoiadora e facilitadora do projeto avaliar o nível de envolvimento dos participantes, através de dados qualitativos da atuação dos profissionais em relação ao desenvolvimento ou planejamento de práticas focadas na melhoria da qualidade dos serviços, da qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores e das atividades de promoção a saúde.

Ocorrerão também ao final de cada encontro, avaliação informal, onde os participantes emitirão opinião sobre os encontros e formal após realização da última atividade.

### 3.4 Orçamento

Quadro 3 – Informações orçamentárias

ESPECIFICAÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	APRESENTAÇÃO	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Papel Ofício	03	Resmas	25,90	77,70
Caneta Bic	01	Caixa /50	34,90	34,90
Papel 40	20	Folhas	3,00	60,00
Odorizador de ambiente	01	Unidade	30,00	30,00
Pincéis atômico permanente	12	Unidades	4,00	48,00
Cartolinas guache	12	Unidades	3,00	36,00
Crachá identificador ACP	35	Unidades	3,00	105,00
Pastas	127	Unidades	2,50	317,50
Faixa	01	Unidade	30,00	30,00
Brinde palestrante	06	Unidades	20,00	120,00
Saco sementes	127	Unidades	1,00	127,00
Coffee break encontros	15	Unidades	30,00	450,00
Coffee break Seminário	127	Unidade	5,00	635,00
Camisas	127	Unidades	12,00	1.524,00
Arranjo de mesa	01	Unidade	100,00	100,00
<b>TOTAL</b>				<b>3.695,10</b>

Fonte: Elaborado pela autora desta pesquisa (2016).

#### 4 RESUMO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Quadro 4 – Plano de intervenção

(Continua)

NÓ CRÍTICO	OPERAÇÃO/AÇÃO	CRON. DE EXECUÇÃO	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIAIS	EQUIPAMENTOS	RESULTADOS ESPERADOS
<b>Fragmentação do cuidado</b>	Realizar oficinas de reflexão coletiva: visão do trabalhador sobre seu trabalho na saúde.	Maio a Agosto de 2016	Núcleo de trabalho: 02 assistentes sociais; 01 administradora de empresas; 02 enfermeiras.	01 resma papel ofício; 50 canetas; 10 folhas de Papel 40; 12 pincéis atômicos; 01 odorizador de ambiente; 12 folhas de cartolina guache; 35 crachás; <i>Coffee break</i>	01 datashow; 01 computador	Trabalhadores sensibilizados para ações pautadas nos princípios da PNH.
	Fomentar oficinas de leitura reflexiva problematizadora nas UBS com os temas: PNH e Educação Permanente em Saúde vs Educação Continuada.	Nov. e dez. de 2016, e Fev. e mar. De 2017	Núcleo de trabalho: 02 assistentes sociais, 01 administradora de empresas e 02 enfermeiras.	- Textos	01 Flip Chart 12 pincéis atômicos 09 folhas de papel 40.	Maior integração entre profissionais; Prática alicerçada em processo educativo permanente; Melhoria na qualidade dos serviços e indicadores de saúde;
<b>Distanciamento da gestão das necessidades dos trabalhadores</b>	Socializar diagnóstico: leitura de frases expressas na fala dos trabalhadores e do material escrito fruto das dinâmicas	Set. de 2016 e out de 2016	Núcleo de trabalho: 02 assistentes sociais, 01 administradora de empresas e 02 enfermeiras.	½ resma de papel ofício; Cópias do relatório impressas	01 datashow e 01 computador	Gestão sensível a valorização dos trabalhadores; Gestão participativa nas UBS.

**Quadro 4 – Plano de intervenção**

(conclusão)

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO/AÇÃO</b>	<b>CRONOLOG. DE EXECUÇÃO</b>	<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<b>RECURSOS MATERIAIS</b>	<b>EQUIPAMENTOS</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>
<b>Desmotivação para o trabalho</b>	Promover relato de práticas exitosas por profissionais de outros municípios.	Set. e nov. de 2016 e fev. de 2017	03 Profissionais externos com participação do Núcleo de Trabalho/apoio.	<i>Coffee break</i>	01 datashow e 01 computador.	Trabalhadores sensibilizados para implantação de práticas inovadoras.
	Realizar seminário de exposição de práticas locais: Humanização e Educação Permanente em Saúde.	Abril de 2017	Núcleo de Trabalho; Coord. Estadual da PNH; Expositores locais.	01 resma papel ofício, 127 pastas, 127 mini sacos e sementes, 127 camisas, 06 brindes, 01 faixa, 06 brindes e <i>Coffee break</i> .	01 datashow, 01 computador, microfone, caixa de som e 01 arranjo de mesa.	Valorização dos trabalhadores e incentivo a multiplicação de práticas.

Fonte: Elaborado pela autora desta pesquisa (2016).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implantar o grupo de trabalho de humanização com profissionais da atenção básica de Viçosa/AL, significa semear possibilidades de um olhar/fazer humanizado e comprometido com o trabalho, suas condições e a saúde dos usuários. Um fazer que tem sua importância ao propor (des)mecanizar as práticas, as ações e os vínculos. Nesse movimento, é essencial criar conexões entre pessoas dentro dos locais de trabalho e fora deles, articulando com as redes, usuários e gestores.

É preciso parar para ouvir, valorizar, dar condições, envolver-se, construir juntos as práticas no *SUS que precisa dar certo*. Assim teremos como produtos: valorização dos trabalhadores, melhoria na comunicação, práticas humanizadas, autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecimento das equipes, fortalecimento do SUS e possibilidades de acesso a serviços de qualidade.

Enfim, transformar os processos de trabalho através das pessoas.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/DOUconstituicao88.pdf](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/DOUconstituicao88.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 mar. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **[A Gestão do Trabalho em Saúde... ]**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/331-sgtes-p/gestao-do-trabalho-raiz/gestao-do-trabalho/11-gestao-do-trabalho/9474-teste-de-noticia>>. Acesso em: 24 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed., Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (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. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília, DF, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- CAMPOS, G. W. S. **Paidéia e a gestão**: indicações metodológicas sobre o apoio. 2001/2003. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url>>. Acesso em: 19 jun. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **11a Conferência Nacional De Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado**. Brasília, DF, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2007.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7123/8597>>. Acesso em:

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil 2014**, Rio de Janeiro, v. 74, 2014. Disponível em: <[http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_2014.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_2014.pdf)>. Acesso em: outubro 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Infográficos: dados gerais do município de Viçosa, Alagoas**. [2016]. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2709400>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

RIBEIRO, E. C. de O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debates**, n. 12, p. 39-44, jul. 1996. Disponível em: <[http://unesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana\\_In%C3%A1cio.pdf](http://unesco.org.br/eventos/forum/docs/Ed%20Perm%20Eliana_In%C3%A1cio.pdf)>. Acesso em: 24 jun. 2016.

SANTOS FILHO, S. B. A análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho com relação de serviço. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva** [online], Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 11-32, 2011. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/987/923>>. Acesso em: 22 jun. 2016

UOL. **Brasil tem mais de 204 milhões de habitantes, diz IBGE**. (2015). Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2015/08/28/brasil-tem-mais-de-204-milhoes-de-habitantes-diz-ibge.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2016.