



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

**MARLENE DE OLIVEIRA XAVIER**

**HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE (RE)CONSTRUÇÃO DE  
RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO CENTRO ESPECIALIZADO EM  
REABILITAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CAJUEIRO-AL**

Maceió  
2016

MARLENE DE OLIVEIRA XAVIER

**HUMANIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE (RE)CONSTRUÇÃO DE  
RELAÇÕES INTERPESSOAIS NO CENTRO ESPECIALIZADO EM  
REABILITAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CAJUEIRO-AL**

Projeto de intervenção apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Ms Maria Quitéria Pugliese  
de Moraes Barros

Co-orientadora: Teresa Cristina Carvalho dos  
Anjos

Maceió  
2016

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

X3h Xavier, Marlene de Oliveira.  
Humanização como estratégia de (re)construção de relações interpessoais no Centro Especializado em Reabilitação no município de Cajueiro-AL / Marlene de Oliveira Xavier. – 2016.  
39 f. : il.

Orientadora: Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros.

Coorientadora: Teresa Cristina Carvalho dos Anjos.

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. 33-34.

Apêndices: f. 35-37.

Anexo: f. 38-39.

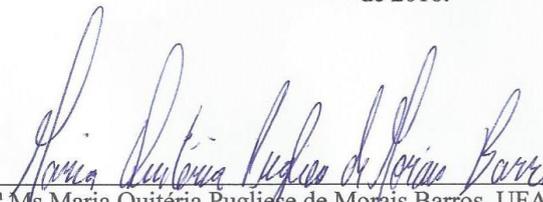
1. Educação permanente. 2. Trabalhadores de saúde - Formação. 3. Relações interpessoais. 4. Saúde pública. 5. Humanização da assistência. I. Título.

CDU: 614.253 (813.5)

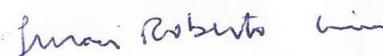
MARLENE DE OLIVEIRA XAVIER

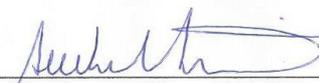
Humanização como estratégia de (re)construção de relações  
interpessoais no Centro Especializado em Reabilitação no município  
de Cajueiro-AL

Projeto de intervenção submetido ao  
corpo docente do Curso de Especialização  
em Gestão do Trabalho e da Educação  
em Saúde da Universidade Federal de  
Alagoas, e aprovado em 11 de novembro  
de 2016.

  
Profª Ms Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros, UFAL - Orientadora

**Banca Examinadora:**

  
Prof. Especialista Juraci Roberto Lima, FAMED - UFAL

  
Profª Ms Suely do Nascimento Silva, FAMED - UFAL

Dedico este trabalho às minhas filhas amadas, Camilla e Sara, que me incentivaram a buscar novas conquistas e, com muito carinho, contribuíram com seus conhecimentos, servindo como exemplo de que sempre podemos ir mais além.

## **AGRADECIMENTOS**

Meu agradecimento especial a Deus, que é a razão de tudo, e à minha amiga Ana, que, numa prova de amizade, me ajudou, com muita paciência, na organização desse trabalho. Não posso deixar de agradecer à Secretaria Municipal da Saúde de Cajueiro, na pessoa da gestora Marta Varallo, por acreditar na minha capacidade profissional e me propiciar a oportunidade de participar desta Pós-Graduação em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Agradeço ao meu querido Eduardo Roberto, pelo companheirismo sereno quando eu mais precisava de apoio e compreensão. E, finalmente, agradeço à prof<sup>a</sup>. Msc. Maria Quitéria Pugliese de Moraes Barros, por sua orientação E colaboração.

## RESUMO

A Política Nacional de Humanização-PNH foi desenvolvida de modo a qualificar o SUS e a estabelecer, na prática, suas diretrizes. Ela fala sobre o trabalho em equipe, englobando e valorizando pacientes, profissionais e gestores. Possui ferramentas que auxiliam na minimização dos entraves e na reconstrução das relações interpessoais, promovendo mudanças nas práticas de saúde. Necessário enfatizar que uma estrutura adequada pode contribuir para a confortabilidade, vindo a ser facilitadora desses processos de mudança, em que o encontro entre os diferentes atores inseridos permite a apropriação desse espaço para estabelecer ações a partir da integralidade e da inclusão. Destaca-se, também, a importância de aliar experiências para potencializar a capacidade de comunicação com os demais setores, em busca de parcerias, como estratégia de promoção de vida saudável, buscando entender as políticas intersetoriais existentes. Nesse sentido, a Política Nacional de Educação Permanente vem também, contribuir como estímulo aos profissionais no processo de formação, levando-os à problematização e à reflexão e dando-lhes empoderamento, com o objetivo de ser utilizado em prol da mudança em parceria com a comunidade, contribuindo para a transformação das práticas profissionais e da própria organização, tendo como referência as necessidades de saúde da população e entendendo qual seu papel no contexto em que está inserido. O presente trabalho se propõe a criar um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com base nas diretrizes da PNH, trabalhando a reflexão das práticas e o modo de fazer gestão, tendo como objetivo intervir na melhoria dos processos de trabalho.

**Palavras-chave:** Relações interpessoais. Processos de trabalho. Trabalhadores de saúde. Humanização. Educação permanente.

## ABSTRACT

The National Humanization Policy was developed to qualify the Brazilian Unified National Health System and to establish the guidelines. It talks about team work, encompassing and valuing patients, professionals and managers. It has tools that help in minimizing the obstacles and in the reconstruction of interpersonal relations, promoting changes in health practices. It is necessary to emphasize that a suitable structure can contribute to comfortability and can be used as a tool facilitate these work processes, where the meeting among patients, professionals and managers to embrace the space to establish the actions from the completeness of inclusion. It is also important to combine experiences to strengthen the communication capacity with the other sectors, in search of partnerships, seeking to understand the intersectoral policies. In this sense, the National Policy of Permanent Education, also contributes as a stimulus to the professionals in the formation process, leading them to the problematization, leading to the transformation of professional practices and the organization itself with reference to the health needs of the population and understanding their role in the context in which it is inserted. This work aims to establish a humanization group, based on Humanization guidelines, working the reflection of health practices in order to make management, aiming to intervene in the improvement of work processes.

