




MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Trabalho e Redes de Saúde



Brasília – DF  
2013



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS



# Trabalho e Redes de Saúde

1ª edição  
2ª reimpressão

Brasília – DF  
2013

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<<http://www.saude.gov.br/editora>>

Tiragem: 1ª edição – 2ª reimpressão – 2013 – 10.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

SAF Sul Trecho 2 Bloco F 1º andar sala 102 Ed. Premium Torre II

70070-600 Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9130

E-mail: [humanizasus@saude.gov.br](mailto:humanizasus@saude.gov.br)

Site: [www.saude.gov.br/humanizasus](http://www.saude.gov.br/humanizasus)

*Coordenador da Política Nacional de Humanização:*

Dário Frederico Pasche

*Projeto gráfico e diagramação:*

Alisson Sbrana – Núcleo de Comunicação/SAS

*Revisão:*

Bruno Aragão

*Fotos:*

Radilson Carlos Gomes

*Editora responsável:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Mara Rejane Pamplona e Khamila Christine

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

44 p. : il. color.

ISBN 978-85-334-1585-0

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título.

CDU 35:614

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0022

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Labour Task and Health Nets

Em espanhol: Trabajo y Red de Salud

## Sumário

Apresentação	05
Trabalho e redes de cuidado: sentidos do trabalho na saúde	08
Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)	15
Apropriando-se da metodologia da CAP para utilização nos espaços de trabalho	21
Curso Introdutório – Primeiro Ciclo	22
Encontros Sequenciais da CAP – Segundo Ciclo	27
Referências	36
Glossário	37



## Apresentação

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS 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. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos,

pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutive e humanizada.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A Política Nacional de Humanização não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo.

O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar. Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação das diferentes diretrizes e dispositivos com que operamos.



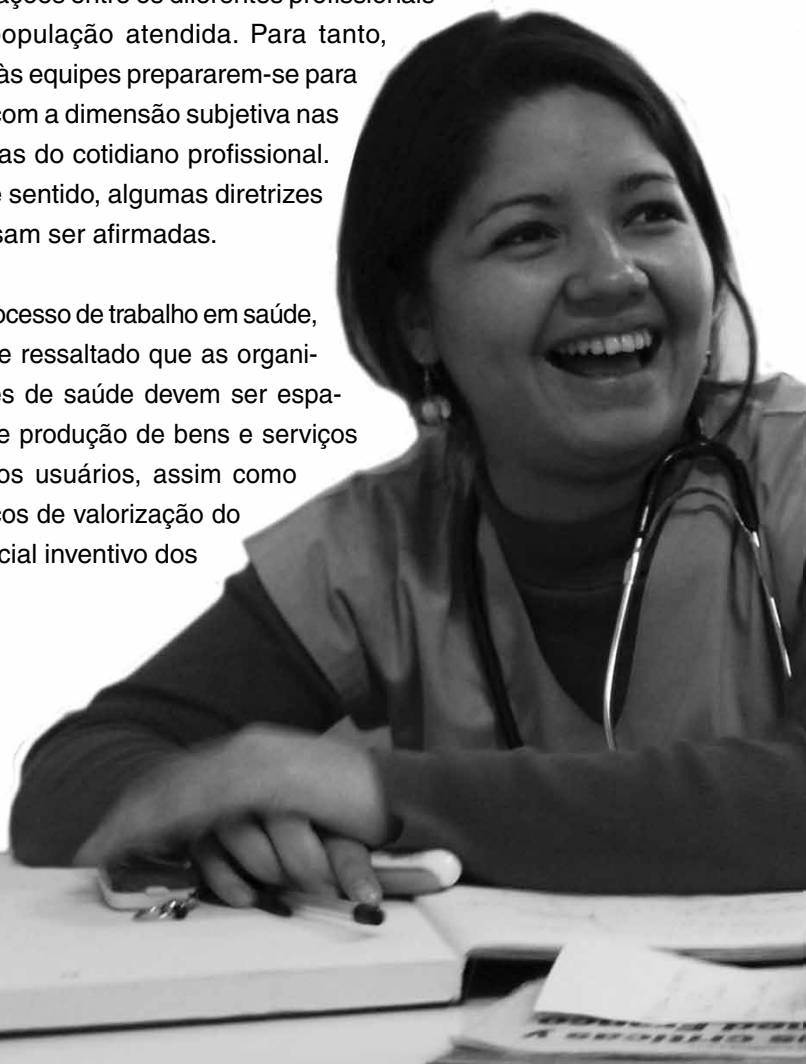
As Cartilhas HumanizaSUS têm função multiplicadora; com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

