



---

**Júlia Guimarães Lopes**

**O resgate da Humanização:**

O Colegiado gestor como espaço para construção de uma ambiência acolhedora

Belo Horizonte

2022

Júlia Guimarães Lopes

**O resgate da Humanização:**

O Colegiado gestor como espaço para construção de uma ambiência acolhedora

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Ana Paula Martins Lara

Belo Horizonte

2022

L864r

Lopes, Júlia Guimarães.

O resgate da humanização: o colegiado gestor como espaço para construção de uma ambiência acolhedora. /Júlia Guimarães Lopes.  
- Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

45 f.

Orientador(a): Ana Paula Martins Lara.

Projeto de Intervenção (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Humanização. 2. Gestão Participativa. 3. Ambiência. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Educação Permanente em Saúde. I. Lara, Ana Paula Martins.  
II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 84.4

Júlia Guimarães Lopes

**O resgate da Humanização:**

O Colegiado gestor como espaço para construção de uma ambiência acolhedora

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em: 26 de setembro de 2022

Banca Examinadora

M.<sup>a</sup> Alessandra Rios de Faria  
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais  
(Avaliadora)

Esp. Danielle Simões Dias  
Prefeitura Municipal de Belo Horizonte  
(Avaliadora)

M.<sup>a</sup> Ana Paula Martins Lara  
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais  
(Orientadora)

Belo Horizonte

2022

## RESUMO

A Humanização em saúde é uma política no SUS desde 2004, quando suas discussões, antes setorizadas, passaram a configurar um modo de fazer transversal, a ser implementado em todos os cenários de prática e gestão do sistema. Uma de suas diretrizes é a gestão compartilhada, sendo o Colegiado Gestor um de seus instrumentos, no qual representantes de profissionais e gestores podem discutir propostas, elaborar planos de ação e executá-los, de modo que “planeja quem executa”. Este trabalho tem como objeto a proposição de um projeto de intervenção que possibilite a transformação do Colegiado gestor de um centro de saúde em um espaço de encontro de saberes, iniciando pela discussão da ambiência deste centro de saúde, seguindo premissas da Humanização e da Educação Permanente em Saúde. Foi realizada uma busca por artigos e documentos com vistas a formar o referencial teórico que possibilitou a elaboração do Projeto de Intervenção. Para o seu desenvolvimento, foram utilizadas estratégias metodológicas, como, por exemplo, a Roda de Conversa e a Atividade Passeio, com o intuito de ampliar os olhares e possibilitar o compartilhamento de impressões, e por último a elaboração de um Plano de Ação. Espera-se com a implementação do projeto que o Colegiado gestor da unidade possa vislumbrar novos rumos e novas formas de fazer saúde e fazer gestão, proporcionando ainda uma melhoria da ambiência da unidade, tornando-a mais acolhedora para profissionais e usuários.

Palavras-chave: Humanização. Gestão Participativa. Ambiência. Atenção Primária à Saúde. Educação Permanente em Saúde.

## ABSTRACT

Humanization in health has been a policy in the SUS (Brazilian Unified Health System) since 2004, when its discussions, which were previously sectorized, began to configure as a transversal policy, to be implemented in all scenarios of practice and management of the system. One of its guidelines is shared management, with the Management collegiate being one of its instruments, in which representatives of professionals and managers can discuss proposals, prepare action plans and execute them, in a way that “plans who executes”. This work aims to propose an intervention project that enables the transformation of the Collegiate Manager of a health center into a space for meeting of knowledge, starting with a discussion about its ambience, following Humanization and Permanent Education in Health’s premises. A search for articles and documents was carried out in order to form the theoretical framework that enabled the Intervention Project elaboration. For its development, methodological strategies such as the Conversation Circle and a Tour Activity were used, as a way to broaden perspectives and enable impressions sharing, and finally an Action Plan elaboration. With this project implementation, it is expected that the unit’s Collegiate Manager will be able to envision new directions and new ways of doing healthcare and management, also providing an improvement in the unit’s ambience, making it more inviting for professionals and users.

Key-words: Humanization. Shared Management. Ambience. Primary Health Care. Permanent Health Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Território em foco: 1- Mapa do Município de Belo Horizonte. 2- Destaque territorial à regional Nordeste (circundada em marrom). Fonte: BHMap, PBH.....	14
Figura 2 - Território em foco: à esquerda, destaque à área de abrangência do CS Dom Joaquim, circundada em azul (Fonte: BHMap, PBH), à direita imagem aérea da unidade (Fonte: Google Maps, 2022).....	14
Figura 3 - Placa de entrega do CSDJ, afixada ao lado da entrada da unidade. (Arquivo pessoal).....	15
Figura 4 - A unidade. A- Visão externa da unidade. B- Entrada para pedestres. Destaque feito para a numeração da unidade, manual. C- Acesso para o 1º Pavimento pelas escadas (em frente) ou pela rampa, à esquerda. (Arquivo pessoal).....	16
Figura 5 - Planta baixa do 1º pavimento da unidade. (Imagem ilustrativa, dimensões aproximadas). ....	17
Figura 6 - Área externa frontal da unidade. A- Visão de quem sobe pelas escadas. B- À direita, na imagem, vê-se o lance final da rampa de acesso. Longarinas não apresentam posição fixa. (Arquivo pessoal).....	18
Figura 7 - Saguão. A- Grade de entrada. B- À esquerda, espera para 06 pessoas. C- À direita, espera para 06 pessoas, e acesso ao banheiro e ao bebedouro. (Arquivo pessoal).....	19
Figura 8 - Área de espera. A- Porta de vidro conecta as esperas, com a pré-recepção como “interlocutora”. B- Balcão da recepção e arquivo dos prontuários. C- Espera com cadeiras, estante de livros e televisão. D- Escada de acesso para os andares superiores. ....	20
Figura 9 - Planta baixa do 2º pavimento da unidade.(Imagem ilustrativa, dimensões aproximadas). ....	21
Figura 10 - Construções do 2º Pavimento. A- Área de espera externa, descoberta. A porta aberta corresponde ao Consultório e a porta fechada ao Auditório. B- Corredor de acesso à área externa a partir da escada interna. C- “Sala” dos ACSs. D- Auditório.....	22
Figura 11 - Áreas verdes. A- Área inacessível, próximo à entrada da unidade. B- Canteiro Aquino, plantio e manutenção pelos profissionais da unidade. (Arquivo pessoal).....	22
Figura 12 - Planta baixa do 3º pavimento da unidade. (Imagem ilustrativa, dimensões aproximadas). ....	23
Figura 13 - 3º Pavimento. A- Toda a área é acessada unicamente pela escada interna à unidade. B- Saguão do terceiro andar. C- Copa. (Arquivo pessoal) .....	24
Figura 14 - 3º Pavimento. A- Sala da Assistência Social. B e C- Visões complementares da Sala do NASF. (Arquivo pessoal) .....	24
Figura 15 - Formas de organização do Auditório para os encontros.....	37
Figura 16 - Casos para problematização da ambiência. (MINAS GERAIS, 2021, p. 28) .....	39
Figura 17 - Perguntas orientadoras - Atividade Passeio (MINAS GERAIS, 2021, p. 29-30) .	39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de atividades no primeiro encontro, com tempo por atividade e materiais necessários para a execução.....	38
Tabela 2 - Distribuição de atividades no segundo encontro, com tempo por atividade e materiais necessários para a execução.....	41
Tabela 3 - Plano de Ação segundo a Matriz 5W2H (BELO HORIZONTE, 2016) modificado. .....	42
Tabela 4 - Distribuição de atividades no terceiro encontro, com tempo por atividade e materiais necessários para a execução.....	42

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BH</b>	Belo Horizonte
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual da Saúde
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>CSDJ</b>	Centro de Saúde Dom Joaquim
<b>eSB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>ESP-MG</b>	Escola de Saúde Pública de Minas Gerais
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF-AB</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
<b>PBH</b>	Prefeitura de Belo Horizonte
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PRHOAMA</b>	Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica
<b>SES-MG</b>	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	11
2	CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE TRABALHO .....	13
	2.1 Onde estamos? .....	13
	2.2 Como estamos? .....	15
3	JUSTIFICATIVA.....	26
4	OBJETIVOS .....	29
	4.1 Objetivos Gerais.....	29
	4.2 Objetivos Específicos.....	29
5	REFERENCIAL TEÓRICO .....	30
	5.1 Humanização: aspectos históricos e conceituais .....	30
	5.2 Gestão Participativa e Cogestão .....	31
	5.3 Ambiência.....	33
6	PROPOSTA DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	36
	6.1 Primeiro encontro .....	37
	6.2 Atividade Passeio .....	38
	6.3 Retorno ao auditório .....	40
	6.4 Segundo encontro .....	40
	6.5 Terceiro encontro .....	41
7	REPERCUSSÕES E POSSIBILIDADES.....	43
8	REFERÊNCIAS.....	44

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho no Sistema Único de Saúde é um processo singular, que não encontra paralelo em nenhum outro setor. Apesar disso, questões relacionadas ao trabalho em equipe, às relações desenvolvidas entre os profissionais e entre esses e os usuários do SUS estão diretamente relacionadas ao ser social, algo inerente à nossa existência enquanto sociedade.

Minha atuação no SUS se iniciou ainda na graduação, quando em um primeiro momento me percebi aluna de uma instituição pública, vinculada a um hospital-escola. Posteriormente, juntamente à minha centena de colegas, atuei também em outros espaços, como Hospitais conveniados à universidade e Unidades de Atenção Primária à Saúde, no município de Belo Horizonte e de Santana do Riacho, em Minas Gerais. Após me graduar como médica generalista, ingressei diretamente na prática profissional: passei a integrar uma equipe de Saúde da Família (eSF) na região da Pampulha, em Belo Horizonte, em uma área de ocupação rururbana<sup>1</sup>. Ali, como em várias localidades da capital mineira, as famílias estavam sujeitas a diversas mazelas da sociedade contemporânea capitalista, vítimas da discriminação, da disparidade de acesso, da falta de cuidado pelo Estado. A comunidade se instalou na área ocupada em 2009, mas apenas em 2017 sua população foi devidamente vinculada a uma ESF, com o redimensionamento da unidade. Além da luta por moradia, o acesso aos serviços de saúde também foi uma conquista popular, chamado que foi ao encontro do desejo dos profissionais que já se percebiam sobrecarregados com a demanda crescente que tentavam atender. Foi nessa unidade que tive um primeiro contato com a “humanização do cuidado” na prática, o que incluía espaços de gestão participativa, como o Colegiado Gestor e a Comissão Local de Saúde, intervenções no âmbito da ambiência da unidade, além de estímulo ao cuidado centrado na pessoa e na comunidade.