**Keywords:** Interpersonal relations. Work processes. Health workers, Humanization. ambience.

## **LISTA DE QUADRO**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Resumo do Plano de Intervenção..... | 30 |
|--|----|

## LISTA DE SIGLAS

|        |   |
|--------|---|
| CAF    | Central de Abastecimento Farmacêutico   |
| CAPS   | Centro de Atenção Psicossocial          |
| EPS    | Educação Permanente em Saúde            |
| ESF    | Estratégia de Saúde da Família          |
| GTH    | Grupo de Trabalho de Humanização        |
| NASF   | Núcleo de Apoio à Saúde da Família      |
| PNH    | Política Nacional de Humanização        |
| RAS    | Rede de Assistência à Saúde             |
| SIAB   | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SISREG | Sistema de Regulação                    |
| SMS    | Secretária Municipal de Saúde           |
| SUS    | Sistema Único de Saúde                  |

## SUMARIO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....</b>                                       | <b>10</b> |
| <b>2</b>   | <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Fundamentação Teórica.....</b>  | <b>11</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Justificativa.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>2.3</b> | <b>Problema de Pesquisa.....</b>   | <b>15</b> |
| <b>3</b>   | <b>DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Descrição do campo empírico.....</b>                                    | <b>16</b> |
| <b>3.2</b> | <b>Estrutura física do local.....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>3.3</b> | <b>Perfil da comunidade atendida.....</b>                                  | <b>20</b> |
| <b>3.4</b> | <b>Dados norteadores da pesquisa.....</b>                                  | <b>21</b> |
| <b>3.5</b> | <b>Situação problema.....</b>  | <b>22</b> |
| <b>4</b>   | <b>OBJETIVOS.....</b>  | <b>23</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Geral.....</b>  | <b>23</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Específicos.....</b>  | <b>23</b> |
| <b>5</b>   | <b>MÉTODO.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>5.1</b> | <b>Proposta de projeto de intervenção.....</b>                             | <b>24</b> |
| <b>5.2</b> | <b>Cronograma das ações a serem realizadas na execução do projeto.....</b> | <b>26</b> |
| <b>5.3</b> | <b>Acompanhamento do projeto de intervenção.....</b>                       | <b>28</b> |
| <b>5.4</b> | <b>Orçamento.....</b>  | <b>29</b> |
| <b>6</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAL.....</b>  | <b>32</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>33</b> |
|            | <b>APÊNDICES.....</b>  | <b>35</b> |
|            | <b>ANEXO.....</b>  | <b>38</b> |

## **1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

### **a) Título do Projeto**

Humanização como estratégia de (re)construção de relações interpessoais no Centro Especializado em Reabilitação no município de Cajueiro-AL

### **b) Unidade Organizacional**

Secretaria Municipal de Saúde de Cajueiro-AL

### **c) Autor do projeto e respectivo cargo**

Marlene de Oliveira Xavier – Nutricionista

### **d) Contatos (e-mail e telefones)**

marlene.ox@hotmail.com

(82) 3284-1111

### **e) Área de Atuação**

- Coordenadora técnica do Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante em Cajueiro-AL
- Responsável técnica do Serviço de Nutrição e Dietética da Unidade Mista Dr. Augusto Dias Cardoso em Cajueiro-AL

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Fundamentação Teórica

O Sistema Único de Saúde (SUS) implementou a assistência à saúde no Brasil. Ao se estabelecer como sendo direito de todos e dever do Estado, tornou-se um marco na história política, econômica e social do país.

Com a evolução deste processo, surgiu a necessidade de mudar a prática da assistência tradicional voltada à doença do indivíduo, ampliando o cuidado para toda a família dentro de um contexto multiprofissional. Assim, com este formato de trabalho, a assistência passou a ser focada na saúde (BRASIL, 2010).

Diante de todas as conquistas, o SUS ampliou sua linha de cuidados, também ao portador de necessidades especiais, que apresenta deficiências mentais, reumáticas, lesões neurológicas, ortopédicas, amputações, más formações congênitas, entre outras. Sendo assim, os serviços ofertados por um Centro de Reabilitação têm a função de contribuir na melhoria da qualidade de vida da população assistida. O Município de Cajueiro-AL foi contemplado com este modelo de assistência e em 2008 inaugurou o Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante.

Os usuários, culturalmente, desconhecem seus direitos e o fluxo da rede de assistência à saúde e, muitas vezes, atingem o limiar de tolerância, causando desconforto nas relações. (BRASIL; MAGALHÃES; XIMENES NETO, 2012). A esses problemas, acrescentam-se a dificuldade na estrutura física do serviço de saúde e a desqualificação dos trabalhadores de saúde, em todas as instâncias, pela não efetivação do processo de educação continuada e permanente de forma pontual, fragilizando as relações interpessoais no campo de trabalho, seja entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população ou entre os trabalhadores e a gestão.

A integração dos saberes trouxe inovações no cuidar, direcionando a atenção não só na saúde dos usuários, como também na saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2010).

O trabalhador da saúde estando habituado à sua rotina, não consegue perceber o seu potencial e o quanto poderia participar na construção de um serviço mais qualificado. Sendo assim, o trabalho em grupo proporciona o encontro das diversidades, provocando a possibilidade de propostas coletivas (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Segundo Chiavenato (2008), se o trabalhador é valorizado e seu potencial explorado e estimulado, conseqüentemente ele oferece um trabalho mais qualificado. Nesse sentido, deve-

se reconhecer a dedicação dos profissionais que contribuem para a otimização do desempenho e das relações interpessoais, entendendo que os trabalhadores não querem apenas cumprir rotinas, mas colaborar na elaboração do formato do fluxo de trabalho (BRASIL, 2011).

O significado do processo de cuidado com as relações entre os trabalhadores deve estar presente no processo de trabalho no campo da saúde. De acordo com Batista e Gonçalves (2011), o ideal de profissional para o sistema de saúde pode ser vislumbrado se as necessidades e os entraves forem reconhecidos. É essencial ouvir e refletir sobre a prática profissional

Dessa forma, o olhar do gestor deve ser ampliado para além das melhorias do espaço físico de trabalho, mas também para as condições sociais e psicológicas. O Ministério da Saúde, através da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e do Humaniza – SUS defende a integração, o trabalho em conjunto, englobando usuários, trabalhadores e gestores e valorizando os diferentes atores inseridos no processo de produzir saúde. Dentre seus princípios, encontram-se ferramentas que auxiliam na desconstrução ou na minimização dos entraves e na reconstrução das relações interpessoais, promovendo mudanças nas práticas de saúde (BRASIL, 2010).

O conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva (GOULART; CHIARI, 2010).

Nesse contexto, é sabido que os profissionais e os usuários desconhecem o real sentido da complexidade da política de humanização, haja vista que esta vai além do modo de escutar, dialogar e cuidar, preconizando a valorização dos próprios trabalhadores da saúde, das estruturas físicas dos serviços, das relações interpessoais e da organização destas instituições (GARCIA; FERREIRA; FERRONATO, 2010).

A humanização enquanto política pública e modo de se pensar saúde não podem prescindir da comunicação e, certamente, dos métodos e das ferramentas que melhor capacitem para entender e desvelar este processo, que são essenciais. (SILVA, 2012).

Tavares et al. (2014) afirmam que a humanização deve estar voltada para as condições de trabalho com vistas a renovar os valores humanos e prestar o cuidado de forma integral. E que a humanização precisa ser reconhecida como processo de educação permanente em Saúde (EPS) por todos os profissionais que atuam na saúde, pois a EPS surge no sentido de qualificar a força de trabalho, pois requer do sujeito novas formas de construir o conhecimento. Assim, a EPS veio para possibilitar a melhoria das práticas dos serviços dos

profissionais de saúde, fazendo com que haja mais envolvimento, participação, valorização de seus conhecimentos e o aumento das oportunidades de aprendizagem no próprio local de trabalho (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Nesse sentido, o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), como um dispositivo de construção dialógica, produz conhecimentos coletivos e contextualizados, privilegiando a fala crítica e a escuta sensível, favorecendo o entrosamento e a confiança. Para tanto, de acordo com Sampaio (2014), a utilização da linguagem busca validar e valorizar as percepções dos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, sendo fundamental no processo de humanização.

