



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ROBENIA MARA RIBEIRO

A EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

CAMPINAS

2021

ROBENIA MARA RIBEIRO

A EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva, na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADOR: GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA  
ALUNA ROBENIA MARA RIBEIRO, E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS.

CAMPINAS

2021

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

R354e Ribeiro, Robenia Mara, 1982-  
A experiência de um curso de formação para a atenção primária à saúde em uma cidade do interior de Minas Gerais / Robenia Mara Ribeiro. – Campinas, SP : [s.n.], 2021.

Orientador: Gastão Wagner de Sousa Campos.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Educação em saúde. 3. Paidéia, Método. 4. Processo de trabalho em saúde. I. Campos, Gastão Wagner de Sousa, 1952-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The experience of a training course for primary health care in a city inside Minas Gerais

**Palavras-chave em inglês:**

Primary health care

Health education

Paidéia, Method

Health management process

**Área de concentração:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Gastão Wagner de Sousa Campos [Orientador]

Daniele Pompei Sacardo

Liane Beatriz Righi

**Data de defesa:** 12-05-2021

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

**Identificação e informações acadêmicas do(s) aluno(s)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-0800-9299>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/0393879509393848>

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE  
MESTRADO/DOCTORADO**

**NOME DO ALUNO – ROBENIA MARA RIBEIRO**

**ORIENTADOR: GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**

**MEMBROS TITULARES:**

**1. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS**

**2. PROF. DR. DANIELE POMPEI SACARDO**

**3. PROF. DR. LIANE BEATRIZ RIGHI**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 12/05/2021**

**Dedico a você, meu 'favo de mel', minha filha linda, essa e todas as outras conquistas de  
minha vida.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço por existir uma força maior que move e que conspira com o universo, e me guiou no caminho, que por vezes foi escuro, mas permitiu se iluminar para que eu chegasse até aqui.

À minha família que sempre foi meu alicerce e minha sustentação, por acreditar em mim e apostar em meus sonhos. Obrigada por sonhar junto e se orgulhar disso.

Ao meu orientador, professor Gastão, que teve a sensibilidade para me acolher e direcionar com tanto carinho e cuidado. Agradeço por ter visto em mim alguém que acredita na luta pelo SUS.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa, pela dedicação, disponibilidade e delicadeza nas contribuições e direcionamentos. Vocês foram um norte nessa trajetória.

Aos queridos companheiros de Curso, Júlia e Adilson, que foram mais que professores/apoiadores, mas também amigos de que tive o prazer de conhecer. Obrigada pelas conversas e trocas durante as viagens.

À gestão municipal de Muzambinho/MG que permitiu a realização dessa experiência no município.

Aos profissionais e colegas de trabalho que participaram do Curso, pelas experiências e discussões durante a caminhada. Vocês, além de ajudarem a construir esta pesquisa, reforçaram em mim a ideia de que é possível que uma comunidade se transforme e transforme o mundo.

*Não é à toa que entendo os que buscam caminho. Como busquei arduamente o meu! E como hoje busco com sofreguidão e aspereza o meu melhor modo de ser, o meu atalho, já que não ousa mais falar em caminho. Eu que tinha querido. O caminho, com letra maiúscula, hoje me agarro ferozmente à procura de um modo de andar, de um passo certo. Mas o atalho com sombras refrescantes e reflexo de luz entre as árvores, o atalho onde eu seja finalmente eu, isso não encontrei. Mas sei de uma coisa; meu caminho não sou eu, é o outro, são os outros. Quando eu puder sentir plenamente o outro, estarei salva e pensarei: eis o meu porto de chegada.*