**Brasília, 2009.**

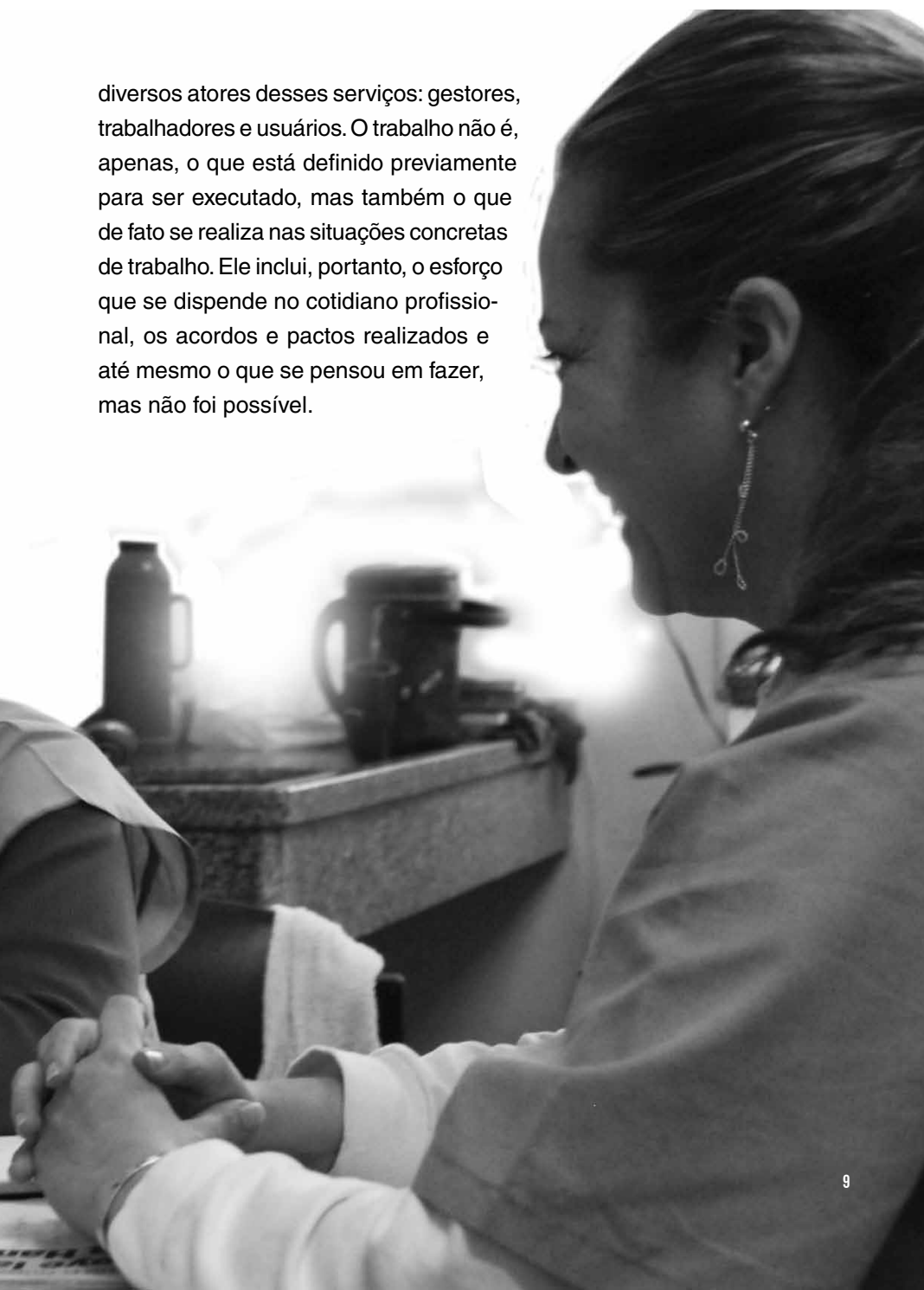
## Trabalho e redes de cuidado: sentidos do trabalho na saúde

A Humanização, como política que atravessa todas as instâncias do SUS, propõe-se a atuar na descentralização, isto é, na autonomia administrativa da gestão da rede de serviços, de maneira a articular processos de trabalho e as relações entre os diferentes profissionais e a população atendida. Para tanto, cabe às equipes prepararem-se para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas do cotidiano profissional. Neste sentido, algumas diretrizes precisam ser afirmadas.

No processo de trabalho em saúde, tem-se ressaltado que as organizações de saúde devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários, assim como espaços de valorização do potencial inventivo dos



diversos atores desses serviços: gestores, trabalhadores e usuários. O trabalho não é, apenas, o que está definido previamente para ser executado, mas também o que de fato se realiza nas situações concretas de trabalho. Ele inclui, portanto, o esforço que se dispense no cotidiano profissional, os acordos e pactos realizados e até mesmo o que se pensou em fazer, mas não foi possível.



A partir da experiência cotidiana no ambiente de trabalho – o mundo que construímos e habitamos ao trabalhar – podemos afirmar que é impossível cuidar da saúde sem considerar as situações pelas quais passamos ou as formas como nos organizamos para lidar com as experiências que nos adoecem.

No entanto, embora possamos afirmar tal relação, nos serviços de saúde ainda existem poucos espaços em que as experiências sejam discutidas e compartilhadas. E como são pouco discutidas, sua dimensão principal nos foge. A luta por melhores condições de trabalho é um exercício ético que aponta para uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos sobre a vida de todos e de cada um.

À inexistência dos espaços coletivos de compartilhamento somam-se outros problemas, como o trabalho desgastante, a precarização das relações e condições de trabalho, o valor atribuído ao trabalhador por parte da população e do governo, a gestão centralizada, etc., que produzem adoecimento.

**As organizações de saúde devem ser espaços de produção de bens e serviços e de valorização do potencial inventivo dos atores desses serviços.**

Temos, no próprio SUS, experiências onde o “compartilhar” e o “pensar conjuntamente” promovem um ambiente mais saudável. Se produzir saúde é também cuidar de nossas relações, começamos, assim, por tecer uma rede viva que sustenta as ações coletivas, substituindo os esforços individuais que se mostram pouco eficazes.

A proposta da Política Nacional de Humanização é buscar uma compreensão mais ampliada do que chamamos de saúde e de sua relação com as situações de trabalho, de modo que se caminhe em uma direção menos desgastante para o trabalhador, nos guiando sempre pelas experiências que têm promovido saúde nesta perspectiva. Dessa forma, saúde aqui não tem o sentido de ausência de doença, mas é entendida como a possibilidade de criação de estratégias para lidar com as situações que produzem incômodo, dor, insatisfação, adoecimento. Uma pessoa doente imobiliza-se diante do obstáculo que se coloca à sua frente, se torna impossibilitada de criar novas normas de funcionamento onde se pode experimentar uma vida mais saudável.

Se considerarmos que há situações adoecedoras e situações onde nos percebemos mais fortes e potentes para continuar vivendo, não podemos dizer que a doença ou a saúde é algo que acontece somente dentro de nós. As situações vividas referem-se às formas como nos relacionamos nos serviços de saúde. Logo, a forma como nos relacionamos e nos organizamos para conviver é de fundamental importância ao se pensar a saúde.