Diante destas evidências, é proposta a instituição de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) no Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante, em Cajueiro-AL, com o propósito de interceder na melhoria das relações interpessoais dos processos de trabalho e o intuito de atingir a qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e deve ser integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho, as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários.

A participação é aberta a todos: profissionais da saúde, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, com todos tendo o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção dos usuários e nos modos de gestão, ou seja, todos estão envolvidos na construção de propostas que promovam iniciativas humanizadoras, implementando a rede de atenção em saúde. A participação dos gestores nos GTHs é de fundamental importância na construção coletiva de um processo de trabalho com um olhar voltado para a humanização. Estabelece um ambiente favorável para dividir as tensões do dia a dia e os entraves do trabalho, acolher e debater as divergências, despertar o desejo coletivo de mudança e estimular a busca do aprimoramento profissional, por meio da avaliação e da negociação com propostas inovadoras. Dentro deste dispositivo encontra-se uma ferramenta fundamental, na figura do apoiador. (BRASIL, 2010).

Segundo Campos (2005), o apoio institucional é uma reformulação na forma tradicional de coordenar, planejar, supervisionar e avaliar em saúde. Um de seus principais objetivos é fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, dando suporte ao movimento de mudança dentro de grupos para fortalecê-los no próprio exercício de mudanças. Assim, podemos entender que a função do apoio é a chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações.

Assim sendo, o apoiador institucional tem a função de:

1) estimular a criação de espaços coletivos, por meio de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre os sujeitos; 2) reconhecer as relações de poder e afeto e a circulação de conhecimentos, propiciando a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais; 3) mediar junto ao grupo a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos; 4) trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais; 5) propiciar que os grupos possam exercer a crítica e, em última instância, que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. A função apoio se apresenta, nesta medida, como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde com os outros. (BRASIL, 2010, p. 53).

Baseado nas evidências citadas surgiu à necessidade de uma proposta de intervenção no Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante, com enfoque na Política Nacional de Humanização, utilizando o dispositivo de GTH, com a finalidade de melhorar ambiência, processos de trabalho e relações interpessoais, seja entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população ou entre os trabalhadores e a gestão.

## **2.2 Justificativa**

Partindo do princípio da singularidade, deve-se respeitar a individualidade do ser, entendendo que uma das estratégias para restabelecer as relações interpessoais é a criação de um espaço em que se promova a prática de uma escuta qualificada, onde todos tenham o direito de expor suas dificuldades e se sintam valorizados.

Esta proposta trata de uma autorreflexão e aprendizagem, associando mudanças no saber, com a perspectiva de favorecer a qualidade de assistência aos usuários, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, qualidade de vida, valorização e satisfação profissional.

A criação do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) favorece uma troca de conhecimento e saberes diferente, podendo disparar várias ações, entre elas, a de um fluxo de processo de trabalho mais organizado, como também o aprimoramento nas práticas de fazer saúde, contribuindo para a qualificação na melhoria da assistência prestada ao usuário.

Diante disso, a tríade gestão-usuário-trabalhador pode ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como se encara as relações, os sofrimentos e as inserções na realidade que os rodeiam.

Ainda, implica em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, assim como, também, com base nessa visão mais abrangente adotada, buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, favorecendo o enriquecimento das relações interpessoais.

### **2.3 Problema de Pesquisa**

O Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante possui uma estrutura física inadequada, uma carência de recursos humanos na área técnica, principalmente em fisioterapia e quantidade insuficiente de equipamentos para realização dos procedimentos. Conseqüentemente, apresenta uma demanda reprimida em todas as áreas de reabilitação.

Um serviço em que não se prioriza o cuidado com a ambiência e as relações interpessoais entre a tríade usuário-trabalhador-gestor nos leva a questionar, sempre, se estamos preparados e motivados para atender nossos usuários com a dignidade que eles têm direito.

### **3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL**

#### **3.1 Descrição do campo empírico**

O município de Cajueiro tem uma população estimada de 21.355 habitantes, sua extensão territorial é de 136,7 km<sup>2</sup>, encontra-se situado ao nordeste do Estado de Alagoas e pertence à zona fisiográfica da mata, limitando-se ao sul com Atalaia, ao norte e ao leste com Capela e ao oeste com Viçosa e Pindoba. Encontra-se a 78,2 km da capital, a cidade de Maceió, com a qual mantém um intenso relacionamento político, econômico e social.

Alguns outros municípios, dada à proximidade, são muito integrados aos mercados produtores e consumidores de Cajueiro, representando uma grande e vital importância para a sociedade local. Entre as quais podem ser citadas como representativas no contexto de Cajueiro: Atalaia, Pilar, Capela, Viçosa e Paulo Jacinto.

A rede municipal de serviços de saúde é formada por 08 (oito) Unidades de Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo 08 (oito) consultórios dentários, 01 (um) Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF 1, 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, 01 (uma) Unidade Mista (Hospital Municipal) com casa de parto natural, 01 (um) Centro de Especialidades em Reabilitação Física, 01 (uma) Unidade de Vigilância Sanitária, 01 (uma) Central de Marcação e Regulação e 01 (uma) Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF.

As equipes ESF funcionam em turno de 40 horas semanais, de acordo com as exigências do Ministério da Saúde.

As equipes do NASF, do Centro de Reabilitação e do CAPS possuem profissionais com carga horária entre 40, 30 e 20 horas semanais, possibilitando o atendimento de segunda a sexta-feira.

A Unidade Hospitalar funciona 24 horas, diariamente, com atendimento de média complexidade, urgências e emergências, realizando apenas parto natural devido à inexistência de centro cirúrgico e UTI neonatal.

Os demais núcleos ligados à saúde do município mantêm o padrão de funcionamento de 40h semanais de segunda à sexta-feira.

Atualmente, no município, como em todo o país, observa-se um desgaste na imagem do SUS, aliado a uma série de fatores. Cajueiro também se encontra diante de todo o processo de desmonte do SUS que hoje vivenciamos, e esta imagem negativa compromete, em grande

medida, sua credibilidade, apesar dos esforços por parte dos gestores em garantir os direitos aos usuários.

Porém, a eficácia do controle social esbarra na inércia da população, que tem o receio de se expor no exercício da cidadania. O abandono dos conselhos municipais de saúde à própria sorte é o exemplo mais palpável da omissão da sociedade.

Observa-se que o nível decisório nas ações em saúde respeita uma ordenação hierárquica, porém há uma gestão participativa, dialogada com os trabalhadores de saúde, que serão envolvidos de forma direta ou indireta nessas ações.