Clarice Lispector

## RESUMO

Esta pesquisa objetiva analisar os efeitos de um Curso de Formação, com a metodologia Paideia, na construção da gestão democrática (cogestão) e ampliação da capacidade de análise e intervenção dos profissionais sobre a realidade no serviço de saúde. Para isso, foi desenvolvido um processo de formação (Curso de Especialização e de Extensão), com 18 meses de duração, oferecido aos profissionais da Atenção Primária de Muzambinho/MG, num total de 70 trabalhadores. Utilizou-se a metodologia de Estudo de Caso com abordagem qualitativa. Os instrumentos de coleta de dados foram os diários de campo e a observação realizada pela pesquisadora, também com a função de professor/apoiador. Descreveram e se analisaram conhecimentos, prática e habilidades dos sujeitos investigados durante o Curso. Tais conhecimentos e habilidades foram agrupados nas seguintes categorias de análise: implicação com o trabalho e com o SUS; atuação interprofissional; construção de contratos; e relação com a instituição. A partir do material empírico foi realizado um movimento de análise e construção de narrativas agrupadas em eixos temáticos relacionados com os objetivos desta pesquisa, que se seguem: 1) Os atravessamentos durante o processo de formação; 2) O reconhecimento do território pelas equipes de Saúde da Família; 3) A percepção das relações de poder e a cogestão; 4) A reorganização dos processos de trabalho. Foi possível observar que nos locais de trabalho foram geradas situações em que ocorreu a circulação de poder, e se tornou possível a reorganização democrática dos processos de trabalho com ganho para os atores envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários. Porém, nas instâncias em que o poder persistiu cristalizado e instituído, onde não foi permitida a fala, a escuta, o diálogo, assim como aconteceu na relação entre equipes e a administração central, não foi possível mudanças nos processos de trabalho e de gestão. Estes conflitos geraram perceptível sofrimento, com repressão de desejos e afetos dos trabalhadores.

Palavras-chaves: Atenção Primária, formação em saúde, Balint/Paideia, processo de trabalho em saúde.

## **ABSTRACT**

The researcher aims was to analyze the effects of a Training Course, with the methodology of Paidéia, in the construction of democratic management (co-management) and expansion of the professionals' analysis and intervention capacity on the reality in the health service. For this purpose, it was developed the training and education strategies (Specialization and Extension Course), an 18-month long learning process, offered to Primary care professional in Muzambinho (Minas Gerais), Brazil, in amount of 70 healthcare professionals. The Case Study methodology was used with a qualitative approach. For collect data we applied two sources: the professional's field diaries and the researcher's systematic observations during her work as teacher and assistant at the training process. The technical knowledge, clinical practices and abilities of the professionals, who attended the course, was described and analyzed. Such technical knowledge and professional abilities were collected into the following categories of analysis: including the involvement with their healthcare works and the Brazilian National Health System (SUS); capacity for teamwork; contract report development and the co-management of health institution. Constructions grouped in thematic axes related to the aims of this research: 1) Crossings during the training process; 2) The recognition of the territory by Family Health Units; 3) The perception of power relations and the co-management; 4) The reorganization of working processes. The study pointed out the emergence, in workplaces, of situations in which there occurred circulation of power and the democratic reorganization of work processes became possible, with gains for the participants involved - managers, healthcare professionals and users. However, instances in which power persisted institutionally crystallized, where speaking, listening, and dialogue were not allowed, as well as in the relationship between the degree of local democratization and managerial support, the organization changes in the work and management processes were not possible. These conflicts generated apparent suffering, with the suppression of workers' desires and affections.

**Keywords:** Primary Care, Health Training, BALINT-PAIDEIA Group (GBP), Health Management Process.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
1.1. O desafio do SUS e a formação dos trabalhadores da APS	15
1.2 O trabalho, as relações de poder e a cogestão no cenário da saúde	20
<b>2 OBJETIVO DA PESQUISA</b>	<b>23</b>
<b>3 METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	<b>23</b>
3.1 Tipo de estudo	23
3.2 Etapas da pesquisa	25
3.3 Campo da pesquisa	28
3.3.1 Um pouco do município	29
3.3.2 O SUS Muzambinho	30
<b>4 O CURSO DE FORMAÇÃO PARA APS</b>	<b>32</b>
4.1 Referencial teórico e metodológico do Curso	32
4.2 Justificativa e objetivos do Curso	36
4.3 Metodologia do Curso	37
4.4 Descrição dos resultados do Curso	42
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA</b>	<b>46</b>
5.1 Os atravessamentos durante o processo de formação	46
5.2 O reconhecimento do território pelas equipes de Saúde da Família	53
5.3 A percepção das relações de poder e a cogestão	59
5.4 A reorganização dos processos de trabalho	66
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>73</b>

## APRESENTAÇÃO

Um pouco do caminho...