Nesse sentido, as discussões feitas nas reuniões do colegiado gestor em geral se desdobravam em ações de intervenção nos fluxos internos da unidade, ações programadas com a comunidade, entre outras, e a percepção geral era de maior satisfação dos profissionais com relação ao trabalho e ao seu pertencimento à equipe da unidade e um discurso de acolhimento dos usuários, que compreendiam melhor os fluxos e definições da unidade, com participação expressiva em todo o processo.

---

<sup>1</sup>“Rururbano é uma categoria nativa, um novo aspecto/termo com força de prática que surge a partir dos movimentos envolvidos; é o ideal de um modo de vida rururbano.” (Machado, 2017, p. 46). A ocupação de um espaço urbano com características e fazeres rurais. A Comunidade Dandara em BH, na contramão das ocupações verticais, apresenta uma segmentação por lotes, onde além da construção de casas para moradia é estimulado o plantio de subsistência.

O fluir e a satisfação que eu percebia com o aspecto coletivo do fazer saúde no SUS eram (como ainda é) algo que me movia, buscando sempre pensar novas propostas que auxiliassem esse processo, no entanto, o mesmo não se refletia por completo na minha vivência nos atendimentos individuais. Em muitos momentos passei a me defrontar com a insuficiência terapêutica que a alopatia e os protocolos proporcionaram, frente às questões de saúde dos pacientes no cenário da APS, o que me motivou a buscar uma formação complementar em Homeopatia. Apesar de me perceber em uma unidade acolhedora, foi fora dela que consegui uma oportunidade para atuar com a Homeopatia dentro do SUS-BH e, após mais de três anos na unidade descrita anteriormente, passei a integrar a equipe do Centro de Saúde Dom Joaquim.

Lá chegando, me percebi em um espaço diverso do anterior. Ainda me situando nesse novo ambiente, com novos colegas de trabalho e em meio ao cenário de Pandemia de COVID-19<sup>2</sup>, que já perdurava por mais de um ano. Ao longo desse período, a equipe sofreu com a perda de uma companheira Agente Comunitária de Saúde (ACS), com o afastamento de vários outros profissionais, com as sequências de aposentadorias, com o distanciamento social e com variadas preocupações. Já ao longo dos primeiros seis meses, presenciei e tomei conhecimento de conflitos frequentes, alguns entre os colegas e outros entre eles e os usuários. Além disso, um dos primeiros pontos que me chamou atenção foi a estrutura da unidade. Sua entrada concretada, a presença de grades nas janelas, no balcão da recepção e na farmácia, a existência de uma escada interna, sem rampa de acesso, criando espaços restritos dentro da unidade, por exemplo, me trouxeram certo desconforto e ao mesmo tempo uma inquietação. Não sabia como eu poderia auxiliar na melhoria da unidade e de suas relações.

O sentimento de inquietação, quando bem direcionado, pode nos auxiliar a mudar de rumo. Comecei a me questionar sobre formas de superar o sentimento de impotência e desgaste que muitas vezes atinge o trabalhador da saúde como já apresentado por Ribeiro e Ferreira (2011) e me lembrei de ter tido contato com a ESP-MG quando ainda trabalhava na unidade anterior, e encontrei um edital antigo da pós-graduação em Saúde Pública. Lembrou-me que à época achei muito interessante, já que meu objetivo profissional sempre passou pelo SUS, mas foi após o início do meu trabalho nessa nova unidade, experimentando os desafios do novo local de trabalho, que me vi em busca de novos olhares. Busquei pelos meios virtuais editais e cursos que pudessem me auxiliar nessa jornada e foi uma grande surpresa quando me

---

<sup>2</sup> A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, tendo como sintomas principais àqueles relacionados ao trato respiratório. Com os primeiros casos relatados em 31 de dezembro de 2019, foi caracterizada como uma pandemia pela OMS em 11 de março de 2020 (OPAS, 2022), alerta que segue em vigor à data de finalização deste trabalho.

deparei com um novo edital, dessa vez ainda em fase de seleção, para a Especialização em Saúde Pública da ESP-MG. Pela possibilidade de estudar nesse berço de mudanças, movi o que pude para conseguir me candidatar a uma vaga, mas o melhor do curso ainda estava por vir.

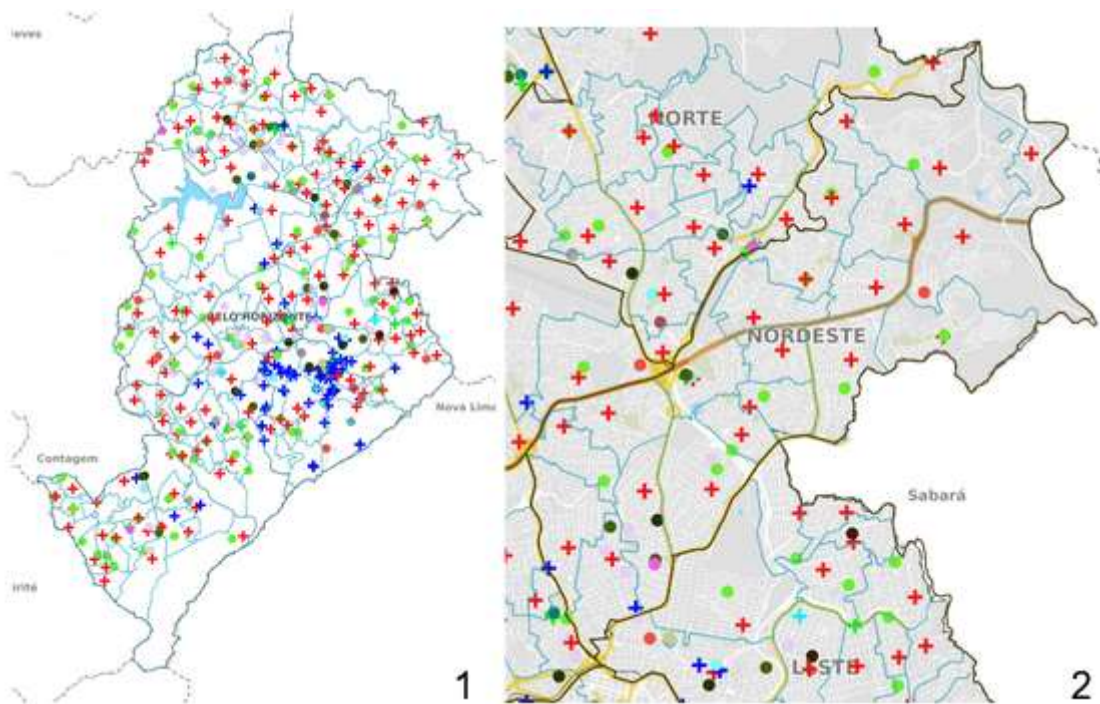
Descobri ao longo do curso de Especialização em Saúde Pública da ESP-MG que o mesmo está ancorado na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, que aborda a concepção do trabalho no SUS como espaço de aprendizagem cotidiana: “Os atores do cotidiano são os principais detentores da tomada de decisão sobre acolher, respeitar, ouvir, cuidar e responder com elevada qualidade.” (BRASIL, 2014, p. 2). Desse modo, a produção do conhecimento passa pela transformação das práticas de cuidado e de sua produção, trazendo mudanças que podem impactar inclusive as relações existentes entre seus atores.

Foi a partir do contato com essa perspectiva de ensino-aprendizado participativa e integradora que pude mudar meu olhar sobre a unidade. Ao invés de focar em aspectos comparativos, passei a buscar formas de compreender o espaço e as relações que pudessem ser, além de mais acolhedoras, mais transformadoras. Olhar de forma crítica o modo de fazer saúde dentro de uma unidade pode ser um processo difícil, mas ele é também essencial para trazer sentido ao que se faz. Assim, este trabalho busca propor um projeto de intervenção para a construção de um espaço de discussão por meio do Colegiado gestor, com referencial teórico nos princípios da EPS e da Humanização em Saúde.

## **2 CONTEXTUALIZANDO O LOCAL DE TRABALHO**

### **2.1 Onde estamos?**

O município de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, tem uma população estimada de 2.530.701 habitantes (IBGE, 2021), e é dividido administrativamente em 9 regiões de saúde. O Centro de Saúde foco deste trabalho se denomina Centro de Saúde Dom Joaquim (CSDJ) e se localiza na Regional Nordeste, composta por 70 bairros da cidade.



**Figura 1 - Território em foco: 1- Mapa do Município de Belo Horizonte. 2- Destaque territorial à regional Nordeste (circundada em marrom). Fonte: BHMap, PBH**

A área de abrangência da unidade, destacada na Figura 02, é composta por 03 bairros, com um total de 11.075 usuários cadastrados, que estão divididos entre duas equipes de saúde da família. A unidade foi construída para se tornar um Centro de Saúde e foi entregue à comunidade em 28 de março de 2000 (Figura 03).



**Figura 2 - Território em foco: à esquerda, destaque à área de abrangência do CS Dom Joaquim, circundada em azul (Fonte: BHMap, PBH), à direita imagem aérea da unidade (Fonte: Google Maps, 2022)**

A equipe da unidade é composta por duas eSFs e duas eSBs, com um redimensionamento recente: a segunda eSF da unidade foi habilitada em junho de 2022. Conta ainda com uma equipe do NASF-AB com Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Psicólogo; Médicos Ginecologista e Pediatra de apoio; equipe complementar de saúde mental com Psicólogo e Assistente Social; profissionais do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA): Médico Homeopata e Médico Acupunturista; profissionais de enfermagem de apoio; equipe de Zoonoses; profissionais de nível administrativo e de serviço de limpeza. Na unidade, ao todo, são 55 profissionais, incluindo concursados ou contratados e profissionais de empresas terceirizadas.

A unidade funciona atualmente no horário de 07:00 às 18:00 e durante todo o horário de funcionamento, várias atividades acontecem simultaneamente, de modo que o espaço físico da unidade tenta ser otimizado para comportá-las.