A gestão compartilhada da clínica e da saúde coletiva é um meio para a constituição de vontade de mudança, bem como de um bloco de sujeitos comprometidos, em distintos graus, com o projeto terapêutico individual ou sanitário, conforme for o caso. O método procura identificar os sujeitos e as organizações potencialmente implicadas com o projeto: usuários interessados, equipes profissionais, rede social de apoio, bem como grupos com interesses contrariados e possíveis opositores ao projeto. (BRASIL, 2010).

O município tem como referência de média complexidade a cidade de Viçosa e de média e alta complexidade, a cidade de Maceió, através da contratualização de convênios firmados para prestação de serviços, pelo SUS. Além disso, há uma competência específica, o Sistema de Regulação – SISREG, para marcação de procedimentos diagnósticos e consultas por especialidades, disponibilizados ao usuário.

O serviço conta com uma assessoria técnica para avaliar prioridades de marcação, considerando que a demanda é sempre muito maior que a oferta de serviços. Após esta avaliação, o usuário é encaminhado à central de marcação e transportes para agendamento.

A Secretaria Municipal de Saúde, para melhor monitoramento, instituiu seu próprio Setor de Recursos Humanos, inserido na Gerência Administrativa, e é responsável por todo processo burocrático inerente ao servidor.

Diante da realidade dos custos em saúde, o orçamento do SUS é insuficiente, principalmente em municípios como Cajueiro, cuja maior receita vem de repasses federais e mais de 80% é destinado a pagamento de recursos humanos, o que leva a escassez em outros setores primordiais dentro do processo de trabalho em saúde pública.

Esta proposta de intervenção se dará no Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante, inaugurado em 06 de março de 2008. Sua implantação teve o objetivo de promover a reabilitação integral da população do município de Cajueiro, que apresenta deficiência física e motora, evitando que se desloque para outra cidade em busca deste atendimento.

Atualmente o serviço é composto por uma equipe técnica multiprofissional com 03 (três) fisioterapeutas, 01 (um) fonoaudiólogo, 01 (um) terapeuta ocupacional, 01 (um) profissional nutricionista, que assume também a função de coordenador técnico. Conta ainda com uma equipe de apoio administrativo, sendo 01 (um) coordenador administrativo, 02 (dois) agentes administrativos e 01 (um) auxiliar de serviços gerais (tabela A2 em apêndice). Devido à carência de profissional técnico nas áreas de psicologia e assistência social, quando necessário é feito encaminhamento para o NASF.

O atendimento do serviço funciona de segunda a sexta-feira, nos horários matutino e vespertino, e contempla os usuários do município com necessidades especiais. Sendo a atenção básica Estratégia Saúde da Família – ESFs a porta de entrada, cabe-lhe a responsabilidade de avaliar a necessidade clínica em reabilitação e fazer o devido encaminhamento para o centro, utilizando formulários específicos, assinados e carimbados pelo profissional médico.

Este encaminhamento permite a inserção do usuário num cadastro reserva e seu caso será avaliado para posterior contato para agendamento ao início do tratamento. Cabe à coordenação técnica, junto a um profissional, a função de avaliar cada caso, considerando o grau de prioridades, já que a equipe técnica, principalmente de fisioterapeutas, que é a mais requisitada, ainda é restrita e insuficiente para atender toda a demanda.

Cada usuário, após a avaliação, é direcionado para o profissional técnico de acordo com a especificidade do caso e disponibilidade de agenda. Após o período do tratamento solicitado, recebe alta do atendimento e é contra-referenciado para as ESFs para reavaliação, porém a maioria retorna ao serviço reencaminhado para novo ciclo de tratamento, já que sua dor é crônica, sem possibilidade de cura, e requer tratamento de longa duração.

Alguns usuários, por estarem numa situação de beneficiário da previdência, resistem ao desligamento do atendimento, havendo casos de permanência por até 10 anos.

Dessa forma, torna-se difícil estabelecer prazo para alta no atendimento, o que dificulta a existência de vagas para os novos usuários que estão aguardando no cadastro reserva.

Para minimizar este entrave, atualmente foi firmada uma parceria com a equipe do NASF para acolher os usuários que ainda necessitem estar na assistência, mas que já não dependem de equipamentos. Eles são inseridos num grupo de assistência multiprofissional da equipe. A equipe do NASF é composta por: 01 (um) fisioterapeuta, 01 (um) psicólogo, 01 (um) nutricionista, 01 (um) educador físico e 01 (um) assistente social. (tabela A3 em apêndice).

Sendo esta uma estratégia no início de seu processo, ainda não possibilita uma avaliação precisa da sua eficácia. Devido à restrição no quadro de profissionais técnicos no centro de reabilitação, fez-se necessário interromper as visitas domiciliares que os profissionais realizavam em atendimento às solicitações das ESFs; esta ação foi transferida ao NASF e, nos casos em que há necessidade deste usuário ser atendido pelo centro de Reabilitação, a equipe do NASF redireciona o serviço.

Apesar de não ter sido estabelecido um processo pontual de rodas de conversas para discussões de casos, já acontece matriciamento com trocas de informações, de alguns casos, entre os profissionais do Centro de reabilitação, NASF e ESFs, mas como não é uma ação institucionalizada, então não é uma prática de todos os profissionais.

Mesmo assim já surgem frutos destes diálogos, pois, além do grupo de usuários em reabilitação que a equipe NASF está acolhendo, ocorre o mesmo com um segundo grupo composto de usuários acompanhados no ambulatório pela nutricionista do Centro de Reabilitação. Importante enfatizar que nos dois grupos citados, houve a participação do usuário no matriciamento das ações.

Diante de um processo de observação, conclui-se que as instalações físicas estão inapropriadas para o acolhimento adequado dos usuários e da equipe técnica, a quantidade de equipamentos e o quadro técnico são insuficientes para atender toda a demanda, tudo isso somado à falta de um espaço para discutir processos de trabalho com colaboradores, usuários e gestores. Todos estes entraves interferem nas relações interpessoais entre todos os atores envolvidos.

Considerando as características do próprio serviço verifica-se que há necessidade de uma sistematização do trabalho em equipe, com um objetivo em comum, relacionando com o que é o tratamento humanizado de usuários, trabalhadores de saúde e gestores.

### **3.2 Estrutura física do local**

Localiza-se no centro da cidade, facilitando o acesso do usuário, porém sua estrutura física apresenta deficiências, tais como: inexistência de rampas de acesso aos usuários com limitações de locomoção, número insuficiente de salas para a equipe técnica atender aos usuários. É composto de: 01 (uma) sala de recepção, 01 (uma) sala para coordenação, 01 (uma) copa, 01 (um) banheiro para os funcionários e 01 (um) banheiro adaptado para usuários com deficiência, que está localizado em uma área externa, 01 (uma) sala para atendimento de fisioterapia, 01 (uma) sala de uso comum para atendimento ambulatorial de fonoaudiologia,

nutrição e terapia ocupacional; nesta última citada há necessidade que haja reconfiguração na mobília, a fim de atender a necessidade de cada profissional e usuário.