O trabalho, de maneira geral, é constituído por um constante diálogo entre as prescrições e a atualização-criação de novas formas de trabalhar. O desafio aqui é evitar que um lado seja “mais valioso” do que o outro, pois prescrição e experiência são duas faces da mesma moeda. Atuar somente em um desses extremos já se mostrou, ao longo da história, prejudicial à saúde dos trabalhadores. O trabalhador é impelido incessantemente a criar e produzir novos conhecimentos para que o trabalho se efetive neste mundo repleto de variabilidades, sem, entretanto, negar ou descartar a história daquele trabalho.

Na área da saúde, essas variabilidades são muito visíveis, uma vez que, além das diferenças entre os trabalhadores, existem diferenças entre as profissões, entre os locais de trabalho (trabalhar em uma unidade de saúde é diferente de trabalhar em um hospital), entre as localidades em que se situam (se é um hospital no Rio de Janeiro ou em Recife, num bairro da zona norte ou da zona sul da cidade, etc.). Além disso, o trabalho em saúde é marcado pelo contato com os usuários do serviço, uma vez que não se pode falar de um “usuário padrão”, ideal. Assim como os trabalhadores, os usuários possuem histórias de vida, demandas e queixas específicas, valores e crenças diferentes.

O trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas que possuem características distintas e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na

cooperação entre os trabalhadores e os usuários, numa dinâmica que atravessa diferentes pontos de vista.

No processo de trabalho, os trabalhadores usam de si por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam os saberes de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir-criar junto com os outros. A criação implica experimentação constante, maneiras diferentes de trabalhar. O trabalho ocupa um lugar privilegiado na vida dos seres humanos. Não é neutro em relação ao que provoca no sujeito.

Se entendemos a saúde como a capacidade de lidar com as variabilidades do meio e criar novas normas de vida, pode-se afirmar que, quando o trabalho limita essa capacidade, a chance de adoecermos é maior. Ao pensar a relação entre saúde, trabalho e gestão pelo ponto de vista apresentado, tratamos de uma corresponsabilização, e não do esforço em achar um culpado pelas experiências vividas.

Dessa forma, é possível pensar estes e outros modos de gestão e cuidado sem que se transformem os modos como nos organizamos para trabalhar? Ao apontarmos para esta dimensão da organização do trabalho, não estamos também pensando nos modos como temos nos relacionado e em seus efeitos na vida de todos que compõem o SUS?

Trata-se, então, de formas como se tem efetivado ou operado certos princípios, como a ampliação da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS e a corresponsabi-

lidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Até para que estes princípios deixem de ser somente princípios e possam ser incorporados e atualizados em práticas cotidianas dentro do SUS. Ao tratar desses princípios, estamos tratando de processos de trabalho (autonomia na gestão do trabalho) e daqueles que os sustentam como uma política pública.

Promover saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde.

Se entendemos a saúde como a capacidade de criar novas normas de vida, quando o trabalho limita essa capacidade, a chance de adoecermos é maior.



## Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)

A saúde é entendida também como a capacidade de o ser humano produzir novas normas, ou seja, de ser normativo frente à diversidade dos mundos do trabalho. No fazer-aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer criando, num processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores, concepções, de avaliar quais formas de funcionamento coletivo estão produzindo adoecimento e aquelas que promovem a saúde. Trata-se de criar, pela prática do tateio, da experimentação, de pôr em xeque as formas já dadas.

No âmbito da Política Nacional de Humanização, estamos buscando novas relações entre trabalhadores de saúde – atores principais dos processos de trabalho nos diferentes estabelecimentos – e aqueles que, também trabalhadores, portam conhecimentos específicos que podem permear e mediar diálogos cada vez mais efetivos entre todos os atores do cenário da saúde: gestores, trabalhadores, usuários, apoiadores institucionais e pesquisadores/estudiosos do campo da saúde. Diálogo desejado entre diferentes saberes e práticas que subsidiem e orientam o trabalho em equipes multiprofissionais.

A esse novo tipo de relação, de encontro e de diálogo crítico entre os saberes formais das disciplinas acadêmicas

e os saberes produzidos e desenvolvidos no cotidiano de trabalho, deu-se o nome de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), que faz parte do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e compreende um grupo de multiplicadores constituído por consultores, apoiadores, pesquisadores e trabalhadores locais. Essa concepção e método de “aprender-fazendo”, com e no próprio trabalho, têm sido disponibilizados como ofertas da Política Nacional de Humanização, estimulando e apoiando processos de formação nos ambientes de trabalho.

É importante ressaltar que tais concepções e ferramentas podem e devem ser apropriadas e desenvolvidas pelas diferentes instâncias que se apresentam como “coletivos organizados” que incluem e representam trabalhadores e gestores. Algumas dessas instâncias podem ser consideradas campos férteis para avançar nessas metodologias de atuação-formação como, por exemplo: Câmaras Técnicas de Humanização (CTH), Grupos de Trabalho de Humanização (GTH), Setores de Recursos Humanos e de Pessoal (ou equivalentes), Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho, Comissões Internas de Atuação em Saúde no Trabalho e outras, formal e informalmente constituídas.

Na concepção da Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), profissionais de saúde vivenciam um diálogo produtivo com os diferentes saberes, disciplinas e práticas. A

