

Cristine Becchi, Anne; Meyer Albiero, Adriana Lenita; de Oliveira Pavão, Fernanda; de Souza Pinto, Inácio; Veloso de Godoi, Aline; Caroline Dias, Beatriz; de Andrade Gonçalves, Eliane Cristina; Fonseca Cavalhero, Rodolfo
Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 653-660
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263659032>

Perspectivas atuais de cogestão em saúde: vivências do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde

Current perspectives of co-management in healthcare: experiences of the Humanization Working Group on Primary Healthcare

Anne Cristine Becchi

Especialista em Políticas Públicas para Infância e Adolescência e Especialista em Exercícios Personalizados, Educadora Física do Núcleo de Apoio a Saúde da Família da Secretaria de Saúde de Maringá e preceptora do PET-Saúde.

Endereço: Rua Patrícia, 528, CEP 87040-450, Maringá, PR, Brasil.
E-mail: anne_becchi@hotmail.com

Adriana Lenita Meyer Albiero

Doutora em Ciências Biológicas. Professor adjunto do Departamento de Farmácia na Universidade Estadual de Maringá.
Endereço: Av. Colombo, 5790, CEP 87020-900, Maringá, PR, Brasil.
E-mail: almalbiero@uem.br

Fernanda de Oliveira Pavão

Acadêmica da graduação em psicologia pela Universidade Estadual de Maringá.
Endereço: Rua dos Pinheiros, 389, CEP 87060-280, Maringá, PR, Brasil.
E-mail: fer_pavao@hotmail.com

Inácio de Souza Pinto

Especialista em Análise do Comportamento, Psicólogo, preceptor do PET-Saúde - Núcleo Integrado de Saúde Pinheiros.
Endereço: Rua Valeriana 282, CEP 87043-637, Maringá, PR, Brasil.
E-mail: inaciodianante@hotmail.com

Aline Veloso de Godoi

Acadêmica da graduação em farmácia pela Universidade Estadual de Maringá.
Endereço: Rua João Domingues do Val, 209, CEP 18800-000, Piraju, SP, Brasil.
E-mail: aline_vg@hotmail.com

Beatriz Caroline Dias

Acadêmica da graduação em enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá.
Endereço: Rua Tiete, 207, Kit. 14, CEP 87020-210, Maringá, PR, Brasil.
E-mail: bcdias.1@hotmail.com

Eliane Cristina de Andrade Gonçalves

Acadêmica da graduação em Educação Física pela Universidade Estadual de Maringá.
Endereço: Rua São João, n.250, Apt 702, Zona 07, CEP 87030-200, Maringá, PR, Brasil.
E-mail: li_lilih321@hotmail.com

Rodolfo Fonseca Cavalhero

Acadêmico da graduação em medicina pela Universidade Estadual de Maringá.
Endereço: Rua Dr. Miguel Vieira Ferreira, 134, apto 602, CEP 87020360, Maringá, PR, Brasil.
E-mail: rodolfocavalhero@gmail.com

Resumo

O objetivo deste artigo é relatar a experiência da criação de um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) como dispositivo para a materialização e operacionalização de espaços de cogestão na atenção primária à saúde, baseado nos princípios da Política Nacional de Humanização. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, envolvendo a observação participante abrangendo o Núcleo Integrado de Saúde Pinheiros (NIS-Pinheiros) da cidade de Maringá, PR. O NIS conta com sete Equipes de Saúde da Família, sendo referência para o atendimento de aproximadamente 35 mil usuários. A coleta dos dados foi realizada por meio da análise documental, utilizando-se os registros das atas das reuniões do GTH e atas das reuniões gerais, os registros da caixa de sugestões da unidade e os registros da observação participante do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, desenvolvido por meio da Universidade Estadual de Maringá (UEM) no NIS-Pinheiros. Os resultados constatados apontam que as reuniões do GTH e sua ampliação, intitulada de “Reunião Geral”, passaram a ser dispositivos de participação e construção coletiva na cogestão do NIS-Pinheiros, além de conferir responsabilidade para todos os atores sociais envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários), que passaram a participar do planejamento e organização da unidade, intervindo na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde na atenção primária.

Palavras-chave: Humanização da assistência; Gestão em saúde; Atenção primária à saúde.