A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Sendo assim, observamos a real necessidade em adequar o serviço dentro do que é preconizado. É extremamente importante que trabalhadores da saúde e usuários desfrutem de um ambiente saudável, acolhedor e confortável, pois a ambiência é uma ferramenta facilitadora de um processo de trabalho organizado e, conseqüentemente, de um fluxo que atenda melhor a demanda.

### **3.3 Perfil da comunidade atendida**

Observa-se que a maior parte da população do município é jovem, o sexo feminino predomina em todas as faixas etárias, exceto nas faixas de 01 a 09 anos, 15 a 39 anos e 80 anos ou mais. A maior concentração está na faixa de 20 a 29 anos.

A diminuição da população masculina é devido ao êxodo rural, pois o homem vai procurar trabalho em outros municípios e/ou estados por causa da entre safra canavieira. A diminuição da população de 70 anos ou mais é devido à sobrevida do homem do campo, que é pequena, por suas condições precárias de saúde, alimentação e educação.

O município tem uma renda per capita mensal de R\$ 1.036,94 na área urbana e R\$ 665,27 na área rural. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). A maior geração de emprego é oriunda de uma indústria sucroalcooleira e do serviço público municipal.

O grau de urbanização verificado é bastante elevado, com taxa de 74,12%, já que, da população anteriormente descrita, 14.954 habitantes residem na zona urbana, sendo 7.056 (47,2 %) do sexo masculino e 7.898 (52,8%) do sexo feminino, e 4.221 na zona rural, sendo 2.075 (49,2%) do sexo masculino e 2.146 (50,8%) feminino. (BRASIL, 2015; CAJUEIRO, 2015; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

As patologias assistidas são: deficiências causadas por lesões do sistema nervoso e cerebral, amputações, más formações congênitas, doenças reumáticas, lesões ortopédicas por traumas, entre outros. A “dor na coluna” é a principal queixa relatada pelos usuários. Este fato pode ser justificado pelo grande número de trabalhadores que desenvolvem suas atividades na agricultura da cana de açúcar, exigindo muito esforço físico, levando o indivíduo a

desenvolver a L.E.R (Lesão por Esforço Repetitivo), conseqüentemente levando a lesões crônicas (tabelas A1 de procedimentos executados em anexo).

### **3.4 Dados norteadores da pesquisa**

O Centro de Reabilitação apresenta uma demanda reprimida no que se refere ao atendimento, principalmente em fisioterapia, que possui o maior número de usuários no cadastro reserva.

Quando o usuário desconhece a funcionalidade do Sistema SUS, tende a gerar conflitos e insatisfações, refletindo nas relações interpessoais. Esta é uma realidade nos serviços de saúde que ainda não priorizam a participação dos usuários nas discussões, através de uma escuta qualificada, entendendo a dificuldade que este enfrenta para ter acesso aos serviços de saúde. Esta é sem dúvida uma prática imprescindível para estabelecer um fluxo de atendimento que priorize suas necessidades.

O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2010).

A importância de implantar a política de humanização nos nossos serviços leva-nos a entender que o processo saúde-doença-cuidado permite-nos ter um olhar diferenciado para nossos usuários que chegam vulneráveis, fragilizados e com sua história de vida querendo resolutividade para o seu problema de saúde. Os trabalhadores de saúde precisam estar bem consigo mesmo para desenvolver seu papel dentro do sistema de forma a trabalhar as dificuldades enfrentadas no seu dia a dia.

A humanização depende ainda de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, da possibilidade de ampliação do grau de desalienação e de transformar o trabalho em processo criativo e prazeroso. A reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários, bem como no de explicitar com clareza a responsabilidade sanitária, é um instrumento poderoso para mudança.

### **3.5 Situação problema**

O setor possui estrutura física inadequada, falta de equipamentos e carência de profissionais técnicos. Atualmente, apresenta uma demanda reprimida em todas as áreas de reabilitação, principalmente fisioterapia, que possui cadastro reserva para admissão ao atendimento.

Há ausência de uma programação de educação continuada e educação permanente em saúde, de forma pontual, para toda a equipe. Os usuários, culturalmente, desconhecem o fluxo da Rede de Assistência à Saúde (RAS) e, com frequência, atingem o limiar de tolerância, na busca de seus direitos por assistência, causando desconforto nas relações.

Todos estes entraves fragilizam as relações interpessoais no campo de trabalho, seja entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e os usuários e entre os trabalhadores e os gestores.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Criar o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) para intervir na melhoria dos processos de trabalhos no Centro Especializado em Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante.

### **4.2 Específicos**

- Divulgar a política de humanização com os trabalhadores de saúde e usuários;
- Fortalecer a integração com os usuários no Centro Especializado em Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante;
- Estimular iniciativas de humanização, que venham a beneficiar os usuários, acompanhantes e trabalhadores de saúde.

## 5 MÉTODO

### 5.1 Proposta de projeto de intervenção

Será proposto um projeto de intervenção no Centro Especializado em Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante, no município de Cajueiro-AL, focando o cenário de instituir o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), com enfoque na ambiência e seu reflexo nas relações interpessoais entre trabalhadores, usuários e gestores. A seguir, destacam-se os passos que se pretende pôr em prática.

- a) Reunião com o Secretário Municipal de Saúde para submeter a proposta do projeto à apreciação, quando serão explicitados a necessidade e os possíveis benefícios que dele resultarão, bem como para solicitar autorização para a sua realização. Vale salientar que nossa expectativa é de que seja aprovado e estimulado o seu desenvolvimento, para que a equipe tenha um espaço físico apropriado para a característica da assistência prestada e que se estabeleça uma melhor relação interpessoal, beneficiando o usuário com uma assistência qualificada;
- b) Será utilizada a primeira roda de conversas, com a finalidade de ouvir os trabalhadores de saúde envolvidos nos processos de trabalho. A estratégia utilizada será estimular esses trabalhadores a compartilhar experiências, facilidades e dificuldades enfrentadas no dia a dia, através de uma escuta qualificada. Os problemas elencados serão priorizados para posteriores discussões, conforme sua significância, finalizando este momento com a apresentação do projeto de intervenção proposto;
- c) Posteriormente será realizada uma roda de conversa entre trabalhadores e usuários (representados por associações civis organizadas, Associações e Conselho Municipal de Saúde), para discutir a proposta de implantação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), oportunizando, assim, que os mesmos participem deste processo de construção, trazendo suas reais necessidades e contribuindo, desta forma, para produzir melhores processos de trabalho e relações interpessoais. Nesse contexto é fundamental a inclusão do usuário no processo de um caminhar, visando um atendimento e uma ambiência adequados para melhor assisti-lo;
- d) Com a sensibilização dos trabalhadores, gestores e usuários sobre as práticas em produzir saúde, sob o olhar da Política Nacional de Humanização (PNH), faz-se necessária a realização de uma oficina, em que serão abordados os temas conforme as

diretrizes desta política, enfatizando a ambiência, por ser o eixo norteador para este projeto. Esta qualificação permitirá que, através do conhecimento adquirido, todos tenham o empoderamento das diretrizes e dispositivos da política, o que facilitará a discussão, junto ao gestor, principalmente no que tange à ambiência. A qualificação dos profissionais através da educação permanente em saúde possibilitará uma equipe, com capacidade em desenvolver habilidades autossustentáveis, a elaborar e executar ações sistematizadas e de forma contínua, com a perspectiva de mudanças de práticas.