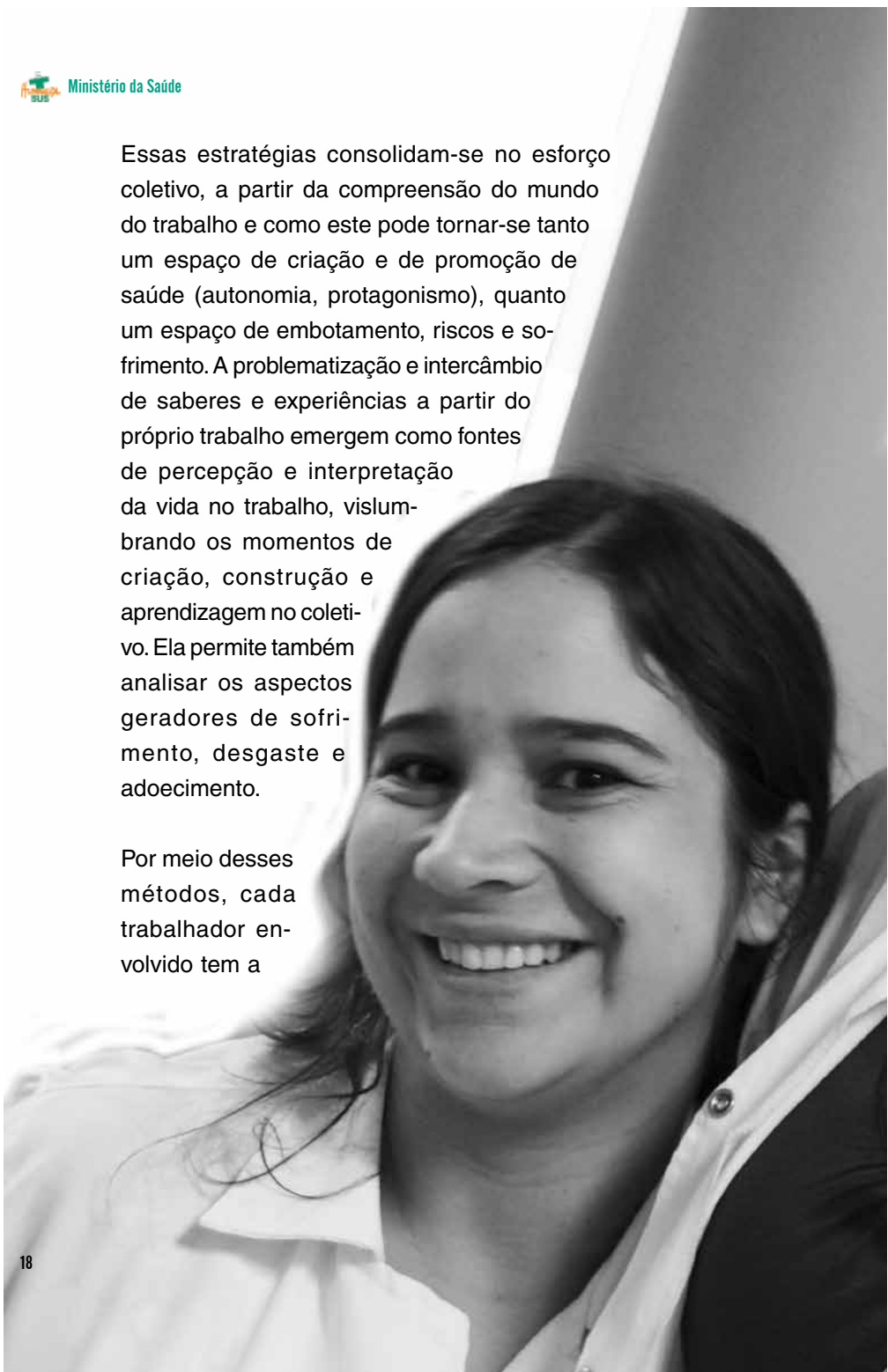
história da organização dos trabalhadores no movimento por mudanças nos locais de trabalho tem confirmado que essa prática é possível e obtém sucesso. Neste momento de intensas mudanças no trabalho em saúde, é importante que os trabalhadores criem espaços no próprio trabalho, para colocar em análise não somente o seu fazer cotidiano, mas o próprio sentimento que experimentam mediante as situações vividas às vezes “isoladamente”.

Esses espaços de conversa têm sido cada vez mais desejados. Para que não se tornem apenas momentos de levantamento de queixas, tais espaços podem ser pensados e organizados nos moldes de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa, buscando-se apoio para aprofundar problematizações e encaminhamentos acerca do que for considerado necessário e possível. Estes são, por excelência, espaços não somente para encaminhamentos e demandas, mas também para aprofundar a capacidade de negociação e de pactuações em torno do possível. São espaços em que o coletivo busca a corresponsabilização com as mudanças desejadas.

**É impossível cuidar da saúde sem considerar as situações pelas quais passamos ou as formas como nos organizamos para lidar com as experiências que nos adoecem.**

Essas estratégias consolidam-se no esforço coletivo, a partir da compreensão do mundo do trabalho e como este pode tornar-se tanto um espaço de criação e de promoção de saúde (autonomia, protagonismo), quanto um espaço de embotamento, riscos e sofrimento. A problematização e intercâmbio de saberes e experiências a partir do próprio trabalho emergem como fontes de percepção e interpretação da vida no trabalho, vislumbrando os momentos de criação, construção e aprendizagem no coletivo. Ela permite também analisar os aspectos geradores de sofrimento, desgaste e adoecimento.

Por meio desses métodos, cada trabalhador envolvido tem a





oportunidade de tornar-se um multiplicador. Do seu próprio jeito, apropria-se criticamente dos conceitos e saberes, faz análise sobre a sua realidade de trabalho e apresenta suas descobertas nas diferentes rodas e espaços institucionais. Daí a importância da apropriação de tais ferramentas e métodos na dinâmica de qualquer grupo que se constitua para discutir o trabalho, potencializando a sua ação e multiplicando o seu alcance a partir dos diferentes atores e setores envolvidos.

O Ministério da Saúde vem apoiando esses movimentos, oferecendo o suporte de consultores para articular com as instâncias do SUS e fomentar a criação desses espaços. Esta oferta também contempla pesquisas, estudos e análises dos processos de trabalho. São movimentos que ganham força, em que os gestores estão convencidos de que a implementação dos conceitos da humanização os auxilia no estabelecimento de um ambiente favorável tanto aos trabalhadores quanto aos usuários. Para isso, é necessário que algumas horas de trabalho da equipe sejam destinadas às oficinas, pesquisas, reuniões e outras atividades para análises e propostas de intervenção nos processos, relações e ambientes de trabalho.

A implantação de um Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), contemplando a organização de grupos nos moldes das CAPs, deve ser adaptada à realidade dos locais de trabalho.