Abstract

The aim of this article is to describe the experience of a Humanization Work Group (GTH) as a co-management apparatus on Primary Health Care. This group is based on the National Policy for Humanization (2004). It is a qualitative study, based on participant observation (Minayo, 2004), conducted at the Núcleo Integrado de Saúde Pinheiros (NIS-Pinheiros), a Primary Care Health Unit, in the city of Maringá, Paraná. The NIS houses seven Family Health Teams, which assist around 35.000 people. Data were collected using documental analysis of the GTH meetings records, the General Meeting records, the information from the suggestion box, the experience of the students who participated of PET-Saúde (Program of Education for Health Through Work, of Brazilian's Ministry of Health), from Universidade Estadual de Maringá (UEM). The project was conducted at NIS-Pinheiros. The results show that the GTH meetings and its extension, called “general meeting”, were used as an apparatus for participation and collective construction of co-management at NIS-Pinheiros. Additionally, these apparatus shared responsibility among all the social actors involved (workers, managers and users), who could participate of the unit's planning and organization, improving the work processes and the quality of health production on primary care.

Keywords: Humanization of Assistance; Health Management; Primary Health Care.

Introdução

Um marco na história da saúde pública brasileira foi a 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, em Brasília. A Conferência consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária, assinalando um processo democrático tendo como proposta política o conceito abrangente de saúde e seu reconhecimento como direito e dever do Estado (Brasil, 1998).

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído por meio de movimentos sociais e políticos na 8^a Conferência, concentrando as necessidades e expectativas da sociedade em relação à saúde. E o direito à saúde e dever do Estado foi legalizado na Constituição Federal de 1988: “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p. 32).

O SUS foi institucionalizado, avançando para o princípio de universalização do atendimento, tornando-se público e gratuito a qualquer cidadão brasileiro, conforme expresso na Lei 8.080/90 (Brasil, 1990). Tendo como diretrizes o atendimento integral, de forma descentralizada e regionalizada, e formado pelo conjunto de todas as ações e serviços da saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, privadas, federais, estaduais e municipais.

A Lei 8.142/90 refletiu sobre a importância do movimento social e político, tendo como diretriz a participação do usuário na construção e no controle social do sistema de saúde, ou seja, envolvendo a comunidade na gestão do SUS, criando as Conferências e Conselhos de Saúde (Brasil, 2011).

As conquistas legais obtidas pela sociedade nas diretrizes do SUS ainda estão em processo de construção, sendo a Política Nacional de Humanização (PNH) um dos caminhos que contribuem para edificar o SUS (Brasil, 2004a). Implantada pelo Ministério da Saúde, a PNH visou corrigir as deficiências do sistema de saúde pública brasileiro, como por exemplo: o despreparo dos trabalhadores em lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o sujeito de seu processo de trabalho (Brasil, 2004a). Coloca-se como

uma política transversal do SUS, buscando fomentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, tanto os profissionais da rede de atenção como os seus usuários, a corresponsabilidade deles e a indissociabilidade entre a atenção, a gestão e o protagonismo (Archanjo e Barros., 2010).

Assim, a proposição da humanização coloca no centro dos desafios políticos do SUS o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada pelo diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral (Ayres, 2009; Brasil, 2006; Garcia e col., 2010).

Dessa forma, todos os participantes devem estar comprometidos na gestão do processo de trabalho para debater e construir estratégias que melhorem o acesso e a qualidade dos serviços. Essa estratégia coletiva é chamada de cogestão, ou seja, um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivos (Brasil, 2009).

Hennington (2008) aponta que no campo da gestão em saúde há a necessidade de reflexão a respeito de valores tomados em consideração no campo das decisões durante o curso da atividade, além da dinâmica dos processos de trabalho e da noção de experiência e subjetividade dos trabalhadores. Tudo isso contribui para que se crie novas formas de efetivar ações que mudem o processo de trabalho e a forma de gestão verticalizada, instituindo uma nova maneira de agir em saúde, apostando na produção de autonomia, protagonismo dos sujeitos que integram o SUS e a cogestão (Brasil, 2004a).

A PNH tem contribuído para a evolução do sistema público de saúde brasileiro, haja vista que reafirma os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. E traz novos dispositivos, com metodologias e estratégias para a edificação de um sistema de saúde resolutivo e de qualidade (Archanjo e Barros, 2010).