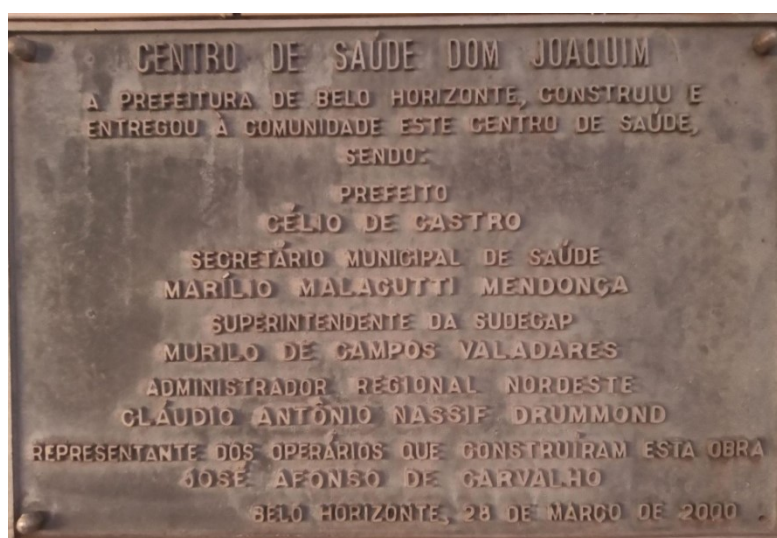


Figura 3 - Placa de entrega do CSDJ, afixada ao lado da entrada da unidade. (Arquivo pessoal)

## 2.2 Como estamos?

Vamos fazer um passeio descritivo pela unidade e por meio de fotos, faremos alguns apontamentos, com vistas a refletir sobre aspectos relevantes da ambiência da unidade. As plantas baixas foram desenvolvidas com o software AutoCAD (2019)<sup>3</sup>, utilizando-se o mapa aéreo (Figura 02) como base e com dimensões aproximadas. Essa representação visa facilitar

<sup>3</sup> AutoCAD é um software desenvolvido para auxiliar na elaboração de desenhos técnicos em duas e três dimensões, sendo amplamente usado pelos setores de Engenharia e Arquitetura, entre outros. (AUTODESK, 2022)

a localização do leitor ao longo do trabalho descritivo. A unidade se apresenta ladeada por dois grandes empreendimentos residenciais, em uma área com vários edifícios nas proximidades. Ao passar pela rua, não é tão fácil sua identificação: com um muro linear longo, pintado de cor creme e com marcas do tempo, apresenta um portão de correr na área da garagem na extremidade esquerda e uma porta gradeada à direita, para a entrada de pedestres. A unidade apresenta placa de identificação recuada do muro, sendo esta possível de ser vista quando no lado oposto da via. (Figura 4)

É possível observar ao lado da entrada de pedestres na figura 04-B uma área com reboco recente, sem pintura. Nesse local, havia uma estrutura metálica com a inscrição do nome da unidade e a numeração na via. Devido à depredação da estrutura, ela foi retirada, com a instalação posterior da placa vista na Figura 04 - A, na qual consta o nome da unidade. Já a numeração foi feita manualmente de forma provisória, inscrição essa que se encontra bastante apagada (destaque na Figura 04 - B).



**Figura 4 - A unidade. A- Visão externa da unidade. B- Entrada para pedestres. Destaque feito para a numeração da unidade, manual. C- Acesso para o 1º Pavimento pelas escadas (em frente) ou pela rampa, à esquerda. (Arquivo pessoal)**

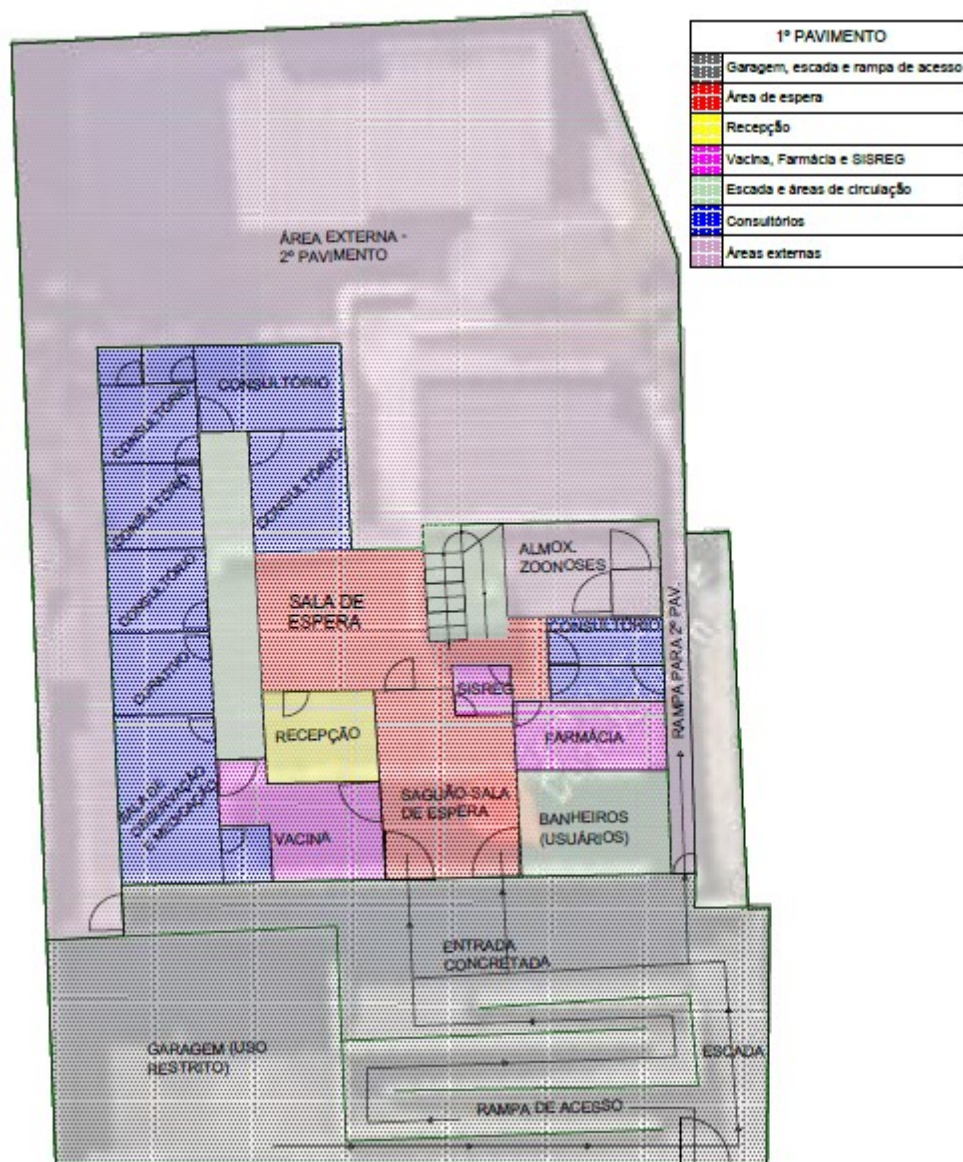


Figura 5 - Planta baixa do 1º pavimento da unidade. (Imagem ilustrativa, dimensões aproximadas).

Na planta baixa do 1º Pavimento (Figura 05), observamos a entrada da unidade na inferior, facilmente identificável pelo caminho em ziguezague, correspondente à rampa de acesso. Após a passagem pelo portão área, ao pedestre são dadas duas opções de caminhos (Figura 04-C). É possível acessar a construção da unidade por essa rampa ou pela escada (localizada no canto inferior direito na Figura 5), ambas com corrimãos. Ambos os caminhos trazem os transeuntes à área superior, no chamado “primeiro pavimento”, com uma área ampla, concretada e com um pequeno toldo que recobre pouco mais de um metro a frente da área central (Figura 6). A entrada para o saguão da unidade se dá por um portão gradeado, que apresenta duas portas, uma em cada extremidade (Figura 7-A).



**Figura 6 - Área externa frontal da unidade. A- Visão de quem sobe pelas escadas. B- À direita, na imagem, vê-se o lance final da rampa de acesso. Longarinas não apresentam posição fixa. (Arquivo pessoal)**

Ao adentrar por essas portas, chegamos à primeira área de espera, comum para a Farmácia, o setor de Consulta Especializada, a Vacina, a Pré-recepção e a Recepção. Por contar com doze cadeiras nesse espaço, com duas longarinas de seis lugares posicionadas invertidas (Figura 7 B e C), é uma cena comum pacientes permanecerem de pé enquanto aguardam ser chamados em um ou em outro setor. Nesse mesmo espaço, estão ainda localizados o bebedouro e os banheiros de usuários, ambos (feminino e masculino) com acessibilidade adequada. Para acessar a farmácia, a vacina e a consulta especializada os usuários se dirigem diretamente às suas salas, mas para todos os demais, o usuário necessita ser ouvido pela profissional da pré-recepção, que pode ser vista na figura 7-B, sentada na mesa interposta ao corredor. Imediatamente ao lado encontra-se a “janela” da recepção, que conta com uma extensa grade e janela de vidro. O paciente que está sendo atendido na recepção bloqueia a passagem do corredor, ao mesmo tempo em que a proximidade com tantas pessoas impossibilita que qualquer processo de sigilo seja atendido pela pré-recepção. É comum também uma sobreposição de tarefas entre os dois setores além de conflitos por dificuldades de comunicação entre eles: como exemplo, uma discussão que presenciei, quando uma paciente já abordada pela pré-recepção foi direcionada para atendimento na recepção. Como este profissional estava ocupado no momento, a usuária adentrou na segunda

área de espera da unidade (Figura 8) e lá ficou aguardando por cerca de duas horas antes que fosse identificada a ausência de recepção pelo profissional com quem ela estava marcada.