Vejamos o exemplo da metodologia que foi desenvolvida num hospital da cidade do Rio de Janeiro (RJ):

- Inicialmente, os participantes organizaram módulos de leitura e discussão dos textos do PFST e, a partir daí, escolheram o tema da dinâmica das relações interpessoais – entre trabalhadores, entre chefes e subordinados, entre trabalhadores e usuários – para ser investigado no âmbito de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). Esse aspecto foi colocado em primeiro lugar, como foco de análise, porque estava gerando sofrimento no cotidiano profissional desse espaço hospitalar;
- Para auxiliar nesta análise, foi construído um instrumento de pesquisa e roteiro de observação participativa. As questões avaliadas foram: a comunicação entre todos e todas, a capacitação profissional e a valorização/reconhecimento do trabalhador por parte da chefia. O resultado da pesquisa possibilitou a construção de propostas que passaram a interferir positivamente nos espaços do dia-a-dia daquele hospital.

## **Apropriando-se da metodologia da CAP para utilização nos espaços de trabalho**

Uma carga horária total de 46 horas foi prevista para a realização desse processo, envolvendo (a) curso introdutório, (b) momentos sequenciais de análise e (c) levantamento de propostas e intervenções.

O tempo foi distribuído da seguinte maneira: (a) um curso introdutório (cerca de 12 horas) com a presença dos consultores da Política Nacional de Humanização e (b) encontros dos grupos de trabalho/CAPs, divididos em três momentos, coordenados pelos próprios participantes do curso (equipe de multiplicadores, sem a presença de consultores).

A divisão dos três momentos dos encontros dos grupos de trabalho/CAPs (três momentos) foi feita da seguinte forma: o Momento 1 subdividiu-se em 11 encontros de duas horas cada; o Momento 2 subdividiu-se em quatro encontros mensais; o Momento 3 exigiu horas de trabalho necessárias para que os multiplicadores desenvolvessem, individualmente ou em dupla, trabalhos de pesquisa junto com os demais servidores do hospital.

## Curso Introdutório – Primeiro Ciclo

A ordem de apresentação dos temas foi: (1) Saúde; (2) Trabalho e Gestão; e (3) CAPs. Antes disso, foram realizadas duas apresentações específicas sobre o HumanizaSUS e o PFST. Sugere-se que seja adotada uma metodologia expositiva participativa e que se propicie um momento de troca e de valorização da fala e da experiência dos participantes.

Para este momento, foi elaborado um instrumento de avalia-



ção composto por um pré-teste e um pós-teste. O pré-teste foi aplicado no primeiro dia do curso, logo após a apresentação dos participantes, e o pós-teste ao final dos trabalhos de consultoria. Cabe ressaltar que os participantes, ao se inscrever no curso, preenchem uma ficha de inscrição. As informações constantes das fichas são analisadas pelos consultores, anteriormente ao início dos trabalhos.

## Estrutura metodológica do primeiro ciclo

### *Primeiro dia do primeiro ciclo*

- Apresentação dos consultores e dos participantes;
- Aplicação de instrumento de avaliação (pré-teste): é indicado um número para o questionário de cada participante, assegurando a preservação do anonimato;
- Levantamento de expectativas dos participantes sobre o PFST: abertura de espaço para expressão das primeiras impressões dos participantes sobre o trabalho a ser desenvolvido e a realidade de trabalho em que se encontram;
- HumanizaSUS – apresentação dos conceitos e diretrizes da Política de Humanização;
- PFST – apresentação da proposta de formação e estrutura do Programa;
- Estabelecimento do contrato – horário e funcionamento

da dinâmica grupal.

Para iniciar a reflexão sobre o tema do primeiro encontro (saúde) foram lançadas perguntas para o grupo: “Quando falamos em saúde, do que estamos falando? O que é saúde para nós?” As respostas foram colocadas em tarjetas, distribuídas aos participantes ou colocadas oralmente, com o moderador anotando as respostas em uma lousa ou papel. Uma vez classificadas as respostas e identificado o conceito de saúde para aquele grupo, passou-se a um diálogo com a concepção de saúde trazida pelas consultoras.

Esse movimento foi feito por meio da leitura do texto 1: “Saúde, cadê você?”. Dividiu-se o grupo em subgrupos (conforme o tamanho de cada um) sob a moderação de consultores.

- Discussão do tema “Saúde do Trabalhador” no grande grupo;
- Fechamento das atividades do dia e encaminhamento dos demais encontros: agendas e definição dos temários.

#### *Segundo dia do primeiro ciclo*

- Resgate das atividades realizadas anteriormente, a partir do tema “Saúde do Trabalhador” e sua importância para a concretização da PNH;
- Apresentação da consolidação das informações do ins-

trumento pré-teste, aplicado no primeiro dia, sobre o tema “Trabalho”. Aqui também foi possível iniciar os trabalhos com um levantamento sobre o conceito de trabalho;

- Leitura dos textos “O trabalho”; “Quando o trabalho apresenta um risco para a saúde”; e “Gestão e saúde-doença dos trabalhadores”;
- O grupo se dividiu em subgrupos, sob a moderação dos consultores. Todos os grupos leram os três textos;
- Discussão do tema “Trabalho/Gestão e Saúde do Trabalhador” no grande grupo;
- Solicitação de leitura prévia do texto sobre CAPs: Comunidades Ampliadas de Pesquisa;
- Fechamento das atividades do dia e esclarecimentos sobre o funcionamento dos demais encontros.