Transcorro por essas linhas um pouco da minha trajetória até aqui.

Mineira, nascida em uma cidadezinha do sul de Minas chamada Muzambinho, filha de professora e caminhoneiro, sempre sonhei cursar medicina no intuito de ajudar as pessoas.

Aos 15 anos, eu engravidei e, então, esse sonho me pareceu distante demais, porém, quando minha filha nasceu, eu pude perceber o quanto havia de mais força em mim do que eu imaginava. E, assim, então decidi que não seria mais um número da estatística e que mostraria a ela o quão importante é lutarmos pelo que acreditamos.

Após uma formação em técnico de enfermagem, consegui ingressar na faculdade e me tornei uma das primeiras médicas formadas pelo Programa Universidade para Todos (ProUni). Lembro-me de um encontro realizado em Brasília, no ano de 2010 para celebrar esse feito, e de uma frase dita pelo presidente da União Nacional dos Estudantes (UNE): *“vocês provaram que não lhes faltava capacidade, mas sim oportunidade”*.

Voltei para minha cidade natal, onde tive a oportunidade de trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que havia sido, recentemente, implementada no município. Permaneci por seis anos atuando na unidade Jardim Anápolis como trabalhadora concursada. Nesse período, sempre me envolvi com a gestão de saúde do município. Participei como membro do Comitê de Mortalidade Materno-infantil, reorganizando o fluxo e direcionamento das gestantes na rede, o que corroborou com a nulidade da mortalidade naquele ano. Fui presidente do Conselho Municipal de Saúde, reativando a atuação deste órgão no município.

Porém, a vontade de estudar e aprender me incomodava. E então, em uma banca de avaliação para prova de residência para Clínica Médica, dois professores ao ouvirem minha história me aconselharam a buscar um mestrado.

A partir daí se iniciou minha caminhada sem um rumo muito bem definido, mas guiada sempre por muita vontade de aprender. Solicitei meu afastamento das atividades de médica da família e fui morar em Campinas/SP porque minha filha fora fazer

faculdade lá. Sem conhecer ninguém me senti, literalmente, “um caipira perdido na cidade grande”.

Por intermédio de minha prima Rosangela, conheci a professora e pediatra Dra. Elizete Lomazi, elas trabalharam em cooperação durante seu doutorado em Ciência de Alimentos pela FEA/Unicamp. Numa conversa oportuna, a profa. Elizete me perguntou em qual área eu teria interesse e minha resposta foi “*em qualquer área da medicina*”, ela de fato percebeu que eu não sabia muito bem por onde começar. Contando a ela um pouco da minha trajetória, me sugeriu buscar a área de Saúde Coletiva. Porém, como já estávamos em meados de março de 2017, só consegui ingressar nas disciplinas do segundo semestre.

Em agosto de 2017, iniciei como aluna especial as disciplinas SC 390 – Políticas e práticas em instituições de saúde, ministrada pelos professores Sergio Resende Carvalho e Gustavo Tenório; e a disciplina SC 426 - Elementos Teóricos de Saúde e Sociedade II, ministrada pelos professores Juliana Luporini do Nascimento e Rafael Afonso da Silva. Disciplinas que foram muito desafiadoras para mim, pois tive que lidar com conceitos novos e um conhecimento filosófico e epistemológico que eu não tinha, além de uma linguagem acadêmica da qual eu já estava distante há muitos anos. Mas com os professores Juliana e Rafael, eu tive a oportunidade de conhecer Michel Foucault e as concepções dele sobre as relações de poder; e com os professores Sérgio e Gustavo, pude ler meus primeiros textos do professor Gastão e, pela primeira vez, consegui visualizar uma direção nessa caminhada.