Para implantar a PNH, viabilizando seus princípios e diretrizes, o Ministério da Saúde tem operado com dispositivos que promovem mudanças nos modelos de atenção e gestão. Dentre esses dispositivos está o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), que tem por objetivo intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção em saúde, sendo uma forma de efetivar a cogestão em saúde (Brasil, 2004a, 2009).

O GTH pode instituir-se em qualquer instância do SUS, seja na atenção primária, secundária ou terciária dos serviços, oportunizando o diálogo sobre os serviços prestados, interferindo na dinâmica das equipes de trabalho e melhorando as relações estabelecidas entre os trabalhadores, os gestores e os usuários (Brasil, 2011). O GTH deve ser composto de diferentes categorias profissionais que integram o serviço de saúde (Brasil, 2006).

Apesar dessas constatações, os resultados das ações do Grupo de Trabalho de Humanização na Atenção Primária à Saúde ainda são pouco conhecidos, e as avaliações dessas intervenções são escassas e necessárias.

Nesse contexto este estudo tem como objetivo principal relatar a experiência da criação de um Grupo de Trabalho de Humanização como dispositivo de cogestão na atenção primária à saúde, apoiado pelo grupo PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) do Ministério da Saúde.

Método

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa, particularmente mais aberta e interativa, pois leva em consideração o protagonismo dos sujeitos participantes, bem como o contexto no qual estão inseridos.

O campo de estudo foi uma unidade básica de saúde (UBS), NIS-Pinheiros, do município de Maringá, PR, focando o cenário do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). O NIS atende uma região com população aproximada de 35 mil usuários. Atualmente conta com sete Equipes de Saúde da Família e 115 servidores, dentre os quais médicos, enfermeiros, farmacêutico, dentistas, psicólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais e auxiliares de enfermagem, entre outros.

A coleta dos dados foi realizada por meio da análise documental, utilizando-se os registros das atas das reuniões do GTH e atas das reuniões gerais, os registros da caixa de sugestões da unidade e os registros em formato de relatórios dos alunos participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, desenvolvido por meio da Universidade Estadual de Maringá no NIS-Pinheiros.

Adotou-se a estratégia de campo realizando a observação participante, com interações sociais entre os pesquisadores e os sujeitos, com registro das descrições subjetivas das reuniões do GTH e das reuniões gerais, compondo os documentos para análise. Segundo Minayo (2004), por meio da observação participante o pesquisador pode avançar em relação às concepções iniciais, identificar possíveis tensões, conflitos e motivar mudanças, baseados na Política Nacional de Humanização.

Para a análise dos documentos recorremos à metodologia da análise do conteúdo, caracterizada pela análise de dados linguísticos, na qual os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados (Sá-Silva e col. apud Appolinário, 2009). Inicialmente foi realizada a leitura das atas utilizando a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2008), seguida da categorização temática e análise reflexiva dos resultados baseados nos objetivos e diretrizes da PNH.

O GTH objetiva intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos, promovendo a inclusão dos diferentes sujeitos, fomentando o protagonismo, promovendo a transversalidade e horizontalização das relações (Brasil, 2006). O GTH do NIS Pinheiros foi executado por meio de reuniões periódicas, discutindo-se temas e conflitos sobre as diversas situações enfrentadas pelos servidores e pela unidade.

Apresentação dos resultados e discussão

O GTH foi implantado no NIS-Pinheiros em 2009, por uma parceria entre “serviço e ensino”, oportunizada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde, desenvolvido pela UEM na respectiva unidade. O PET-Saúde possibilitou o desenvolvimento de ações para fortalecimento do GTH.

No período de abrangência deste estudo foram realizadas 24 reuniões do GTH. Este era composto por diferentes categorias profissionais, bem como pelos alunos do PET-Saúde, e contou com participação média de 10 profissionais por reunião, sendo que algumas categorias participavam mais assiduamente e outras, esporadicamente. Alguns trabalha-

dores relatavam não participarem do GTH porque a reunião acontecia em horário em que estavam em outras atividades, como atendimento clínico, visita domiciliar etc.

No início as reuniões foram organizadas semanalmente, destacando-se a pontualidade para o seu começo e término, cumprindo uma rotina de 1 hora e meia. O GTH tinha como estrutura funcional iniciar a reunião com a leitura da ata da reunião anterior e a sua ratificação ou aprovação. Com isso, havia a orientação para tratar dos assuntos que ficaram pendentes e na sequência, a pauta para a reunião do dia era construída pelos participantes, priorizando os temas de acordo com a necessidade da unidade.