**Figura 7 - Saguão. A- Grade de entrada. B- À esquerda, espera para 06 pessoas. C- À direita, espera para 06 pessoas, e acesso ao banheiro e ao bebedouro. (Arquivo pessoal)**

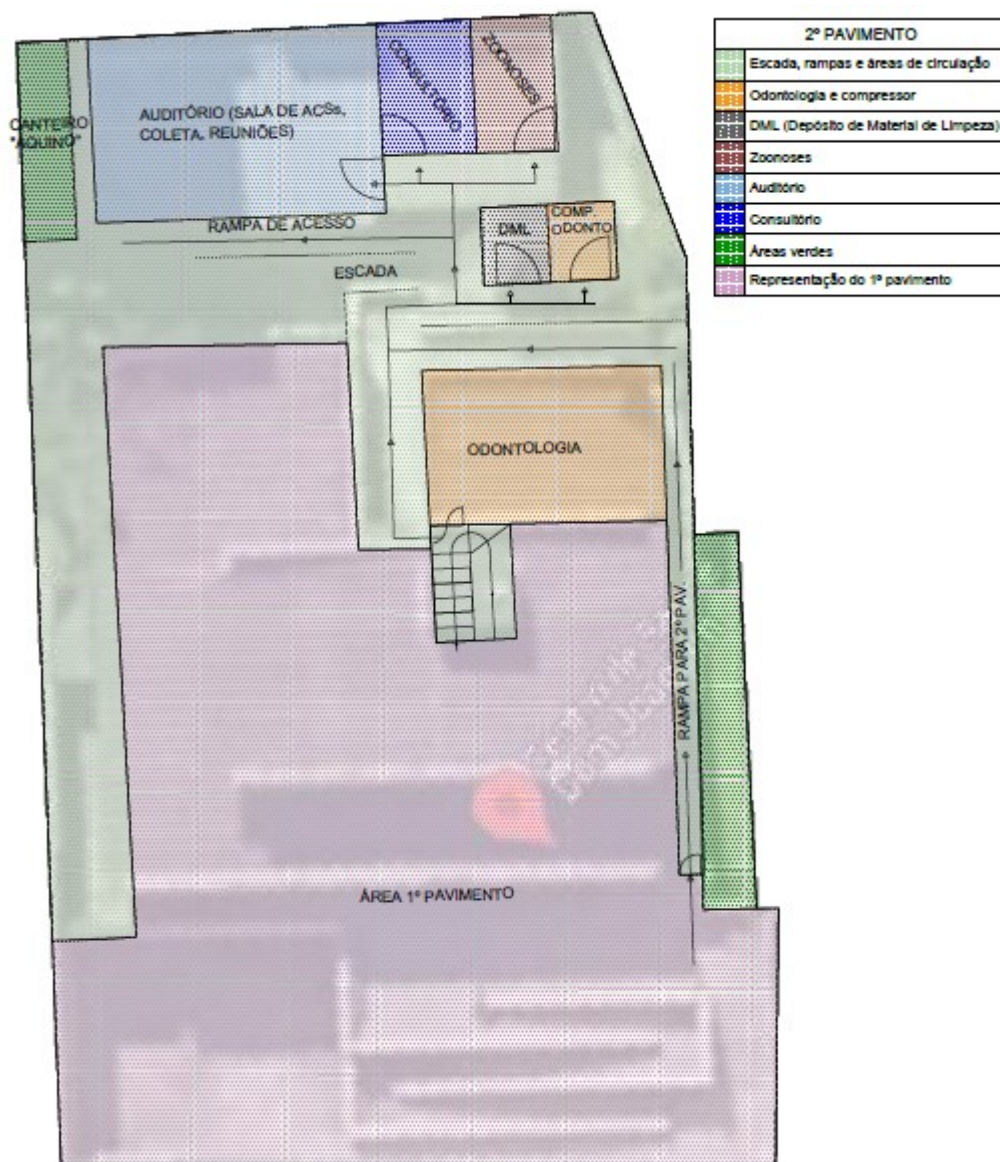
Dos dois corredores que se formam no saguão da área de espera (Figura 7), apenas o esquerdo (Figura 7-B) apresenta uma comunicação com a segunda área de espera, a partir de uma ampla porta de vidro, que permanece parcialmente aberta, como visto na figura 8-A. Ao adentrar na segunda área de espera há três caminhos possíveis, mas estes não são facilmente identificados. Lateralmente à porta de vidro, à esquerda, fica localizada a janela gradeada de atendimento da recepção e perpendicular a ela uma bancada não utilizada, onde é possível ver a área de guarda dos prontuários. Mais a frente, há ainda uma meia-porta, que leva ao corredor onde estão a maior parte dos consultórios da unidade. A área de espera apresenta ainda mais quatro conjuntos de longarinas, todas direcionadas ao mesmo lado. Como ação recente, colocamos na direção do olhar da espera uma estante com livros para doação, de modo a estimular a leitura e amenizar o cansaço dos períodos de espera mais longos. No sentido contrário, há um pequeno consultório e uma escada de acesso para o segundo e para o terceiro andar da unidade (Figura 8-D). Abaixo do vão do primeiro lance da escada ficam dispostos equipamentos danificados, enquanto abaixo do vão do segundo lance ficam uma parte dos escaninhos destinados à guarda de material pessoal de profissionais (Figura 8-D). Para os usuários com deficiência ou mobilidade reduzida, que necessitem acessar os andares superiores da unidade, temos dois cenários: para o segundo andar é possível o acesso por uma rampa lateral (Figura 10-B), que circunda a unidade pelo lado de fora, em área descoberta. Já para o terceiro andar, onde estão não apenas setores administrativos, mas também consultórios do NASF e da Assistência Social, o acesso é exclusivo pelas escadas, o que cria

espaços inacessíveis. Esse aspecto prejudica inclusive profissionais da unidade, como aqueles com limitações funcionais ortopédicas ou mobilidade reduzida por outras condições.



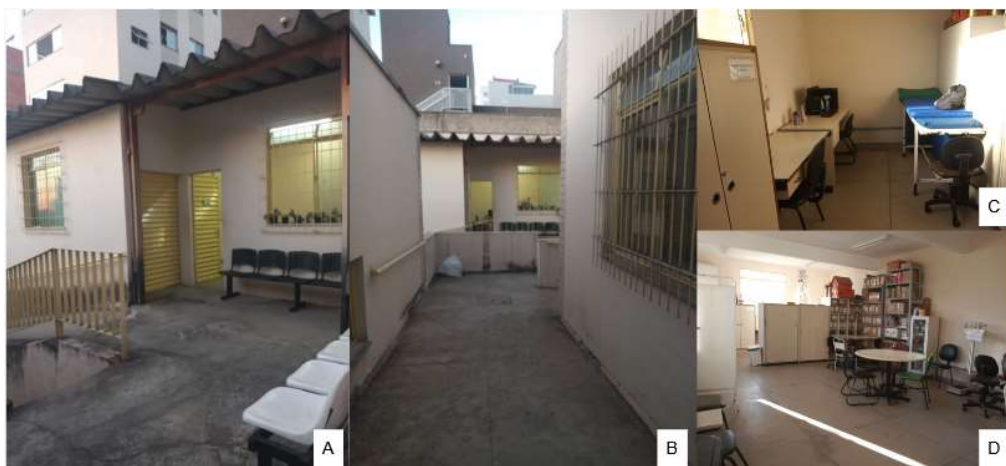
**Figura 8 - Área de espera. A- Porta de vidro conecta as esperas, com a pré-recepção como “interlocutora”. B- Balcão da recepção e arquivo dos prontuários. C- Espera com cadeiras, estante de livros e televisão. D- Escada de acesso para os andares superiores.**

O segundo andar da unidade é composto pela sala de odontologia, salão anexo à construção principal (Figura 9 - hachura amarela), que conta com área de escovação, sala de atendimento com duas cadeiras odontológicas e uma ampla bancada. Por uma porta à esquerda da entrada da odontologia é possível acessar um corredor externo, descoberto, por onde é possível seguir para os espaços externos (Figura 10).



**Figura 9 - Planta baixa do 2º pavimento da unidade. (Imagem ilustrativa, dimensões aproximadas).**

Na Figura 10 é possível identificar as entradas do consultório e do auditorio. Além destes, é também nos fundos do terreno que se localizam o DML, a sala do compressor da Odontologia e a Sala da Equipe de Controle de Zoonoses. No auditorio, além das reuniões de Colegiado Gestor e Comissão Local de Saúde, acontecem também os grupos de fisioterapia, a “sala das ACS”, a coleta de exames e permanecem arquivos e equipamentos que aguardam manutenção.