Decidi então, que o conhecimento adquirido poderia ajudar meus colegas trabalhadores da ESF de Muzambinho/MG. Conversei com a gestão municipal e assim, a cada 15 dias me dirigia até àquele município para ofertar um “cursinho” sobre a saúde da família sobre um novo modo de se fazer gestão que eu acabava de conhecer, a cogestão ou gestão compartilhada. Permaneci com essa saga por alguns meses e em março de 2018 conheci o professor Gastão que me ouviu em uma conversa despreziosa e me acolheu. Passei a participar do grupo de estudos Coletivo Paideia e entendi que poderia fazer parte e incluir Muzambinho/MG em um grande projeto que ofereceria cursos de capacitação às equipes de ESF de forma estruturada a alguns municípios.

Com o grupo passei a entender e participar do processo de estruturação de um grande projeto, e, também, a me capacitar, pois seria uma das professoras/apoiadoras da turma de Muzambinho/MG. Em setembro de 2018, iniciamos o curso de especialização neste município, dando seguimento a uma ideia inicial de que o conhecimento pode ser uma mola propulsora para transformações.

Desde o início, o oferecimento do curso em Muzambinho passou por alguns desafios que não se aplicavam às outras turmas que realizavam os encontros na própria UNICAMP. Por vezes eram problemas que me trouxeram preocupação. O primeiro deles foi encontrar dois outros apoiadores que se disponibilizassem a cada 15 dias, ir até o município que dista cerca de 230 Km de Campinas e leva, aproximadamente, 6 horas de viagem ida e volta, além das 8 horas de curso realizadas no local. Como conseguir apoio para o transporte, deslocamento e alimentação desses professores/apoiadores? Além de se encontrar, no município, um local adequado para a realização dos encontros e reestruturar o apoio ao atendimento nas unidades, pois todas as equipes de ESF e o único NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) participavam do curso.

Meu desafio pessoal se deu por três implicações diferentes: primeiro como trabalhadora daquele município; segundo como apoiadora do curso; e terceiro como pesquisadora.

Como trabalhadora entendia as necessidades e carências dos processos de trabalho das unidades e o quanto essas questões refletiam na qualidade de atendimento; conhecia a população, os trabalhadores e a gestão, além das relações de poder que se estabeleciam entre esses atores e o enraizamento de uma tradição gerencial hegemônica do trabalho; havia vivenciado um sistema que ainda se mantinha com uma valorização do modelo biomédico, e pouco entendimento de Atenção Primária à Saúde (APS). Sabendo dessas demandas e no olhar de trabalhadora, tinha no curso uma esperança de que o conhecimento compartilhado, as discussões e reflexões sobre essas questões pudessem de alguma forma refletir no trabalho diário das equipes.

Já como professora/apoiadora, em alguns momentos, me senti insegura por ser a primeira vez que trabalhava com metodologia ativa e ainda, por haver temas que eu não tivera contato anteriormente. Por vezes, me percebi sendo aluno e professor/apoiador ao mesmo tempo. E por se tratar de colegas de trabalho, temi julgamentos e questionamentos negativos, e não saber lidar com essas críticas. Sentia-me mais à

vontade quando se juntavam as equipes de médicos e enfermeiros com os agentes comunitários de saúde (ACS). Mas também, fui muito apoiada pelos outros dois professores/apoiadores que compartilhavam suas experiências e maturidade na maneira de lidar com o curso e as dificuldades internas que me afligiam. As 6 horas de viagem contribuíram para boas conversas e trocas, foram momentos que nos aproximaram muito e, hoje, sentimos falta.