O apoio institucional tem como característica principal o incentivo a construção coletiva de um modelo democrático de processo de trabalho estimulando as trocas de saberes, sem a necessidade de disputas de poder e criando laços efetivos segundo Brasil (2009); Campos (2003).

- e) Instituir o grupo de GTH, composto por gestores, trabalhadores (todos os níveis e setores do serviço) e usuários (representados por Associação de Usuários da Sociedade Civil Organizada), sendo indefinido o número de integrantes. A adesão ao GTH dar-se-á por meio da assinatura do Termo de Compromisso e a inclusão de novos membros estará condicionada à participação do voluntário nas rodas de conversa sobre a Humanização do GTH;
- f) Elaborar, coletivamente, o regimento interno deste GTH criado, estabelecendo um espaço coletivo organizado e democrático, que se destina a desenvolver uma política institucional de resgate da humanização na atenção e na gestão em saúde, que possa;
- Promover um fluxo de propostas e ações na humanização;
  - Conceber formas de participação entre usuários e trabalhadores de saúde envolvidos nos processos de trabalho no âmbito de uma Gestão co-participativa;
  - Dar apoio às diversas iniciativas humanizadoras dentro do Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante, articulando as relações intersetoriais necessárias para sua integração e ampliação;
  - Estabelecer fluxo de propostas entre os setores da Instituição, a gestão e os usuários;
  - Construir e acompanhar os indicadores do processo de avaliação e divulgação dos resultados.
- g) Definir com o grupo GTH o projeto de reforma da estrutura física, adequado para

atender a demanda, e apresentar aos gestores;

- h) As atividades devem ser desempenhadas pelo GTH criado, para melhorar a prestação de serviço a usuários e familiares e as relações de trabalho entre trabalhadores. É importante identificar o nível de valorização das falas através da escuta qualificada. Este grupo ficará responsável ou deverá ter como atribuições:

1. Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os processos de trabalho mais humanizados e em conformidade com a Política Nacional de Humanização e o Ministério da Saúde.
2. Liderar e consolidar o processo de ações de humanização no serviço;
3. Promover ações conjuntas com a Gestão visando à melhoria da comunicação e da integração entre os diferentes atores;
4. Promover fluxo de propostas e ações elaboradas através da análise das demandas recebidas pelo GTH;
5. Promover a participação do Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante na Rede Nacional de Humanização.
6. Elaborar projetos que visem ampliar o processo de humanização da assistência aos usuários do serviço;
7. Elaborar propostas e projetos de humanização das relações de trabalho dos funcionários entre si e entre a administração;
8. Realizar treinamentos introdutórios com os servidores que irão participar do GTH.
9. Realizar educação permanente em saúde através de cursos, palestras e oficinas de sensibilização junto aos servidores do serviço;
10. Participar nas instâncias de controle social para discussão de propostas relativas à Humanização;
11. Estabelecer mecanismos de construção e avaliação dos indicadores do processo de humanização;
12. Produzir material de informação de educação permanente (folders, cine-fórum, entre outros).

## **5.2 Cronograma das ações a serem realizadas na execução do projeto**

I ETAPA: Reunião com Secretário Municipal de Saúde para submeter a proposta do projeto à apreciação;

II ETAPA: Rodas de conversa para sensibilizar os trabalhadores de saúde do Centro de Reabilitação, apresentação da intervenção proposta;

III ETAPA: Roda de conversa entre trabalhadores e usuários (representados por associações civis organizadas, associações e Conselho Municipal de Saúde), para discutir necessidades e prioridades através de uma escuta qualificada e expor a proposta de implantação do GTH no Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante, finalizando com a formação do grupo de GTH, com os interessados em participar;

IV ETAPA: Oficina de Humanização para qualificação através da educação permanente em saúde para gestores, trabalhadores e usuários (representados) sobre as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), qualificação esta necessária para aqueles que pretendem compor o GTH. Instituição do grupo de GTH do Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante;

V ETAPA: Roda de conversa com o grupo de GTH criado, para elaboração do regimento interno;

VI ETAPA: Encontros bimestrais (inicialmente), para discussões, atendendo as prioridades elencadas, e elaboração de relatórios específicos para cada situação. Este instrumento, construído democraticamente, representará a real necessidade para melhoria da qualidade do serviço e será encaminhado para o conhecimento dos gestores;

VII ETAPA: Definir com o grupo GTH o projeto de reforma adequado para atender a demanda;

| <b>Ano</b>  | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| <b>2017</b> |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>I</b>    | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>II</b>   |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>III</b>  |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |
| <b>IV</b>   |     |     |     | X   | X   |     |     |     |     |     |
| <b>V</b>    |     |     |     |     |     | X   | X   |     |     |     |
| <b>VI</b>   |     |     |     |     |     |     |     | X   | -   | X   |
| <b>VII</b>  |     |     |     |     |     |     |     | X   | X   | X   |

### 5.3 Acompanhamento do projeto de intervenção

O monitoramento do projeto se dará com a avaliação da adesão dos atores envolvidos no GTH: trabalhadores, gestores e usuários (representados por associação de usuários da sociedade civil organizada), nos momentos presenciais realizados com periodicidade regular (inicialmente bimestral).

Esta avaliação se dará através de questionário semi-estruturado avaliativo e auto-avaliação do grupo sobre a capacidade de cada um em contribuir para a harmonia das relações dentro do contexto do serviço, sem que isso interfira no desejo de reivindicar melhores condições de assistência.

O questionário será elaborado usando uma escala de 1-5, em que serão abordados aspectos gerais e individuais do processo de intervenção. Os indivíduos que derem a nota que representa o meio da escala, no caso 3, estão dando uma nota neutra. Abaixo dela, é uma nota negativa, e acima, positiva. O conteúdo destes questionários será reformulado a cada encontro e obedecerá a uma sequência lógica, conforme evolução do grupo.

Após cada encontro bimestral será realizada uma roda de conversas, apenas entre trabalhadores, para avaliar os temas alencados nas discussões bimestrais, fazendo os possíveis reajustes nas estratégias das ações e das atividades, servindo de base ao planejamento para o período subsequente.

Todos os trabalhos terão registros fotográficos do grupo e serão exibidos em cada encontro, através de data show, como uma forma de estímulo, em que cada componente se reconhece participando de momentos de construção de uma melhor assistência.

Será ainda disponibilizada uma caixa de sugestões, fixa na recepção do Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante, onde os participantes poderão opinar sem se identificar, se preferir. Todas as sugestões depositadas serão avaliadas pelo GTH, durante os encontros bimestrais.