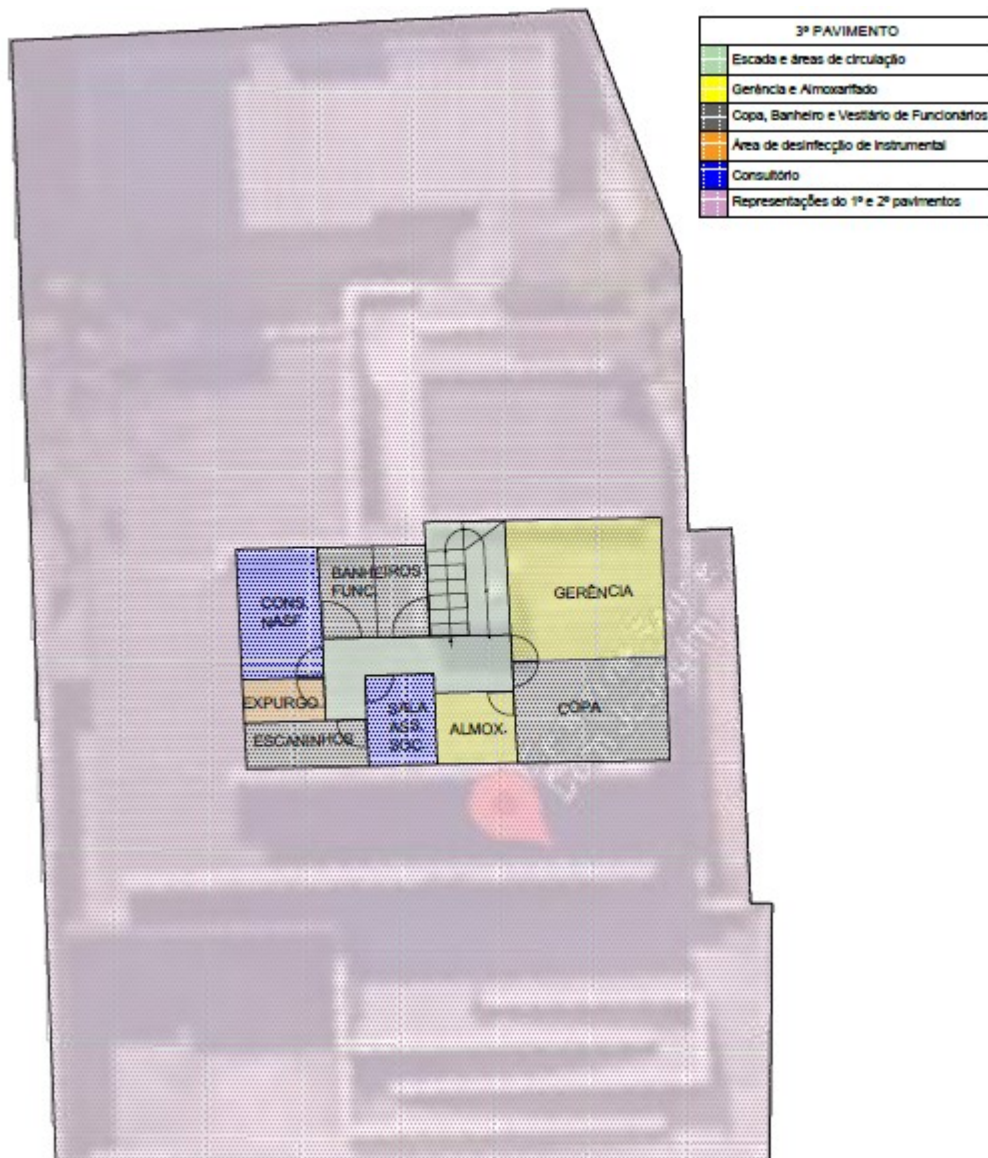


**Figura 10 - Construções do 2º Pavimento. A- Área de espera externa, descoberta. A porta aberta corresponde ao Consultório e a porta fechada ao Auditório. B- Corredor de acesso à área externa a partir da escada interna. C- “Sala” dos ACSs. D- Auditório.**

Ainda na Figura 9, estão destacadas em hachura verde as áreas com plantas na unidade, identificadas na Figura 11. A contradição é clara. A área mostrada em 11-A, logo na entrada da unidade, mostra um descuido, enquanto a área mostrada em 11-B é cuidada, irrigada e tem manutenção feita pelos profissionais.



**Figura 11 - Áreas verdes. A- Área inacessível, próximo à entrada da unidade. B- Canteiro Aquino, plantio e manutenção pelos profissionais da unidade. (Arquivo pessoal)**



**Figura 12 - Planta baixa do 3º pavimento da unidade. (Imagem ilustrativa, dimensões aproximadas).**

No terceiro e último andar da unidade, como apresentado anteriormente, estão concentrados os setores restritos aos profissionais (Figuras 13 e 14), como a sala da gerência, a copa, o almoxarifado, os banheiros para funcionários, o vestiário, além da sala de desinfecção e dois consultórios, um utilizado pelos profissionais do NASF e da Psicologia da Equipe Complementar e outro pela Assistência Social e por outros profissionais que precisem de um computador para a execução de seu serviço.



**Figura 13 - 3º Pavimento. A- Toda a área é acessada unicamente pela escada interna à unidade. B- Saguão do terceiro andar. C- Copa. (Arquivo pessoal)**



**Figura 14 - 3º Pavimento. A- Sala da Assistência Social. B e C- Visões complementares da Sala do NASF. (Arquivo pessoal)**

A figura 14 apresenta os dois consultórios do terceiro andar: em A, observa-se a sala da Assistência Social, com janelas basculantes de difícil abertura, o que prejudica a circulação de ar. Em B e em C, por sua vez, observa-se uma sala ampla, porém com uma estante aberta, com arquivos expostos, prejudicando a harmonia visual do espaço.

Observando a unidade como um todo, é possível perceber um grande potencial, tanto nos espaços e possibilidades, quanto nas iniciativas individuais. Os conflitos observados são em grande monta relacionados à dificuldades de comunicação e indefinições. Algumas iniciativas já trouxeram reflexões e mudanças, como a estante de livros e o Canteiro Aquino. O uso do espaço de uma forma proposital, trazendo intencionalidades refletidas e discutidas, pode ser uma forma de intervir sobre esse aspecto, formando espaços de encontros.

### 3 JUSTIFICATIVA

O processo para a produção deste trabalho, tomando por base os princípios da EPS, provocou reflexões e discussões sobre a situação-problema. As dificuldades apresentadas na ambiência do centro de saúde Dom Joaquim, para além dos seus aspectos físicos, trouxeram a necessidade de pensar um espaço de encontro entre sujeitos. Se era usual pensarmos no processo de produção da saúde como um processo única e puramente intelectual, agora seria importante considerar processos de produção de saúde construtores de novas subjetividades. A ambiência, enquanto espaço de encontro entre sujeitos, apresenta-se como um dispositivo que potencializa e facilita a capacidade de ação e reflexão das pessoas envolvidas nos processos de trabalho (BRASIL, 2010a) especialmente se amparada na proposta do Colegiado gestor, modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e compartilhada. O nosso modo de cuidar do ambiente e o que isso gera são aspectos importantes para pensarmos e repensarmos o nosso fazer em saúde. “Por que não pensá-las como espaços que ofereçam bem-estar e propiciem boas relações entre o construído (estrutura física) e o humano (pessoas)?” (MATOS; KNIESTEDT, 2021, p. 2). Para além disso, é importante repensar também os processos de trabalho que geram essa desconexão. Essa visão é amparada também pela Política Nacional de Humanização (PNH), que coloca a humanização em saúde como um processo transversal, a ser incluída em todas as instâncias de assistência e gestão, e em todas as ações em saúde (BRASIL, 2010b). Para Benevides e Passos (2005), a inclusão da Humanização como política no SUS amplia a compreensão do processo saúde-doença nos espaços dos Serviços de Saúde, problematizando a efetivação de diferentes práticas.

Uma das importantes questões trazidas por Benevides e Passos (2005) é o desenvolvimento de espaços de discussão e decisão que garantam a co-responsabilização, a co-gestão. No cenário de trabalho apresentado anteriormente, mesmo sem um espaço destinado para momentos de reflexão e produção do sentido, eles acontecem no dia-a-dia da unidade. Um colega comenta com outro a discussão que presenciou entre o funcionário e o usuário no momento da recepção; dois usuários conversam sobre a demora no atendimento, sem saber do afastamento de profissionais adoecidos; relatos de conflitos são repassados à gerência, que sem governabilidade sobre a questão a leva a instâncias superiores; profissionais envolvidos, sem saberem sobre os trâmites, discutem sobre o “descaso” da gestão; pacientes aguardam atendimento em um corredor externo sem proteção contra a chuva e o sol...

Em conversa informal com os colegas de trabalho, percebe-se claramente que o período da Pandemia de COVID-19 e as mudanças que ele trouxe proporcionaram um tensionamento ainda maior entre os profissionais, que se viam envolvidos em conflitos ora explícitos, ora velados. Em vários momentos são colocados questionamentos acerca da organização e da interlocução entre os profissionais, entre diferentes categorias profissionais da unidade. Da mesma forma, essas questões foram identificadas por Carvalho, Peduzzi e Ayres (2014). Os autores buscaram analisar as percepções de conflito entre profissionais de UBS, por meio da categorização tipologias de conflitos, e assim foram identificadas seis modalidades, que incluíam: “à falta de colaboração no trabalho; ao desrespeito decorrente de relações assimétricas entre trabalhadores; ao comportamento do funcionário-problema; aos problemas pessoais; à assimetria com outros níveis de gestão e à infraestrutura deficitária dos serviços.” (CARVALHO; PEDUZZI E AYRES, 2014, p. 1453).

Nesse sentido, podemos observar que o impacto desses conflitos também recai sobre os usuários, como exemplo, uma usuária com baixa mobilidade, foi agendada para um atendimento no terceiro andar da unidade, setor acessado apenas por escadas. Outra questão são os conflitos entre profissionais que dividem o mesmo espaço em horários diferentes, de modo que cada grupo reorganiza o espaço para si, sem acordo com o outro. Todos esses relatos, de situações ocorridas na unidade em questão (e provavelmente em inúmeras outras, em um sistema tão grande) estão diretamente relacionados aos três atores principais: gestão, profissionais e usuários. Repensar o processo de trabalho que gera relações assimétricas, estabelecimento de conflitos e desrespeitos ao indivíduo passa, portanto, por repensar os valores que fujam dos modelos de dominação. Como Gastão Wagner (2013, p. 35) apresenta, “Pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da cogestão, ninguém governa sozinho.”.

Parte daí a proposta e justificativa deste trabalho. É essencial que se inaugure um espaço apropriado em que todos esses atores possam conversar, dialogar, problematizar e propor soluções, produzindo Valor de Uso e respeitando os Sujeitos (CAMPOS, 2013). Pelos princípios da EPS, essa construção coletiva proporciona a implicação de todos os atores, podendo ser então um espaço em que o diálogo respeite a pluralidade, e dê espaço à construção de consensos, favorecendo a Humanização do cuidado, em todos os seus aspectos.

Partindo do cenário de conflitos entre os profissionais e usuários e de minha reflexão pessoal quanto aos aspectos desumanizadores da ambiência da unidade, somados ao conhecimento do potencial transformador que a EPS em conjunto com a Gestão Participativa

tem, defini o tema de meu TCC. Busquei uma forma de utilizar o meu Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde Pública, como um Projeto de Intervenção, para auxiliar a unidade a aprimorar seu espaço de gestão participativa, trazendo em primeiro momento a discussão da ambiência da unidade com bases na EPS, e nesse processo apresentar um modelo participativo de co-gestão e co-responsabilização, que possa seguir repensado e aprimorado continuamente. “Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia da atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2009b, p. 4), garantia essa almejada com a implantação desse projeto.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivos Gerais**

- Propor um projeto de intervenção a fim de desenvolver o Colegiado Gestor, com referencial teórico nos princípios da EPS e da Humanização em Saúde.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Discutir a ambiência e o uso dos espaços de acordo com as necessidades dos usuários e trabalhadores do Centro de Saúde;
- Contribuir para o processo de reorganização das ações desenvolvidas pela unidade, em consonância às diretrizes de Humanização da PNH;
- Problematizar a necessidade da participação dos trabalhadores no processo de co-gestão;
- Fomentar a consolidação de um espaço coletivo e permanente de reflexões acerca dos processos de trabalho e relações interpessoais da UBS.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

### 5.1 Humanização: aspectos históricos e conceituais

É essencial nos situarmos enquanto trabalhadores da saúde a partir da visão de Saúde e do Sistema de Saúde Público ao qual nos integramos. Foi na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 que a Saúde foi oficialmente colocada como um direito de todos e um dever do Estado. A partir desse texto-lei caberia ao Estado proporcionar os meios para que, mediante a elaboração de políticas públicas, sociais e econômicas, a nação pudesse atingir a “redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

Pouco mais de 10 anos após a promulgação da Constituição Federal, o tema da Humanização dos Serviços de Saúde começou a ganhar mais espaço, foi um dos pontos abordados na XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, mas ela já se colocava enquanto demanda da saúde desde os anos 1960. Nesse período inicial, a discussão era segmentada por áreas, focalizada na atenção hospitalar; era centralizada em algumas profissões e direcionada pelas demandas do mercado (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.390).