Penso que no olhar de pesquisadora, foi um misto de sensações, por vezes angustiantes e por vezes entusiasmadas. A expectativa de algo novo para aquelas equipes e como lidariam com isso e a preocupação de organizar os temas relacionados ao curso e gerenciar sua logística por um ano e meio me levaram a momentos de ansiedade e questionamentos ao pensar em como me conduzir. A angústia, e ao mesmo tempo, a empolgação em perceber a potência de tanto material produzido e se conseguiríamos colocar no papel uma análise adequada das percepções produzidas no dia a dia dos encontros, insegurança que ainda me acompanha nesse momento.

Todo aprendizado, graças à troca de experiências, ao estudo da literatura, às discussões e análise das metodologias do Curso refletiu o desenvolvimento desta dissertação de mestrado, que buscou compreender os percalços da trajetória.

Ainda me sinto percorrendo o caminho, aprendendo a caminhar e refletindo cada passo.

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1. O desafio do SUS e a formação dos trabalhadores da APS**

De acordo com a Constituição Federal, “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Porém, a efetivação desse sistema público de saúde que seja resolutivo, integral e universal, tem sido um grande desafio para o Estado brasileiro (BRASIL, 1988).

As garantias constitucionais relacionadas à Saúde significaram um grande avanço nas intenções de se construir um sistema público universal e integral de saúde no Brasil. Entretanto, uma ampla reforma ainda se fez necessária para adequar o aparelho de Estado brasileiro aos novos (e inéditos) direitos conquistados, particularmente no tocante à Saúde.

Os direitos à saúde evidenciados na constituição representaram avanços a fim de contribuir para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. No entanto, ainda se faz necessária uma reforma que vincule os novos direitos conquistados. Para o Cecílio (2012),

[...] O avanço das políticas e da ideologia neoliberal, frontalmente opostas à proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), traduziu-se na prática em um paradoxo que até hoje, mais de 20 anos depois, ainda emperra a ampliação e consolidação do SUS: se, por um lado, temos a garantia constitucional da saúde como direito inalienável de cidadania, por outro, tivemos uma progressiva ‘contra-reforma’ do Estado Brasileiro, tornando-o cada vez mais incapaz de cumprir sua função constitucional na Saúde.

Para assegurar o direito à saúde de forma universal através de políticas públicas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que para um bom funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS), adote-se estratégias metodológicas como parte do sistema de saúde.

Destacamos as seguintes estratégias e diretrizes: a integração dos sistemas de saúde à rede de Atenção Primária; universalidade (cobertura de 80 a 100% da população); integralidade, como ampliação do processo saúde e cuidado; equidade, tendo como base a priorização de vulnerabilidade e necessidades de saúde dos cidadãos para se planejar e gerir os serviços; formação e capacitação dos profissionais baseada na interação de saberes e práticas, considerando o território, as instituições, a família e o

sujeito; o trabalho de equipes interdisciplinares, que possam construir projetos terapêuticos, a fim de fortalecer o vínculo, a humanização do cuidado e a longitudinalidade (OMS, 2008).

Essas estratégias e diretrizes dependem de alterações no processo de formação em saúde que historicamente tem sido focada, sobretudo, em uma concepção biologicista e hospitalocêntrica. Há a necessidade de se redefinir o papel de serviços especializados e hospitalares no sentido de se organizarem por meio de redes de cuidado e estimular a população a utilização do sistema de saúde (CARVALHO, CECCIM, 2012).

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca ampliar uma perspectiva do processo de saúde e cuidado (FAUSTO et al, 2018).

Para a garantia desse modelo de saúde assistencial é demasiado importante que os profissionais de saúde estejam envolvidos nos processos. E para que isso ocorra, também é necessário que esses profissionais tenham seu trabalho valorizado e aprimorado continuamente a partir do salário justo e da implantação de plano de carreira, além do conhecimento e do apoio nas relações humanas.

Entretanto, encontrou-se grande heterogeneidade e dificuldade na administração e operacionalização das equipes de Saúde da Família (eqSF) (FAUSTO et al, 2018). Há grande dificuldade na captação e fixação de profissionais médicos especializados em saúde de família e comunidade nas áreas de maior vulnerabilidade, com descontinuidade dos serviços nesses locais (CAMPOS e JUNIOR, 2016).