Para buscar a participação dos usuários e a opinião de trabalhadores que não conseguiam participar das reuniões, foi implantada uma caixa de sugestões itinerante pelos setores da unidade. Assim, as sugestões e os problemas específicos passaram a ser registrados por servidores e usuários de cada setor no qual a caixa permanecia. A caixa começou a ser aberta nas reuniões do GTH, quando eram lidos os registros encontrados e discutidas as suas soluções.

No entanto, como o tempo da reunião era limitado, percebeu-se que a abertura da caixa de sugestões durante a reunião do GTH não estava sendo eficaz, já que, ao verem o que estava escrito, todos os membros do grupo queriam falar, dar opiniões, expressar-se. Com isso, não sobrava tempo para pensar em soluções.

Assim, após aprovação dos participantes, o grupo PET-Saúde foi responsabilizado pela abertura da caixa de sugestões em reunião própria, semanal. Dessa forma, os recados deixados passaram a ser selecionados e classificados, sendo posteriormente apresentados em temas na reunião do GTH.

Os principais temas apresentados no GTH revelavam a rotina do processo de trabalho, a estrutura física da unidade de saúde, os recursos humanos e as relações sociais envolvidas entre os sujeitos (trabalhadores, usuários e gestores). Dessa forma, as principais discussões na reunião partiam dos temas registrados na caixa de sugestões e que eram pré-classificados pelo PET-Saúde.

O PET-Saúde fez algumas tentativas de dividir os registros encontrados na caixa de sugestões

em categorias, tais como: estrutura e processo de trabalho, entre outros. Entretanto, houve grande dificuldade para classificá-los em apenas uma categoria - na maioria das vezes, os registros poderiam ser classificados em duas ou mais categorias. Como exemplo, pode-se citar a observação: “o atendimento da recepção é demorado” - tal fato poderia estar relacionado tanto ao processo de trabalho quanto à falta de equipamentos necessários ao atendimento adequado (problema estrutural).

Grandesso (2000) considera que o conhecimento adquirido durante a formação profissional deve ser suspenso, a fim de ajudar a enxergar os dilemas sob outras perspectivas. Assim, o grupo PET-Saúde não poderia se considerar detentor de um saber especialista que culmina em verdades absolutas, e possibilitou o acesso a todos os registros nas reuniões do GTH.

Portanto, os registros passaram a ser contados, agrupados por similaridade e levados à reunião, da forma como eram encontrados, descartando-se os papéis em branco, os com dizeres ofensivos, com desenhos ou anotações ininteligíveis. Destacam-se alguns registros:

- “para pegar a liberação de exames não acho necessário pegar senha e aguardar até 30 pessoas na fila” (sexo feminino, em 13/01/2011).

- “melhorar a ventilação e os assentos da sala de espera” (sexo masculino, em 31/01/2011);

- “Eu B. acho que precisa de mais funcionários para melhoria do Pinheiros” (sexo feminino, em 12/06/2011);

-“A minha sugestão é o [sic] seguinte: deve haver uma melhor distribuição de funcionários, pois o atendimento esta [sic] a desejar, num setor muitas pessoas e em outro setor como, por exemplo, para colher o sangue apenas 2 funcionários” (sexo feminino, em 06/09/2011);

- “Colocar mais atendente para consultas especializadas” (sexo feminino, em 04/10/2011);

Os registros eram lidos no GTH e, buscando-se valorizar os saberes de cada participante, praticava-se o diálogo quando do surgimento de temas conflituosos, ou encaminhava-se para uma votação, buscando-se resolver o tema apresentado. Entre os

registros que apareceram com frequência estava o da demora no agendamento das consultas especializadas e o intervalo demasiadamente longo entre o agendamento e a consulta.

Dentre todos os registros apresentados e discutidos nas reuniões, algumas questões puderam ser solucionadas no âmbito da unidade, mas outras dependiam também de setores externos a ela. Como exemplo tem-se a questão da falta de funcionários, reclamação mais frequentemente apontada - assunto que criou uma visão negativa do serviço prestado, uma vez que só pode ser modificado por órgãos superiores, e não pela gestão da unidade.

Por outro lado, foi possível perceber que as questões relacionadas diretamente ao serviço tiveram considerável resolutividade, pois, por meio das sugestões encontradas na caixa, o GTH se tornou um local de planejamento das ações.