Para se definir, portanto, o que é o padrão de Humanização (se é que ele existe), é necessário compreender quem é esse Humano ideal ao qual se mira como modelo. Em nossa sociedade, como apresentam Benevides e Passos (2005), não é possível centralizar um modelo com base no cidadão médio, vivemos em uma sociedade diversa e plural, e as experiências pelas quais passamos, as interações sociais às quais estamos sujeitos nos modifica intimamente. De acordo com as autoras, humanizar, portanto, pode ser visto como uma forma de intervir nas realidades, compreendendo que sujeitos engajados em práticas locais são capazes de transformar seu entorno, reformando a si mesmos ao longo do processo.

Essa necessidade de transformação das realidades e de si mesmos ganha ainda mais espaço na saúde quando no ano 2000 a 11ª CNS apresenta sua temática principal “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social”.

A partir da discussão realizada nesta Conferência Nacional de Saúde sobre a atenção de saúde e a gestão do SUS, os participantes destacam a prioridade que deve ser conferida à humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e à ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, ampliando o acolhimento das pessoas e a resolutividade de cada tratamento. (BRASIL, 2000, p. 102)

Em 2003, seguindo as propostas e modelos de desenvolvimento em Saúde que acolhiam as demandas urgentes de Humanização foi lançada a PNH. Em sua introdução, onde são apresentados os contextos e marcos históricos, a Política define o ato de humanizar como “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004, p. 6) e trás ao destaque um importante aspecto: humanizar não é um conjunto de ações que deva se voltar apenas ao usuário, mas também ao trabalhador, como figura central dessa construção. É colocado em questão também o aspecto transversal da política. Seu campo de ação não é pré-determinado, mas em seu método basal está a participação ativa de usuários, gestores e trabalhadores do SUS. Seu objetivo maior é se tornar estruturante, estando presente em toda e qualquer ação ou pensamento do SUS.

A PNH se baseia em alguns princípios norteadores: Transversalidade; Indissociabilidade entre atenção e gestão; e Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Além desses princípios, são diretrizes da PNH: Acolhimento; Gestão Participativa e Cogestão; Ambiência; Clínica Ampliada e Compartilhada; Valorização do Trabalhador; e Defesa dos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2013). A seguir, serão abordadas mais profundamente as diretrizes de Gestão Participativa e Cogestão e também da Ambiência, conceitos chave para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção. Todos os princípios e diretrizes da PNH têm como objetivo ampliar as ações voltadas para a consolidação do SUS.

Dessa forma, reconhecer, valorizar e discutir a humanização como um processo são ações contínuas e necessárias ao pensar a saúde como um todo, e ao trazer a Humanização para o SUS, seu valor é amplificado, já que representa uma “luta por um SUS mais humano, (...) construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.” (BRASIL, 2010b, p. 19).

## **5.2 Gestão Participativa e Cogestão**

A participação social na construção do SUS não é um aspecto apenas simbólico. Ela faz parte de sua idealização e de sua construção. Seu esboço se deu durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, com a participação de milhares de delegados, que elaboraram um relatório que serviu de base para o texto do artigo 196 da Constituição Federal de 1988.

A partir do início dos anos 2000, os movimentos vistos fora do campo político, que apresentavam um viés de busca de maior participação dos trabalhadores e da sociedade civil

na gestão do SUS passaram a receber apoio governamental e tomaram corpo com a aprovação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, que trouxe a Gestão participativa como estratégia transversal, “que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social.” (BRASIL, 2009a, p. 15) Para atingir esse modelo, a ParticipaSUS apresenta que se faz necessária a adoção de métodos que possibilitem a efetivação da participação dos trabalhadores e da comunidade.

As políticas públicas de saúde devem estar alinhadas às necessidades e desejos da população, e para isso é essencial que no processo de elaboração, execução e monitoramento dessas políticas tanto a população em geral quanto os trabalhadores e gestores sejam ouvidos e participem ativamente. A Educação em saúde se coloca, portanto, como uma necessidade para o bom funcionamento do Sistema.

No município de Belo Horizonte, a partir de 2016 foi instituída como estratégia a Gestão do Cuidado no Território (GCT), que apresenta a Gestão Participativa como um de seus aspectos basilares. O documento corrobora que a co-gestão é a forma mais adequada de se fazer gestão, ela “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade.” (BELO HORIZONTE, 2016, p. 12). Nos Centros de Saúde do município, dois são os principais espaços que propiciam esse debate e participação: O Colegiado Gestor e a Comissão Local de Saúde. O protagonismo dos sujeitos e sua corresponsabilização frente à gestão em suas diferentes instâncias, feito de modo a envolver tanto os trabalhadores como os gestores do SUS, com um constante estímulo ao controle social efetivo são bases para se alcançar um modelo de gestão “ideal” (BELO HORIZONTE, 2016).

O Colegiado Gestor na APS em BH é coordenado pela gestão local e é recomendado que tenha um representante de cada ESF e das demais categorias não representadas por eles, podendo ser indicados ou eleitos (BELO HORIZONTE, 2016, p. 18). No cenário local do CSDJ, o Colegiado Gestor retomou suas atividades no início de 2022, após longo período sem reuniões, durante o processo de mudança da gestão pela aposentadoria da gerência anterior. Durante esse período, no entanto, o espaço se tornou um local para repasse de informes e recebimento de demandas. Conforme salienta Guimarães (2003), essa situação gera um sentimento de irresolubilidade, já que não possibilita a discussão e enfrentamento dos problemas locais.

Tendo em vista essa perspectiva, a oficina elaborada como projeto de intervenção deste trabalho, busca intervir no desenho do Colegiado gestor da unidade em questão, ao apresentar um modelo que utilize o espaço de encontro como lugar de discussão de problemas reais e locais, possibilitando o planejamento e execução de ações por todos os envolvidos. Uma frase simbólica representa o alvo que pretende-se atingir: “Nesse modelo de gestão, centrado no trabalho em equipe, planeja quem executa. Todos fazem gestão!” (BELO HORIZONTE, 2016, p. 12). O poder de decisão deve ser descentralizado, trazendo-o para o coletivo. A transição de um modelo centralizado de gestão para um colegiado, em que o gestor permanece como coordenador e participante, mas as análises e decisões que baseiam os planos de ação desenvolvidos e reconstruídos são compartilhadas e coletivas pode ser feita de modo suave, cria-se assim um espaço de gestão que, ao incluir novos sujeitos, possibilita a atuação por meio de pactos ao invés de imposições. O documento “Gestão Participativa e Cogestão” apresenta que por meio desse modelo há “maior implicação e uma produção mais compartilhada de responsabilidades resultaria em mais e melhor produção de saúde, uma vez que a vontade de fazer estaria ampliada, reafirmando pressupostos éticos no fazer da saúde.” (BRASIL, 2009b). A discussão da Ambiência da unidade nesse espaço coletivo de cogestão, trazendo reflexões sobre como ela é feita hoje e buscando torná-la mais humanizada e acolhedora, possibilita apresentar esse modelo de gestão participativa ao mesmo tempo em que implicando todos os integrantes, como apresentado também por Sato e Ayres (2015, p. 1033).

### **5.3 Ambiência**

A ambiência na saúde (BRASIL, 2010b) compreende o “ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.”. Os aspectos estruturais e de adequação espacial não tem finalidades puramente técnicas, eles podem impactar as percepções e emoções que o ambiente pode imprimir sobre o sujeito como apresentado por Matos e Kniestedt (2021). O componente afetivo presente nas interações sociais (gestores, trabalhadores e usuários), a presença da representação cultural nos espaços demonstram os valores ambientais presentes naquele serviço de saúde (BRASIL, 2010b).

Compreendendo esses aspectos, é correto assumir que a ambiência, no que se refere à saúde, é um campo muito mais amplo do que uma análise superficial pode sugerir. Trazendo a discussão para o local de trabalho apresentado na introdução, por ter sido construído com a

finalidade de ser uma unidade de saúde, poderíamos supor encontrar um espaço mais adequado, no entanto sua construção se deu em um período em que a busca por uma arquitetura humanizada ainda não era tida como primordial. Falhas de adequação, incongruências arquitetônicas e de fluxos são claros para olhares atentos, especialmente ao compreendermos os eixos norteadores da ambiência, que incluem “O espaço que visa à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos [...]; o espaço que possibilita a produção de subjetividades [...] por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho [...]” (BRASIL, 2010a, p. 6).

Encontramos na literatura estudos que se assemelham ao foco deste trabalho, como o apresentado por Sato e Ayres (2015). Segundo os autores, para a humanização da ambiência é necessário considerar características do espaço que “atendam, também, aos aspectos psicoafetivos e contribuam para interações mais positivas entre o indivíduo e o seu entorno”. Os autores relatam a experiência de uma unidade na qual os profissionais identificaram uma inadequação na ambiência e em meio a um processo de co-gestão propuseram um projeto para intervir na Sala de Espera utilizando-se da arte, propondo assim uma ressignificação do acolhimento. Dessa forma, intervir na morfologia dos espaços, com a reorganização das áreas de espera; trazer a arte, como com a disponibilização de livros na recepção, preparação de quadros ou murais nas paredes da unidade; promovendo o tratamento das áreas externas, com o preparo dos espaços para uso por profissionais e usuários, são exemplos de como impactar positivamente na unidade, para construir “ambiências acolhedoras e harmônicas que contribuam para a promoção do bem-estar, desfazendo-se o mito desses espaços que abrigam serviços de saúde frios e hostis” (BRASIL, 2010a, p.12).