No início dos anos 1990, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu que: “[...] a ausência de uma política de recursos humanos para o SUS representa, juntamente com o financiamento, um dos maiores desafios à sua consolidação [...]” (BRASIL, 1990).

O despreparo, a inadequação na formação voltada às práticas na ESF, além da precariedade das condições para o exercício do trabalho e a má remuneração, culminam na insatisfação dos profissionais.

Ainda hoje, as metodologias de formação destes profissionais da ESF permanecem centrada na doença, “fundamentada no paradigma biologicista, tendo como unidade de ação e de reflexão o indivíduo, considerado em sua dimensão anátomo-clínica” (UFRJ/NESC, 2003, p.6), e não em metodologias que analisem o

sujeito integralmente e que permitam compreender a saúde como “a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p.382).

Muitos desafios têm sido observados na prática do modelo de ESF proposto pelo SUS, o reconhecimento fracionado por parte dos profissionais das necessidades de saúde e de como se comporta socialmente a comunidade e o território onde vivem com suas potencialidades e dificuldades. Ademais, o baixo envolvimento entre os membros das equipes e compartilhamento de saberes e afetos que possam auxiliar nos processos de trabalho e na qualidade da prestação de serviços à comunidade.

É premente, portanto, ações de formação médica e dos demais profissionais da APS que tenham como foco privilegiado a articulação dos saberes dos diferentes núcleos profissionais que compõem a APS no Brasil e que seja construído a partir da realidade concreta na qual estes trabalhadores exercem as suas práticas (MELO, 2016).

Campos, Cunha e Figueiredo (2013) reforçam ainda que a formação profissional de saúde deve garantir

[...] o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e relacionais para a compreensão de múltiplas dimensões constitutivas dos sujeitos e dos coletivos, para o trabalho interdisciplinar e em equipe, e para uma aproximação genuína à complexa realidade das pessoas (p. 123).

Para Franco (2007), a ampliação que se tem com o trabalho realizado dentro do SUS permite privilegiar a troca de conhecimentos e a aprendizagem focados na prática, por se tratar de lugar onde há a integralidade na produção de cuidado entre trabalhadores e usuários. É o que pressupõe a formação permanente em saúde.

Segundo Freire (1996, p.18), “é pensando criticamente a prática de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunde com a prática” (FREIRE, 1989, p. 18).

A noção de aprendizagem a partir da reflexão da prática é trazida por Paulo Freire considerando que “quando a prática é tomada como curiosidade, então essa prática vai despertar horizontes de possibilidades. [...] Esse procedimento faz com que a prática se dê a uma reflexão e crítica” (FREIRE, 1989 p. 40).

É importante observar e valorizar a realidade e as características locais, suas potencialidades e capacidades existentes, a fim de se permitir um processo de aprendizagem crítica e criativa, que produza sentido, afeto, auto análise e autogestão, além da interlocução entre a formação, a atenção em saúde, a gestão e o controle social (CECIM & FEUERWERKER, 2004).

Freire (1989) defende que a educação permite estabelecer uma postura crítica, reflexiva e criativa, aprofundando a análise dos problemas através de questionamentos e reflexões e não apenas do conhecimento consumido e aplicado. Considerando esse um processo de emancipação.

Para tanto, Ceccim & Feuerwerker (2004), evidenciam elementos para análise do processo de formação de profissionais em saúde. Estes elementos foram agrupados: 1) a busca pela mudança de uma concepção tradicional hegemônica (mecânica e centrada no professor) para uma concepção construtivista (de interação e problematização dos saberes e das práticas); 2) considerar os desafios da inclusão e da participação dos usuários nos planejamentos de saúde e na construção de novas práticas que priorizem a humanização e a integralidade; 3) analisar as necessidades em saúde, a análise setorial e a satisfação do usuário para assegurar redes de serviços de atenção originais e criativas; 4) observar as dinâmicas, movimentos, organizações e lutas sociais pela saúde, a fim de se construir um atendimento voltado a essas necessidades.