Quanto ao tema das consultas especializadas, os resultados mostram que após a discussão e o planejamento de ações para solucionar este problema, o GTH propôs a confecção de um cartaz informativo para conscientizar os usuários sobre o número de consultas de especialidade perdidas no mês. Vale ressaltar que o NIS-Pinheiros oferece cerca de 1.000 consultas especializadas por mês, das quais cerca de 120 são perdidas porque os usuários não retiraram a guia de encaminhamento, e os que retiram não comparecem às consultas. Um mês após a colocação do cartaz, o número de consultas perdidas passou de 120 para 101, notando uma ligeira mudança, ou seja, uma discreta conscientização dos usuários.

Quanto à caixa de sugestões, comparando as assertivas colhidas nela com as experiências dos trabalhadores da unidade, e de acordo com Cesca (2004), que afirma que a comunicação escrita é uma forma limitada de comunicação que abrange um número pequeno de pessoas, chegou-se à conclusão de que esse instrumento não era adequado para retratar a realidade do serviço. Isso porque muitas pessoas o utilizavam apenas em momentos de impaciência ou revolta, e na maioria das vezes sem ressaltar os lados positivos do serviço de saúde.

Outro resultado constatado foi a percepção da necessidade de ampliar as discussões do GTH para todo o NIS-Pinheiros, pois as questões discutidas não eram informadas aos demais trabalhadores,

gerando distanciamento e desarticulação, apesar de os resumos das atas das reuniões serem afixados em mural e cada representante no GTH estar orientado a divulgar o que foi discutido. Assim, as discussões do GTH foram estendidas para reuniões intituladas “Reunião Geral”, realizadas a cada 40 dias, aproximadamente, com duas horas de duração, e em turno alternado - uma vez pela manhã e outra vez à tarde -, sendo que nesse intervalo o NIS permanecia fechado para atendimento ao público.

As reuniões do GTH e as reuniões gerais passaram a ocorrer de forma simultânea, seguindo-se um cronograma anual de encontros programados, discutido e aprovado no GTH, que passou a ser efetivado para que os trabalhadores se organizassem para participar. Em um ano foram realizadas oito reuniões gerais, sendo as três primeiras organizadas pelos trabalhadores participantes do GTH apoiados pelos alunos do PET-Saúde.

A partir da quarta reunião foi montada uma escala de equipes responsáveis pela organização da seguinte maneira: Equipes 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, da Estratégia Saúde da Família, Equipe da Odontologia, Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), e a Equipe “Grande Família”, composta pelos trabalhadores dos setores administrativos, de serviços gerais, farmácia e demais profissionais assistenciais da unidade. Essa organização possibilitou entrosamento maior entre os servidores, valorizando a participação, além da sua capacitação em processos organizacionais e para o trabalho em grupo.

As equipes responsáveis pela organização das reuniões gerais adotavam os seguintes procedimentos:

- Avisar a ouvidoria do município e unidades de referência (hospitais e prontos atendimentos) que a unidade encontrava-se fechada no horário da reunião, pois assim estes ficariam preparados para a demanda que seria encaminhada a eles devido ao fechamento;
- Fazer cartazes para divulgação da reunião entre os funcionários, e avisar os usuários sobre o fechamento da unidade para a “Reunião Geral”;
- Lembrar a recepção da unidade para não abrir agenda médica no horário da reunião;
- Organizar a confraternização ao final da reunião com *coffee break*;

- Organizar dinâmicas, providenciar materiais de apoio e realizar atividades que motivassem as discussões e os debates em torno das questões da unidade;
- Conferir os profissionais e aniversariantes do mês;
- Preparar uma atividade lúdica.

Durante as reuniões, passou-se a seguir uma ordem de ações, destacadas a seguir:

- Abertura: realizar as boas-vindas aos trabalhadores, destacando os aniversariantes, os profissionais do mês e os funcionários novos, além de dinâmica lúdica para integração entre os participantes;
- Informes: divulgados pela diretora da unidade;
- Discussão do tema escolhido para a reunião: com atividades coletivas que integrassem os trabalhadores;
- Encerramento: conclusões e reflexões sobre o tema proposto, e mensagem final preparada pela equipe organizadora;
- Confraternização: oferecimento de um *coffee break* especial, preparado com a colaboração de todos os servidores.