Assim sendo, todas estas formas de monitoramento servirão como ferramenta para a construção de indicadores, tais como: nível de satisfação de usuários e trabalhadores (em vários aspectos), melhoria nas relações interpessoais, melhoria na qualidade do atendimento, melhoria da ambiência, entre outros. A estratégia de leitura estatística destes dados colhidos será definida pelo GTH criado.

#### 5.4 Orçamento

| <b>Produto</b>                   | <b>Quantidade</b> | <b>Valor unitário</b> | <b>Valor total<br/>R\$</b> |
|----------------------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------|
| • Lanche                         | 80                | 4,00                  | 320,00                     |
| • Papel A4                       | 03 resmas         | 18,00                 | 54,00                      |
| • Tinta para impressora PB       | 01 cartucho       | 150,00                | 150,00                     |
| • Tinta para impressora colorida | 01 cartucho       | 110,00                | 110,00                     |
| • Caneta esferográfica           | 24                | 1,00                  | 24,00                      |
| • Pasta arquivo                  | 20                | 3,50                  | 70,00                      |
| • Papel craft                    | 100 folhas        | 15,00 (cento)         | 15,00                      |
| • Fita adesiva                   | 03 rolos          | 13,00                 | 39,00                      |
| • Bloco de anotações             | 24                | 1,00                  | 24,00                      |
| • Pincel atômico                 | 06                | 2,00                  | 12,00                      |
| • Data-show                      | 01                | Sem custo             | Sem custo                  |
| • Álbum seriado                  | 01                | Sem custo             | Sem custo                  |
| <b>TOTAL</b>                     |                   |                       | <b>R\$ 818,00</b>          |

**Quadro 1 - Resumo do Plano de Intervenção**

(Continua)

| <b>Nó crítico</b>   | <b>Ação</b>   | <b>Cronograma</b>           | <b>Recursos necessários</b>  | <b>Resultados esperados</b>   |
|---|---|-----------------------------|--|---|
| - Falta de um GTH.  | - Constituir uma equipe qualificada para compor um GTH;<br>- Discutir processos de trabalho com colaboradores, usuários e gestores.   | - Março a Julho de 2017.    | - Gestores, Trabalhadores e usuários do Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante.                              | - Estimular a Cogestão como prática de atenção compartilhada e resolutiva;<br>- Gerar um atendimento qualificado. |
| - Inexistência de uma estrutura física adequada.  | - Sensibilizar a gestão da importância da ambiência adequada e seu reflexo na qualidade do atendimento ao usuário e nas relações interpessoais;<br>- Definir com o grupo GTH o projeto de reforma adequado para atender a demanda, com apoio de profissionais técnicos.   | - Março a dezembro de 2017. | - Apoio da equipe de engenharia e arquitetura da prefeitura do município.  | - Propiciar condições dignas de trabalho aos trabalhadores de saúde e melhorar o acolhimento aos usuários.        |
| - Dificuldades nas relações interpessoais entre todos os atores envolvidos nos processos de trabalho. | - Promover rodas de conversa entre trabalhadores;<br>- Promover rodas de conversas entre trabalhadores e usuários;<br>- Realizar eventos, com foco na Humanização, no Centro, para promover a integração e a reflexão de profissionais, pacientes e comunidade.   | - Abril a dezembro de 2017. | - Datashow;<br>- Papel A4;<br>- Pincel atômico;<br>- Papel craft;<br>- Pastas;<br>- Bloco para anotações;<br>- Lanche. | - Ampliar o diálogo entre trabalhadores, usuários e gestão para melhorar as relações interpessoais.               |
| - Quadro de profissionais técnicos insuficiente para atender a demanda.                               | - Promover rodas de conversa entre trabalhadores para:<br>- Discutir processo de fluxo de trabalho;<br>- Mapear o período de tempo que o usuário necessita permanecer em assistência;<br>- Alinhar o modo de produzir saúde;<br>- Elaborar relatório demonstrativo da necessidade de contratação de mais profissionais. | - Abril a dezembro de 2017. | - Papel A4;<br>- Pincel atômico;<br>- Papel craft;<br>- Pastas;<br>- Bloco de anotações;<br>- Lanche.                  | - Valorizar e motivar as relações entre a equipe de trabalho e os usuários;<br>- Contratar recursos humanos.      |

**Quadro 1 - Resumo do Plano de Intervenção**

(Conclusão)

|   |   |                                     |  |  |
|---|---|-------------------------------------|--|--|
| <p>- Ausência de uma programação de educação permanente em saúde, de forma pontual, para toda a equipe.</p> | <p>- Desenvolver práticas de educação permanentes, conforme necessidades apresentadas pela equipe;<br/>                 - Promover ações educativas sobre os princípios do SUS e da PNH para trabalhadores, usuários e gestores, através de oficinas e projetos de intervenção;<br/>                 - Divulgar e estimular servidores a participarem dos cursos promovidos pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, inclusive cursos on-line.</p> | <p>- Abril a Dezembro de 2017.</p>  | <p>- Redes Sociais;<br/>                 - Cartazes;<br/>                 - Recurso Humano/ - Apoiadora da PNH no município;<br/>                 - Data show;<br/>                 - Papel A4;<br/>                 - Pincel atômico;<br/>                 - Papel craft;<br/>                 - Pastas;<br/>                 - Bloco de anotações;<br/>                 - Lanche</p> | <p>- Melhorar a qualificação dos trabalhadores de saúde para a assistência humanizada.</p> |
| <p>- Falta de indicadores de resultados para avaliar o processo de humanização no Centro.</p>               | <p>- Definir e implantar conjunto de indicadores junto ao GTH.</p>  | <p>- Agosto a Dezembro de 2017.</p> | <p>- Recurso humano (GTH);<br/>                 - Papel A4;<br/>                 - Pincel atômico;<br/>                 - Papel craft;<br/>                 - Lanche.</p>  | <p>- Gerar dados que propiciem o desempenho de ações de humanização.</p>                   |

Fonte: Autora.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os trabalhadores de saúde precisam estar bem consigo mesmos, em suas relações com a população e os gestores, para conseguirem trabalhar as dificuldades enfrentadas diariamente.

A maioria das pessoas considera seu ambiente de trabalho um importante componente de vida, tanto no aspecto material e no contato social quanto no desempenho de atividades produtivas. Portanto, as instituições devem, de alguma forma, oferecer um ambiente de trabalho que influencie positivamente na produtividade de cada funcionário.

Além da qualidade na ambiência, é essencial disponibilizar um espaço específico para uma escuta qualificada, respeitando a singularidade de cada indivíduo, levando em consideração sua posição na sociedade e na unidade de trabalho e valorizando os pontos de vista divergentes, o que facilita as relações interpessoais, tão essenciais na transformação do trabalho em processo criativo e prazeroso.

## REFERÊNCIAS

BATISTA, Karina Barros Calife; GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Portal DATASUS**. Brasília, DF, 2015. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=270130200845](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=270130200845) 9. Acesso em: 30 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e congestão**. Brasília, DF, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008. 70 p. (Série B: Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília, DF, 2010. 40 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL, Rogena Weaver Noronha; MAGALHÃES, Juliano Fontenele; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Análise das contribuições de método da roda no gerenciamento de um Centro de Saúde da Família. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 27-36, 2012.

CAJUEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Reabilitação Betty Teixeira Cavalcante. [**Dados estatísticos de saúde**]. 2015. Disponível em: <http://websensors.net.br/brsaude/home/secretaria-municipal-de-saude-de-cajueiro-em-cajueiro>. Acesso em: 30 nov. 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Paidéia. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner Souza. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 398-403, 2005.

CAROTTA, Flávia; KAWAMURA, Débora; SALAZAR, Janine. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos em trabalhos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.1, p. 48, 51, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2008.

GARCIA, Maria Alice Amorim; FERREIRA, Fernanda Proa; FERRONATO, Fernanda Avenoso. Experiências de humanização por estudantes de medicina. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 87-106, 2012.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MORI, Maria Elizabeth; OLIVEIRA, Olga Vânia Matoso de. Collectives for the National Humanization Policy (PNH): co-management in action. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 627-640, 2009.

SAMPAIO, Juliana et al. Limits and potentialities of the circles of conversation: analysis of an experience with young people in the backcountry of Pernambuco, Brazil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014.

SILVA, Juliana. Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 2013-2014, 2012.

TAVARES, Daniel Soares et al. Humanização e educação permanente: implicações no cotidiano de trabalho. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 205-213, 2014.

**APÊNDICES**

**Apêndice A - Quadro técnico do Centro de Reabilitação / carga horária**

| <i>Profissional/ função</i>                | <i>Qt</i> | <i>Carga horária</i> | <i>Efetivo</i> | <i>Precarizado</i> | <i>Especialização</i> | <i>Mestrado</i> |
|--|-----------|----------------------|----------------|--------------------|-----------------------|-----------------|
| <b>Nutricionista / Coordenador técnico</b> | 01        | 40hs                 | X              |                    | Pós-graduando         |                 |
| <b>Coordenadora Administrativa</b>         | 01        | 40hs                 | X              |                    |                       |                 |
| <b>Fisioterapeuta</b>                      | 01        | 20hs                 | X              |                    | X                     |                 |
| <b>Fisioterapeuta</b>                      | 02        | 20hs                 |                | X                  | X                     |                 |
| <b>Fonoaudiólogo</b>                       | 01        | 20hs                 |                | X                  | Pós-graduando         |                 |
| <b>Terapeuta Ocupacional</b>               | 01        | 20hs                 |                | X                  |                       | X               |
| <b>Auxiliar Administrativo</b>             | 01        | 40hs                 | X              |                    |                       |                 |
| <b>Auxiliar Administrativo</b>             | 01        | 40hs                 |                | X                  |                       |                 |
| <b>Serviços gerais</b>                     |           | 40hs                 |                | X                  |                       |                 |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>09</b> |                      |                |                    |                       |                 |

Fonte: Autora.

**Apêndice B - Quadro técnico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF / carga horária**

| <i>Profissional/função</i>                     | <i>Carga horária</i> | <i>Efetivo</i> | <i>Precarizado</i> | <i>Especialização</i> | <i>Mestrado</i> |
|--|----------------------|----------------|--------------------|-----------------------|-----------------|
| <b>Fisioterapeuta</b>                          | 30hs                 |                | X                  | X                     |                 |
| <b>Nutricionista /<br/>Coordenador Técnico</b> | 40hs                 |                | X                  |                       |                 |
| <b>Assistente social</b>                       | 20hs                 |                | X                  |                       |                 |
| <b>Psicólogo</b>                               | 40hs                 | X              |                    | X                     | Mestrando       |
| <b>Educador Físico</b>                         | 20hs                 |                | X                  | X                     |                 |

Fonte: Autora.

**ANEXO**

### Anexo A - Quadro demonstrativo de procedimentos efetivados no centro de reabilitação - 2015

| Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada<br>Frequência por Mês de Atendimento segundo Procedimento[2008+<br>Ano: 2015 |           |           |            |            |            |            |            |            |            |            |            |            |             |
|---|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Procedimento  | Jan       | Fev       | Mar        | Abr        | Mai        | Jun        | Jul        | Ago        | Set        | Out        | Nov        | Dez        | Total       |
| 0101010028 ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA   | 7         | 2         | 4          | 2          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 15          |
| 0101030029 VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR   | 0         | 0         | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 3          | 0          | 5          | 0          | 8           |
| 0301010030 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)  | 0         | 0         | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 46         | 0          | 0          | 46          |
| 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)   | 7         | 9         | 37         | 42         | 18         | 23         | 34         | 0          | 2          | 0          | 9          | 0          | 181         |
| 0301040044 TERAPIA INDIVIDUAL   | 20        | 0         | 16         | 0          | 0          | 0          | 0          | 0          | 20         | 0          | 67         | 0          | 143         |
| 0302050019 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICA                         | 1         | 1         | 56         | 32         | 38         | 19         | 26         | 100        | 29         | 63         | 26         | 19         | 410         |
| 0302050027 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS  | 10        | 69        | 215        | 154        | 194        | 210        | 214        | 222        | 116        | 170        | 98         | 35         | 1707        |
| 0302060014 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS SEM COMPLICAÇÕES                          | 2         | 6         | 13         | 12         | 32         | 70         | 70         | 70         | 66         | 70         | 51         | 42         | 504         |
| 0302060022 ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS COM COMPLICAÇÕES                          | 0         | 0         | 0          | 1          | 0          | 40         | 40         | 40         | 40         | 40         | 34         | 27         | 262         |
| <b>Total</b>  | <b>47</b> | <b>87</b> | <b>341</b> | <b>243</b> | <b>282</b> | <b>362</b> | <b>384</b> | <b>432</b> | <b>276</b> | <b>389</b> | <b>290</b> | <b>123</b> | <b>3276</b> |

| Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada<br>Frequência por Mês de Atendimento segundo Procedimento[2008+<br>Fonoaudiólogo<br>ANO: 2015 |           |           |            |
|--|-----------|-----------|------------|
| Procedimento   | Set/2015  | Nov/2015  | Total      |
| 0101030029 VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR  | 3         | 5         | 8          |
| 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)  | 2         | 9         | 11         |
| 0301040044 TERAPIA INDIVIDUAL  | 20        | 67        | 87         |
| <b>Total</b>   | <b>25</b> | <b>81</b> | <b>106</b> |

| Produção Ambulatorial_de Procedimentos da Tabela Unificada<br>Frequência por Mês de Atendimento segundo Procedimento[2008+<br>ANO: 2015<br>Terapeuta Ocupacional |           |           |           |           |           |            |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Procedimento   | Mar       | Abr       | Mai       | Jun       | Jul       | Total      |
| 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)  | 16        | 33        | 18        | 23        | 34        | 124        |
| 0301040044 TERAPIA INDIVIDUAL  | 16        | 0         | 0         | 0         | 0         | 16         |
| <b>Total</b>   | <b>32</b> | <b>33</b> | <b>18</b> | <b>23</b> | <b>34</b> | <b>140</b> |

Fonte: CAJUEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Controle e avaliação