Os modos de humanizar os espaços são diversos, e envolvem dois aspectos centrais. Como descreve Malard (1993), a ambiência apresenta aspectos objetivos, inerentes a condição do humano, como a percepção de calor e frio, as condições acústicas e dimensionais, além de aspectos subjetivos, que são mais influenciados pela cultura, como as sensações e percepções de como os materiais, as cores, a beleza do ambiente, as formas são utilizadas a fim de compor os ambientes. Segundo a autora, o processo de humanizar envolve a “interação recíproca usuário/espaço, na qual o usuário age no sentido de moldar os lugares segundo suas necessidades e desejos. Os lugares, em contrapartida, tornam-se receptivos.” (MALARD, 1993).

Ao unir esses aspectos, propondo uma revisão crítica da ambiência da unidade de saúde, com proposições de mudança, por meio de um espaço de co-gestão, busca-se aprimorar os processos de trabalho e avançar no debate da humanização dos territórios de encontros no SUS. Uma proposição solitária, isolada, sem fazer uso dos processos coletivos, levaria à perpetuação dos processos de gestão não democrática, gestão essa que busca manter apenas a “organização produzindo e em funcionamento”, como um “Espaço de controle, de submissão e de renúncia do trabalhador.” (BRASIL, 2009b, p. 19).

## 6 PROPOSTA DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

Com base nos pressupostos apresentados, neste item será apresentado o projeto de intervenção, a ser realizado junto ao Colegiado gestor do CSDJ, para a construção participativa de uma ambiência mais acolhedora na unidade.

A elaboração do projeto de intervenção demanda algumas etapas iniciais. Uma vez definido o tema e a forma de abordagem, busquei conversar com a gerência provisória da unidade. No início de 2022 a antiga gestora se aposentou e a unidade passou por cerca de 3 meses com reuniões semanais do recém reativado colegiado gestor, com coordenação feita pelas apoiadoras da gerência regional. Pelo momento da unidade, os profissionais participantes do Colegiado passaram a frequentar as reuniões, sem eleição ou seleção: foram solicitadas as presenças daqueles que pudessem participar, assim como dos que já compuseram o Colegiado Gestor anteriormente à Pandemia de COVID 19. Por conta desse formato de composição, nas reuniões havia rodízios de profissionais, ou seja, não era assegurada a presença dos representantes em reuniões sequenciais, o que dificultava a continuidade das discussões.

Durante esse período, as reuniões apresentavam pautas pré-estabelecidas, em geral, definidas pela demanda da regional ou repassadas pelos profissionais. Por exemplo, durante o período houve a habilitação de uma segunda eSF, o que foi foco das reuniões ao longo de abril de 2022. Nesse período, entre abril e maio de 2022 passaram a ser apresentadas nas reuniões demandas referentes à reorganização da Pré-recepção, porém as mesmas não foram concretizadas ou apresentadas como propostas reais/práticas. Foi então no início do mês de julho de 2022 que a nova gerência iniciou seu trabalho na unidade, interessada de imediato em retomar as discussões acerca da organização da unidade e das relações de trabalho. Desse modo, solicitei uma reunião com a mesma, a fim de apresentar a proposta de trabalho, na qual as ações previstas, além de terem um caráter prático, com intencionalidade de gerar um impacto sobre a ambiência da unidade, busca ainda desenvolver o trabalho embasando-se nos referenciais teóricos da EPS e da Gestão Compartilhada. Por fim, a proposta apresentada foi bem aceita.

Para atingir os objetivos propostos, é prevista a utilização de estratégias, como as rodas de conversa e oficinas de produção durante a reunião do Colegiado Gestor, com previsão média de duas horas por encontro. Para a construção da ambiência da reunião, o auditório da unidade será preparado com as cadeiras dispostas de três formas, como visto na Figura 15. Além disso, será utilizado o óleo essencial de alecrim para perfumar o ambiente e a

organização de um lanche coletivo, com a oferta de chás. Esses cuidados são previstos para exemplificar como o cuidado com a ambiência pode influenciar na produção dos espaços de conversa.

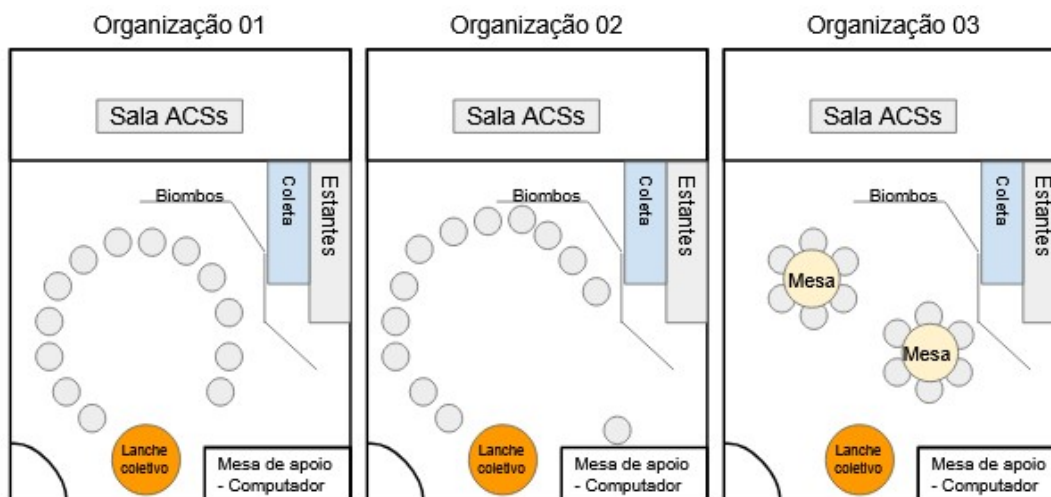


Figura 15 - Formas de organização do Auditório para os encontros.

## 6.1 Primeiro encontro

O primeiro encontro se iniciará com a Acolhida, a ser realizada em roda (Figura 15 – Organização 01) e, se necessário, será utilizado o “Bastão da fala”. Esse objeto é repassado de integrante a integrante, em sentido horário, de modo que quem segura o objeto tem assegurado o direito de fazer uso da palavra, possibilitando que cada integrante possa se apresentar e expor ao grupo suas percepções sobre a pergunta orientadora, sem ser interrompido (LOCUST, 2017). A apresentação proposta segue três perguntas: “Seu nome? Quem você é na equipe da unidade? Qual o sentimento que a unidade e o trabalho nela despertam em si?”. Serão registrados os sentimentos a fim de compor um mural, que está presente nos encontros subsequentes. Após as apresentações, será explicitada as propostas das oficinas, trazendo de forma clara a importância das observações e contribuições de todos no processo de construção de propostas que deseja-se completar ao final das atividades, lembrando a todos sobre a finalidade e importância da valorização dos espaços de gestão compartilhada, como o Colegiado Gestor. Ao finalizarmos a rodada, conversaremos sobre o que é ambiência e será então apresentada a atividade passeio.

**Tabela 1 - Distribuição de atividades no primeiro encontro, com tempo por atividade e materiais necessários para a execução.**

<b>Momentos</b>	<b>Tempo por atividade</b>	<b>Materiais</b>
Acolhida	30 minutos	Bastão da Fala Óleo Essencial de Alecrim Papel (Tiras) e canetas Fita Crepe
Atividade Passeio	45 minutos	Casos impressos e perguntas norteadoras Papel e Caneta
Retomada e encerramento	45 minutos	Apresentação de slide Lanche coletivos

## 6.2 Atividade Passeio

A fim de discutirmos sobre o uso dos espaços de um CS pelos usuários e trabalhadores e perceber algumas nuances de como a ambiência de uma unidade pode trazer percepções diversas sobre o cuidado oferecido naquela unidade, será utilizada a atividade-passeio proposta nas “Oficinas Tutoriais na Atenção Primária à Saúde” do projeto “Saúde em Rede”.<sup>4</sup> Em primeiro momento, traremos duas situações para a reflexão (Figura 16) e em seguida, discutiremos brevemente como as mesmas questões são percebidas no CSDJ.

<sup>4</sup>O Projeto “Saúde em Rede”, realizado pela SES/MG em parceria com a ESP-MG, é um processo de educação permanente realizado por meio de oficinas em municípios do estado de Minas Gerais, através de adesão. O projeto tem como propósito desenvolver a competência das equipes para o planejamento e a organização da atenção à saúde, com foco nas necessidades dos usuários do SUS. Ele foi iniciado em 2019 e segue em implantação. (MINAS GERAIS, 2022)

Uma mãe leva sua filha de três anos para uma consulta na UAPS\*. Enquanto aguarda a enfermeira chamá-las, a mãe fica com a criança na sala de espera, segurando-a em seu colo e tentando controlá-la para não invadir o corredor que dá acesso aos consultórios e para não pegar os objetos que estão na recepção, situada logo ao lado.

Uma pessoa idosa, com dificuldades para caminhar chega à UAPS\* para uma consulta médica. Para acessar a recepção, andando devagar, utiliza a estrutura de corrimões disponível para se apoiar e subir, com segurança, a rampa de acesso.

[...] Na primeira situação, o espaço físico mostrou-se limitado para acolher a espera, a curiosidade e a interação que marcam uma criança de três anos; uma sala de espera que, pela sua estrutura árida, somente com cadeiras, parece insinuar o público a que se direciona [...] e a atividade que se deve realizar ali [...]. Na segunda situação, a pessoa idosa, com dificuldades para caminhar, já pôde sentir, logo em sua entrada na unidade, a possibilidade de acessar o espaço da UAPS\* com segurança e com respeito à sua condição.

\*UAPS: Unidade de Atendimento Primário à Saúde

Figura 16 - Casos para problematização da ambiência. (MINAS GERAIS, 2021, p. 28)

1. Todo e qualquer usuário consegue acessar, com segurança, o espaço físico da UAPS?
2. Quando eu entro na unidade e busco reparar nos detalhes do seu espaço físico, como me sinto? Sinto-me acolhido neste espaço?
3. Há muitos cartazes/informações afixados nas paredes? Se sim, são informações necessárias? Tornam o ambiente “poluído”? São direcionados somente para um público específico? [...] Ou são destinados para diferentes públicos? Isso pode gerar algum sentimento de “exclusão” por parte da diversidade de usuários? [...]
4. A organização física da recepção é convidativa para o usuário que chega à UAPS?
5. A sala de espera possibilita a criação de interação com os usuários? Tem algum recurso para a interação com as crianças? A sala de espera é aproveitada para outras intencionalidades que não só a espera, como, por exemplo, para a realização de ações educativas em saúde?
6. A informação sobre a localização de cada espaço da unidade e sobre a direção de deslocamento para cada setor são claras para os usuários? São localizadas em lugar visível?
7. Há algum objeto nos espaços do CS que simbolize as características culturais da comunidade?
8. Que outros aspectos no espaço físico da unidade chamam atenção?