### *Terceiro dia do primeiro ciclo*

- Discussões sobre saúde e trabalho/gestão e sobre as CAPs. Exposição dialogada sobre o tema CAPs procurando esclarecer as dúvidas sobre a nova etapa do programa e como se daria a efetivação das CAPs no ambiente de trabalho;
- Definição do tema a ser analisado pela CAP (delimitação

do foco de análise): a partir da consignação “O que a gente vai olhar no cotidiano de nosso trabalho e que pode estar causando sofrimento?”, solicitou-se que cada participante registrasse, em uma tarjeta, um aspecto do ambiente de trabalho que estivesse merecendo atenção da CAPs;

- Construção de um “mapa de risco” na parede. Ou seja, constrói-se um painel em que possam ser anotadas e visualizadas as dificuldades do ambiente de trabalho que causam desgaste e sofrimento no cotidiano profissional;
- Discussão sobre a demanda de análise do ambiente de trabalho e encaminhamento para escolha de um tema, a partir da governabilidade do grupo, para introduzir mudanças no ambiente de trabalho. Equalização da compreensão do tema escolhido;
- Desdobramento do tema escolhido, por meio da exploração de sua significação para a equipe;
- Ampliar a discussão para subtemas que deverão ser objeto de análise do grupo;
- Discussão do modo como seriam trabalhados estes subtemas: meios de observação e definição dos recursos metodológicos mais adequados, instrumentos (questionários com perguntas fechadas e/ou abertas), uso de imagens (registros fotográficos), etc.

## Encontros Sequenciais da CAP — Segundo Ciclo

### **Momento 1 da CAP - Primeiros, segundos e terceiros encontros**

Estes encontros foram planejados para ser conduzidos pelos trabalhadores participantes do PFST - a partir deste momento, chamados de multiplicadores. O plural utilizado (primeiros, segundos e terceiros) indica que a cada bloco de quatro encontros deste Momento foi intercalado pelos encontros dos Momentos 2, coordenados pelos consultores. Cabe aos pesquisadores e trabalhadores, nesses encontros, o desenvolvimento de métodos e recursos que seriam utilizados no processo de pesquisa. Além disso, cuidar para que a CAP ocorresse conforme a pactuação dos envolvidos.

Aos consultores cabe colocar sempre em análise, nos Momentos 2, o processo de trabalho realizado nesses encontros do Momento 1.

## **Primeiro encontro do Momento 2 da CAP**

Este encontro, coordenado por um consultor da PNH, procurou atender aos seguintes objetivos:

- 1) Conhecer o processo de trabalho desenvolvido pela equipe no Momento 1 da CAP (reunião de multiplicadores, sem a presença dos consultores): participação dos integrantes, nível de envolvimento e responsabilização com o trabalho de pesquisa, conflitos e acolhimento das propostas e encaminhamentos das sugestões;
- 2) Identificar se o tema escolhido como foco de análise foi suficientemente explorado nas discussões do grupo na divisão em subtemas;
- 3) Analisar as propostas de registros e análises do processo de trabalho, elaboradas pela equipe de trabalhadores participantes do PSFT (métodos de registros e de observação, recursos propostos, estratégias gerais e específicas para os setores, etc.);
- 4) Auxiliar tecnicamente nas dúvidas pertinentes ao processo de elaboração de instrumentos;
- 5) Analisar o processo de trabalho realizado: coube ao consultor, concomitantemente, identificar como aconteceu a participação de todos nas reuniões (inclusão e exclusão; uso de consensos/votação na definição dos encaminhamentos, etc.);

6) Encaminhar o trabalho de maneira que o Momento 3 (pesquisa de campo) ocorresse no intervalo de um mês, para que na próxima reunião do Momento 2 (com a presença de consultoria) fosse realizada a análise das informações “colhidas”.

### **Segundo encontro do Momento 2 da CAP**

Este encontro, coordenado por um consultor da PNH, procurou atender aos seguintes objetivos:

- 1) Verificar a compreensão e o envolvimento da equipe no trabalho de pesquisa, por meio da recapitulação do trabalho desenvolvido até o presente momento, com vistas ao realimento de alguma questão que se fizesse necessária;
- 2) Conhecer o trabalho de aplicação dos instrumentos, de observação e de análise realizado tanto no Momento 2 (reunião dos multiplicadores) quanto no Momento 3 (pesquisa de campo individual/dupla): solicitar que todos os multiplicadores falem de suas observações no campo;
- 3) Identificar problemas enfrentados no estudo de campo e colocar em análise alguma questão que parecesse pertinente;
- 4) Sugerir que a análise do resultado da pesquisa fosse apresentada para a diretoria e encaminhada reunião de apresentação dos trabalhos para todo o serviço, convocação de outros trabalhadores para a formação de novos

multiplicadores e continuidade nos trabalhos, principalmente dos setores não investigados;

5) Analisar o processo de trabalho realizado, cabendo ao consultor identificar como estava ocorrendo a participação de todos nas reuniões (inclusão e exclusão; uso de consensos/votação na definição dos encaminhamentos, etc.);

6) Encaminhar o trabalho de maneira que, na próxima reunião do Momento 2, com a presença de um consultor, fosse concluída a análise das informações “colhidas” e os







encaminhamentos da formação de nova equipe de multiplicadores da unidade de serviço em questão.

### **Terceiro encontro do Momento 2 da CAP**

Este encontro, coordenado por um consultor, procurou atender aos seguintes objetivos:

- 1) Verificar a compreensão e o envolvimento da equipe no trabalho de pesquisa, por meio da recapitulação do trabalho desenvolvido até o presente momento com vistas ao realinhamento de alguma questão que parecesse necessário;
- 2) Conhecer o trabalho de aplicação dos instrumentos de observação e de análise realizados tanto no Momento 2 (reunião dos multiplicadores) quanto no Momento 3 (pesquisa de campo individual/dupla). Solicitar que todos os multiplicadores falem de suas observações no campo;
- 3) Identificar problemas enfrentados no estudo de campo e colocar em análise alguma questão que parecesse pertinente;
- 4) Analisar o processo de trabalho realizado, cabendo ao consultor identificar como estava ocorrendo a participação de todos nas reuniões (inclusão e exclusão; uso de consensos/votação na definição dos encaminhamentos, etc.);

5) Aplicar o Pós-teste;

6) Verificar como se daria a próxima etapa de formação de nova equipe de multiplicadores na unidade de trabalho. Ao final: análise do trabalho realizado.