Da primeira “Reunião Geral” participaram 62 trabalhadores, da segunda, 70 e a última, realizada recentemente, contou com a participação de 98 funcionários, mostrando a sensibilização dos servidores e a conscientização da importância de participar da gestão do serviço e lutar por mudanças.

Scochi e Botti (2006) destacam que por meio da reunião realiza-se um momento de troca de informações, com dinâmicas de interação e motivação que proporcionam conhecimentos e diversas opiniões, criando a oportunidade de conhecer o outro e conhecer-se a si próprio. Esse é um aprendizado importante para a realização do trabalho coletivo e de cogestão.

Dos temas discutidos nas reuniões gerais, destacam-se: comunicação, acolhimento, problemas setoriais da unidade, problemas de relacionamento interpessoal, entre outros. Na discussão do tema acolhimento foi constatada a necessidade de um atendimento mais humanizado e acolhedor, e a sensibilização dos trabalhadores ocorreu quando estes tomaram conhecimento, por intermédio de uma palestra proferida por um funcionário do Hospital Municipal de Maringá, sobre a experiência do acolhimento com classificação de risco realizada pela instituição.

Dessa experiência emergiu a proposta de montar uma comissão formada por funcionários do NIS para implantar na unidade o dispositivo acolhimento, uma vez que, com esse dispositivo, pacientes de riscos poderiam ser atendidos ou encaminhados para atendimento com maior agilidade, evitando agravos à saúde e sofrimento. Segundo a PNH, o acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde e implica a responsabilização do trabalhador e da equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída do serviço (Brasil, 2004b).

Dessa forma, o GTH e as reuniões gerais passaram a ser dispositivos de participação e construção coletiva na cogestão do NIS-Pinheiros, além de conferir responsabilidade a todos os atores sociais envolvidos, que passaram a participar do planejamento e organização da unidade.

Conclusão

O referido trabalho possibilitou constatar que o Grupo de Trabalho de Humanização em uma unidade básica de saúde consiste em um importante dispositivo para cogestão em saúde, envolvendo a participação dos trabalhadores no processo de gestão e organização do trabalho. Ainda que os resultados mais significativos possivelmente sejam alcançados em longo prazo, foi importante perceber que o GTH e as reuniões gerais se tornaram dispositivos para proporcionar mudanças e promover o protagonismo dos trabalhadores.

Em curto prazo, houve significativa melhora da relação entre os trabalhadores, que tornaram o espaço de discussão um momento para compartilhar suas necessidades, anseios, sentimentos, impressões e propor estratégias de melhoria do serviço. Assim, as condutas metodológicas vivenciadas permitiram aos colaboradores comprometer-se em aprimorar tanto as condições de trabalho quanto o atendimento de qualidade ao usuário.

Para os participantes do PET-Saúde, a vivência com o GTH foi enriquecedora para a formação acadêmica e profissional, mostrando a importância de se trabalhar em grupo, com profissionais de diferentes áreas, além de vivenciar o funcionamento de uma unidade básica de saúde. Percebeu-se a existência de pessoas dispostas a melhorar a qualidade da

assistência à saúde, apesar da complexidade das demandas.

Os conhecimentos adquiridos neste estudo fornecerão subsídios para ampliar as possibilidades de humanização da assistência à saúde, uma área que está em constante desenvolvimento.

Referências

- ARCHANJO, J. V. L.; BARROS, M. E. B. de. *Política Nacional de Humanização: reafirmando os princípios do SUS*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional na área da Saúde) - Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.
- AYRES, J. R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, p. 11-23, 2009. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/03.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: desafios e perspectivas*. Brasília, DF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Grupo de Trabalho de Humanização*. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: gestão participativa: cogestão*. Brasília, DF, 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Coleção para entender a gestão do SUS: Sistema Único de Saúde*. V. 1. Brasília, DF, 2011.
- CESCA, C. G. C. Comunicação eletrônica: as transformações nas organizações. *Revista Famecos*, Porto Alegre, n. 25, p. 168-173, dez. 2004.
- GARCIA, A. V. et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-834, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/phyisis/v20n3/v20n3a07.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2012.
- GRANDESSO, M. *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- HENNINGTON, É. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, São Leopoldo, ano I, n. I, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2012.
- SCOCHI, M. J.; BOTTI, M. L. O aprender organizacional: relato de experiência em uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 107-114, 2006.

Recebido em: 23/07/2012

Reapresentado em: 09/01/2013

Aprovado em: 01/04/2013