Figura 17 - Perguntas orientadoras - Atividade Passeio (MINAS GERAIS, 2021, p. 29-30)

### **6.3 Retorno ao auditório**

A atividade-passeio se encerrará ao retornarmos para o auditório, onde agora com as cadeiras dispostas em semicírculo aberto para a mesa com o computador e televisão (Organização 02 - Figura 15), retomaremos a discussão proposta, utilizando-se as figuras de 4 a 14, entremeadas com imagens ilustrativas que contraponham as questões apresentados. Retomando o uso do “Bastão da Fala” quando necessário, buscaremos identificar as observações feitas ao longo do passeio.

Ao final dos relatos, será apresentada a metodologia do segundo encontro, durante o qual se propõe a montagem de uma árvore de problemas a partir das observações trazidas pelos colegas e a discussão em grupos de propostas de intervenção construídas coletivamente para a implementação na unidade. Posteriormente será elaborado um plano de ação com base na matriz 5W2H (Tabela 03). Será, então, solicitado que os profissionais representantes de suas categorias repassem aos colegas os apontamentos identificados e discutam com eles outras possíveis questões, trazendo-as registradas para o segundo momento.

### **6.4 Segundo encontro**

No segundo encontro, o espaço será organizado inicialmente conforme a organização 02 (figura 15), apresentada anteriormente, possibilitando que todos consigam acompanhar a apresentação de slides composta com as observações registradas pelos colegas e para a construção da “Árvore de problemas”. O momento inicial de Acolhida no segundo encontro será composto pela apresentação dos participantes novos ou suplentes dos representantes de classe do colegiado, compondo o Mural de sentimentos montado no primeiro encontro. Em seguida, as atividades serão retomadas com as imagens trazidas anteriormente e uma breve fala na roda sobre a ambiência e sobre como é possível intervir sobre eles (morfologia, luz, som, cheiro, tratamento das áreas externas, arte, por exemplo), buscando contribuir para a futura reorganização das ações desenvolvidas pela unidade, de modo que estejam mais alinhadas às diretrizes de Humanização estabelecidas pela PNH.

**Tabela 2 - Distribuição de atividades no segundo encontro, com tempo por atividade e materiais necessários para a execução.**

<b>Momentos</b>	<b>Tempo por atividade</b>	<b>Materiais</b>
Acolhida	15 minutos	Bastão da Fala Óleo Essencial de Alecrim Difusor de ambientes
Árvore de Problemas	30 minutos	Desenho da Árvore Canetas Computador e TV Tabela 5W2H
Discussão de propostas	60 minutos	Papel e Caneta Plantas Baixas da unidade Observações - 1º encontro
Encerramento	15 minutos	Bastão da fala

Em seguida, serão lembrados os problemas e prováveis causas identificadas na primeira reunião, com a rerepresentação dos apontamentos feitos durante a atividade passeio e o compartilhamento de outros pontos que tenham sido discutidos com os pares ao longo da semana. Vamos utilizar as observações para discutir a partir delas quais são os problemas e possíveis causas relacionadas, construindo a árvore de problemas. Os presentes serão então divididos em dois grupos, modificando a disposição do auditório para a Organização 03 (Figura 15), de modo que cada grupo possa discutir e trazer ideias para intervir sobre os apontamentos feitos.

Ao final do tempo reservado para a discussão nos grupos menores será feita uma pausa para o lanche e retomada a organização 01 (Figura 15), e em seguida, serão retomadas as atividades com a apresentação das propostas feitas por um grupo para o outro e vice versa. Será apresentado um modelo de plano de ação com base em um exemplo que tenha sido trazido a tona no primeiro encontro, para apresentar a ferramenta que utilizaremos no terceiro momento. Apresentaremos algumas ações para discutir governabilidade, priorização e responsabilização. Quando esgotadas as falas, será encerrado o encontro.

### **6.5 Terceiro encontro**

O terceiro encontro também se dará como pauta da reunião do Colegiado Gestor, não sendo mais pauta única como os anteriores, a fim de apresentar a matriz do plano de ação já parcialmente preenchida de acordo com as discussões feitas nos dois encontros anteriores. O auditório será organizado conforme indica a figura 15, Organização 02. O momento de

acolhida se dará com as boas vindas e retomada das ações propostas para os espaços definidos no segundo encontro.

**Tabela 3 - Plano de Ação segundo a Matriz 5W2H (BELO HORIZONTE, 2016) modificado.**

PLANO DE AÇÃO (MATRIZ 5W2H)						
O QUE FAZER? (AÇÃO)	POR QUE FAZER?	COMO? (ETAPAS)	QUEM? (RESPONS.)	QUANDO?	COMO MEDIR (ACOMP.)	RECURSOS NECESSÁRIOS

Já com o conhecimento da matriz 5W2H, passaremos ao planejamento das ações, com a composição de grupos de trabalho para as ações que os demandem. Será proposta também a reavaliação periódica e a inclusão do Plano de ação como pauta contínua no Colegiado Gestor, de modo que a gestão participativa seja efetivada e que o Colegiado Gestor se configure como um espaço permanente de reflexões acerca dos processos de trabalho e relações interpessoais do CS. Para o encerramento da atividade, será aberta a fala para a colocação das impressões acerca dos encontros, sobre a atividade e sobre a participação do grupo.

**Tabela 4 - Distribuição de atividades no terceiro encontro, com tempo por atividade e materiais necessários para a execução.**

Momentos	Tempo por atividade	Materiais
Acolhida	15 minutos	Bastão da Fala Óleo Essencial de Alecrim Difusor de ambientes
Plano de ação	90 minutos	Computador e TV Tabela 5W2H
Encerramento	15 minutos	Bastão da fala

## **7 REPERCUSSÕES E POSSIBILIDADES**

A construção de um espaço participativo de discussão e deliberação em um serviço de saúde é um resultado para um objetivo ambicioso. Ele parte da visão de que a criação de um futuro diferente do presente é possível e, assim como Gastão Wagner disse, “mas como apostar no futuro sem entusiasmo e paixão?” (2013, p.6). A discussão da ambiência da unidade, a partir da construção desse espaço coletivo é um começo: o objetivo deste trabalho é que ele em si não termine. O espaço permanece continuamente vivo, assim como a busca por uma humanização cada dia mais real e, a partir daí, ver que esse pequeno processo, que tomou forma como Trabalho de Conclusão de Curso, foi uma semente para uma mudança e um aprimoramento muito maior que ele próprio. Este é o ideal e o resultado verdadeiramente esperados.

## 8 REFERÊNCIAS

AUTODESK, **AutoCAD: software CAD 2D e 3D usado por milhões para desenhar, projetar e automatizar projetos em qualquer lugar, a qualquer momento.** 2022.

Disponível em: <https://www.autodesk.com.br/products/autocad/overview?term=1-YEAR&tab=subscription&plc=ACDIST>. Acesso em: 09 set. 2022

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Gestão do Cuidado no Território.** Belo Horizonte, MG. 2016. 59 p.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Niterói, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS.2.** ed.Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS.** Gestão participativa eco-gestão. Brasília, DF, 2009b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência.** 2. ed. Brasília, DF. 2010a. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** – 4. ed. 4. reimp. – Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH (Cartilha).** Brasília, DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde: Reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes (Folder).** Brasília, DF. 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, **Um método para análise e cogestão de coletivos. A Constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda.**4. ed. São Paulo, editora HUCITEC, 2013.

CARVALHO, Brígida Gimenez, PEDUZZI, Marina, AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1453-1462, jul, 2014.

GUIMARÃES, Silvana Benjamin. **Colegiado Gestor como estratégia de promover mudanças**. 2003. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/colegiadogestorcomoestrategiadepromovermudancas.doc>, Acesso em: 21 ago. 2022.

LOCUST, C. **O Bastão da Fala**. 2017. Disponível em: <https://www.aada.org.br/dermatite-atopica/o-bastao-da-fala/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

MACHADO, Beatriz Ribeiro. **Sobre o Rururbano: A Ocupação Dandara e os desafios da luta por moradia além do rural e do urbano**. 2017. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG. 2017. Disponível em: <https://locus.ufv.br/handle/123456789/19832>. Acesso em: 24 ago. 2022.

MALARD, Maria Lúcia. Os objetos do cotidiano e a ambiência. In: **Anais do 2o. Encontro nacional de Conforto no Ambiente Construído**. v. 1. p. 359-361: ANTAC, 1993. Florianópolis, SC.

MATOS, Izabella Barison, KNIESTEDT, Álvaro. Ambiência e Processo de Cuidado na Saúde: entre o desejável e o real. In: **Anais do Simpósio Estadual em Ambiente e Saúde. Anais...Curitibanos(SC) UFSC**, 2021. Disponível em: <http://www.even3.com.br/anais/seas2021>. Acesso em: 12 ago. 2022.

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. **Projeto Saúde em Rede: guia das oficinas tutoriais na Atenção Primária à Saúde (APS): Volume II**. Belo Horizonte, MG. 2021. 159p

MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública. **ESP-MG e SES-MG avançam com a implementação do Projeto Saúde em rede, alcançando mais cidades mineiras**. Ascom/Esp-MG, 04 mar. 2022. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/component/gmg/story/2325-esp-mg-e-ses-mg-avancam-com-a-implementacao-do-projeto-saude-em-rede-alcancando-mais-cidades-mineiras>, Acesso em: 16 ago. 2022.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), **Histórico da Pandemia de COVID-19**. Folha Informativa sobre COVID. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 08 set. 2022

RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa, MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**. 2011, v. 16, n. 2, pp. 241-250. Epub 06 Dez 2011. ISSN 1807-0329. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/7rMyCk7qFnqmvpcchbLfqgc/?lang=pt#>. Acesso em: 09 set. 2022

SATO, Mariana, AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Arte e humanização das práticas de saúde em uma Unidade Básica. **Interface (Botucatu)**. 2015; 19(55):1027-38.