Já na análise das fichas de inscrição dos participantes, conforme concebido pelo Programa, foi possível perceber como se daria a adesão ao processo de formação. Esta deve ser “espontânea”, ou seja, neste caso deveria haver interesse genuíno dos participantes inscritos no PFST na reflexão sobre a realidade de trabalho com vistas à transformação de tudo aquilo que faz adoecer ou incomodar os trabalhadores no serviço de saúde em questão.

A constituição do grupo de inscritos para a atividade se mostrou representativa para o conjunto dos trabalhadores do local de trabalho que vivenciaria o PFST, procurando incorporar trabalhadores de todos os setores – integrantes do corpo diretivo, gestores, especialistas, técnicos e auxiliares, todos com formações diferentes e de níveis também diferentes, constituindo um olhar múltiplo e complementar. Quando isso não ocorria, algumas questões foram feitas: quais os motivos que contribuiriam para que alguns setores fossem mais contemplados que outros? Existe alguma história de análise de processos de trabalho em relação aos envolvidos neste primeiro evento do PFST? Enfim, como as pessoas chegaram até aqui?

Ressaltamos a importância da participação dos gestores, administradores ou gerentes em todo o processo do PFST uma vez que, nas experiências já ocorridas, a ausência desses nas atividades da CAP levou a um emperramento das ações propostas por falta de apoio e “autorização” para sua implantação efetiva.

A seguir, foi analisado o conteúdo das fichas de inscrição em relação aos problemas percebidos nos locais de trabalho, tais como: entrosamento entre setores, comunicação interpessoal, relações/processo de trabalho, condições de trabalho, vínculo empregatício, número de pessoal e investimento na formação dos trabalhadores. O compromisso entre o profissional de saúde e o usuário foi analisado por meio, por exemplo, dos aspectos de assiduidade e pontualidade. A ambiência – espaço físico para a acomodação tanto dos trabalhadores quanto dos materiais e equipamentos hospitalares – é um dispositivo da Política Nacional de Humanização que deve colaborar com o acolhimento de todos, trabalhadores e usuários.

A falta de equipamento/material adequado ou outros aspectos das condições e do processo de trabalho faz com que muitos trabalhadores adoçam. O estresse devido ao trabalho realizado e às relações autoritárias tem ocasionado hipertensão e problemas psicológicos, como ansiedade e depressão. Assim, o número de licenças de saúde ou em processo de readaptação deve ser examinado. É importante ressaltar as formas de luta pela saúde dos trabalhadores que têm sido encaminhadas no local de trabalho.

Segundo nossa experiência, o que tem mobilizado essas pessoas a participar do PFST também constitui um dado importante de análise. Muitas respostas concentram-se na questão da relação trabalho/saúde, como: 1) Construir meios que assegurem melhor qualidade de vida, evitando que o trabalhador adoieça; 2) Contribuir na atenção à saúde dos colegas; 3) Tornar o local de trabalho mais interessante e humanizado tanto para a equipe de saúde quanto para os usuários; 4) Contribuir para as relações de trabalho e a valorização do trabalhador. A questão da gestão também aparece como mobilizadora da participação, assim como a possibilidade de formar-se multiplicador do Programa.

Como importância da realização do PFST, na visão dos trabalhadores, tem sido referida a busca pela satisfação do trabalhador, voltada para uma melhor qualidade de vida, a melhoria das condições e do processo de trabalho; a valorização dos profissionais de saúde; o fazer com que o trabalho seja também produção de criação e não apenas produção de repetição, que contraria o processo vital. Assim, o trabalho se constitui em fator de transformação social.

## Referências

- ATHAYDE, M. R. C.; BRITO, J.; NEVES, M. (Org.). **Caderno de métodos e procedimentos**: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.
- CAMPOS, G. W S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.
- CANGUILHEM, G. **O normal e patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

## Glossário

**Ambiente de trabalho** – O ambiente de trabalho não se restringe ao espaço físico onde o trabalho é realizado. Ele é um espaço vivo, histórico coletivo, que carrega a memória dos homens e mulheres que ali trabalham e habitam. Um ambiente tramado por inúmeras vidas e práticas, tecido pelos inúmeros encontros que ali se estabelecem.

**Atenção humanizada** – (1) Oferta de atendimento de qualidade articulada aos avanços tecnológicos, ao acolhimento, à melhoria dos ambientes de cuidado e às condições de trabalho dos profissionais. (2) Atenção pautada no protagonismo dos sujeitos, na democratização da gestão dos serviços e na ampliação da atenção integral à saúde. (3) Atenção que não separa o modo como trabalhamos nos serviços (a gestão desses serviços) e o modo como oferecemos atendimento aos usuários (a atenção).

**Autonomia** – Condição que caracteriza os humanos, que não são meros receptáculos de ideologias e valores predominantes. Os indivíduos como seres autônomos são capazes de transformar a realidade, construir outros mundos, sendo protagonistas e corresponsáveis nos diferentes coletivos-rede. Como o padrão da vida é a rede, não existe autonomia fora dos coletivos.

**Câmara Técnica de Humanização (CTH)** – Fórum proposto

para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências no campo de políticas/ações de humanização, compondo redes e movimentos de cogestão. Pode-se constituir com representações de serviços ou com sujeitos interessados nas discussões e encaminhamentos acerca de planos de trabalho e avaliação de experiências. Seu método de funcionamento é pautado no mapeamento dinâmico dos serviços e ajustes contínuos das iniciativas, à luz dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Seu caráter pedagógico-formativo é conferido pelas análises coletivas e destaque de indicadores do processo de implementação e seus alcances e pode servir como referência para outros serviços.

### **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa)**

– A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa) é um dos tantos efeitos da luta que os trabalhadores vêm travando para lidar com as adversidades dos mundos do trabalho. Trata-se de um instrumento que visa à prevenção de acidentes do trabalho, às melhorias nas condições de trabalho e de todos os aspectos que afetam a saúde e segurança dos trabalhadores. A Cipa é regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) nos artigos 162 a 165 e pela Norma Regulamentadora 5 (NR-5), contida na portaria 3.214 de 08/06/78 baixada pelo Ministério do Trabalho. O objetivo básico da Cipa é fazer com que empregadores e empregados trabalhem conjuntamente na tarefa de prevenir acidentes e melhorar a qualidade do ambiente de trabalho. A organização da Cipa é obrigatória nos locais de trabalho, seja qual for sua característica –



comercial, industrial, bancária, com ou sem fins lucrativos, filantrópica ou educativa e empresas públicas – desde que tenham o mínimo legal de empregados regidos pela CLT conforme o quadro 1 da NR-5. A Cipa é composta por representantes titulares do empregador e dos empregados e seu número de participantes deve obedecer as proporções mínimas na NR –5.

**Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)** – Grupo de trabalhadores constituído por consultores, apoiadores da Política Nacional de Humanização e trabalhadores locais das unidades de saúde implicados na transformação e pesquisa das condições adversas de trabalho. Trata-se de um dispositivo, criado a partir do Programa de Formação de Saúde e Trabalho (PFST), cujo método é o “aprender-fazendo” com e no próprio trabalho. Deseja-se que o encontro e diálogo crítico entre os diferentes saberes e práticas subsidiem e orientem o trabalho em equipes multiprofissionais atentas à análise do cotidiano do trabalho e à produção de saúde.

**Corresponsabilidade** – compartilhamento de decisões, planejamento e avaliação de uma ação comum, com tarefas decididas coletivamente.

**Dimensão subjetiva** – (1) Dimensão a partir da qual existimos como “sujeitos”, sempre como efeito de processos históricos e políticos. (2) Dimensão relacional onde experimentamos existir como “sujeitos” concretos e engajados em práticas situadas - não se refere, portanto, a

uma dimensão privada, interior, independente das relações que construímos cotidianamente.

**Dispositivos** – Modos por meio dos quais são efetivadas as diretrizes da Política Nacional de Humanização nas experiências concretas de trabalho.

**Ferramentas** – São instrumentos que construímos, a partir da especificidade de cada serviço, para que os dispositivos possam funcionar nas experiências concretas de trabalho.

**Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)** – Coletivo de trabalhadores em saúde envolvidos na transformação dos processos de trabalho no dia-a-dia das unidades/serviços do SUS, conforme os princípios, as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização. Grupo-sujeito que recusa hierarquias, autoritarismos e totalidades fechadas, confrontando-se com seu próprio limite e finitude. Sua atuação visa disparar movimentos de criação de vínculos, a ampliar a capacidade coletiva de análise crítica dos equipamentos de saúde. Busca enfrentar coletivamente desafios e construir soluções a partir da realidade concreta da rede. Partindo da comunicação com as demais políticas e programas de saúde, concretiza conversas, acordos e parcerias.

**Métodos** – (1) Caminhos construídos a partir da experiência concreta das situações de trabalho na implementação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização. (2) Modo de fazer, de colocar em ação os princípios da Política Nacional de Humanização na experiência concreta de trabalho.

**Normas Antecedentes** – As normas antecedentes ampliam

a noção de prescrição do trabalho ao abranger, além da dimensão prescritiva, uma dimensão histórica, marcada pelas experiências dos trabalhadores, pelos saberes-fazer e valores, por um patrimônio coletivo sempre em transformação no encontro com a situação real de trabalho.

**Prescrição** - A prescrição do trabalho está relacionada à ideia de antecipação, de planejamento, é a concepção teórica do que se deve fazer. A prescrição é definida por quem delega a execução da tarefa, e tem como objetivo definir e orientar o que deve ser feito e como fazê-lo. Ela sempre preexiste à atividade, sendo determinada de forma anterior e exterior à sua realização.

**Programa de Formação de Saúde e Trabalho (PFST)** – Programa de formação do trabalhador da saúde que se fundamenta no princípio pedagógico do estudo-intervenção. É um dispositivo da Política Nacional de Humanização que busca uma compreensão ampliada das relações entre saúde e trabalho nos locais onde trabalhamos. Parte do princípio de que é impossível cuidar da saúde sem considerar as formas de organização adotadas pelos trabalhadores para lidar com as demandas do cotidiano de trabalho e as estratégias de enfrentamento das experiências de sofrimento em serviço.

**Protagonismo** – Compromisso ético dos sujeitos com o conhecimento e a produção da realidade vivida nos equipamentos de saúde. Refere-se, portanto, à intervenção

nessa realidade, promovendo diálogos e a construção coletiva do bem comum. Na produção de saúde, diz respeito ao compromisso dos sujeitos nos processos de cuidado de si e das redes sociais.

**Saúde** – (1) Processo de criação/invenção de estratégias e saídas para as situações que levam ao adoecimento (condição de sofrimento). (2) Poder oscilar dentro dos limites do patológico e da sanidade, poder inventar maneiras de fazer diferente.

**Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (Sesmt)** – O Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho é constituído por uma equipe de profissionais, a serviço das empresas, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade física dos trabalhadores. O Sesmt está estabelecido no artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho e é regulamentado pela Norma Regulamentadora 04.

**Tecnologias** – É um termo que envolve conhecimento técnico e construção de ferramentas, de processos e de materiais que são utilizados a partir desse determinado conhecimento. As tecnologias são usadas para lidar com a diversidade dos diferentes contextos e viabilizar processos de trabalho. As tecnologias não são algo exterior à sociedade, mas produção dos humanos. Uma tecnologia é uma dimensão das relações entre humanos, expressa a atividade humana que se transforma ou das relações humanas que se redefinem. As tecnologias produzem determinadas concepções de mundo e produzem mundos.

Não existe neutralidade dos aparatos técnicos, como se estes existissem apenas para suprir necessidades prévias do homem. A tecnologia não pode ser reduzida a um aspecto instrumental, ela traz novas e complexas relações com o mundo, transformando-o.





ISBN 978-85-334-1585-0



9 788533 415850



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
Saúde