Segundo Campos (2013), a formação dos estudantes e profissionais teria que levar em consideração três planos: o primeiro seria o do cognitivo e das habilidades práticas, voltados para o cuidado (clínica ampliada e compartilhada); o segundo o da capacidade de lidar consigo mesmo (posturas, defesas, resistências, capacidade reflexiva, etc); e o terceiro, o da Política, da circulação de poder, capacidade de lidar com a instituição e com o sociocultural, aquilo que é hegemônico.

Para possibilitar o desenvolvimento dessas habilidades, é preciso que os processos de formação para os profissionais em saúde possibilitem que os mesmos se coloquem como atores e cidadãos que compõem e produzem bens e serviços para a sociedade.

De acordo com Deleuz (1997. p.16),

[...] a educação deve possibilitar aos trabalhadores (...) sua participação na sociedade científica e tecnológica não como objetos, mas como sujeitos,

resgatando assim a dimensão política: a construção da identidade social e a integração plena na cidadania.

Nesse sentido, esta pesquisa esteve focada no terceiro plano apontado por Campos (2010), isto é, no contexto institucional, na efetivação da gestão democrática (cogestão), na circulação do poder e na ampliação da capacidade de análise dos sujeitos para que decidam e ajam sobre suas realidades.

## **1.2 O trabalho, as relações de poder e a cogestão no cenário da saúde**

Para que se possa entender a sociedade em que vivemos é necessário que se entenda também a organização do trabalho humano como produtor e modificador de algo novo (MERHY, 2002).

Autores, como Karl Marx, entendem o trabalho como essencial para a humanidade, já Paulo Freire, que afirma que o trabalho deve fazer sentido para os homens, procurar satisfazer as necessidades, ser produtor de 'valores de uso' (GONÇALVES, 1994).

Processo de trabalho é o modo como realizamos nossas tarefas e atividades profissionais, é realizado para se atingir um fim que foi anteriormente determinado. Nesse cenário, se encontram e se explicitam as questões sociais e de poder que determinam os processos.

Refletir sobre as transformações dos processos de trabalho faz parte do desenvolvimento humano e de como a humanidade se organiza em sociedade.

Campos (2010) analisou métodos, teorias e modelos de gestão que buscam aproximar o trabalho humano do trabalho de uma máquina com a finalidade de exercer o controle sobre ele diretamente - supervisão, e indiretamente - avaliação de resultados. A esses denominou de "racionalidade gerencial hegemônica".

Para justificar as pretensões de controle sobre o trabalho e o trabalhador, ele considerou três elementos fundamentais: a subordinação do trabalho a modelos de funcionamento já priorizados anteriormente; o poder disciplinador da gestão sobre o trabalhador; e a tendência das teorias de formação administrativas que julgam o trabalhador como incapaz de exercer sua autonomia quando colocado nos processos de trabalho coletivo (CAMPOS, 2010).

Alguns autores como Campos, Mehy e Pires vêm discutindo sobre a relação existente entre a realidade do trabalho e os processos de trabalho na área da saúde. Segundo Pires (2000, p. 85),

[...] o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Campos (2000) considera que a responsabilização do trabalhador com a instituição, com o outro e com sua autonomia são fatores importantes para o exercício do trabalho.

Os processos de trabalho em saúde constituem-se pela presença da relação existente entre o saber e o poder. Segundo Foucault (1986), o poder-saber médico se evidencia por meio da hegemonia médica que circunda os espaços institucionais, a protocolização das práticas e a tecnificação das demais profissões.

O exercício do poder e suas disparidades estão presentes nos ambientes de trabalho e nas relações dos atores que atuam na gestão do cuidado, seja pelas disputas, acordos normativos ou pela padronização das práticas (CECÍLIO, 1999; SULTI et al. 2015).

Na ESF evidenciam-se relações de exercício de poder que podem culminar com situações geradoras de conflitos, principalmente, quando alguns profissionais centralizam a organização do serviço numa tentativa de dominação de profissionais com posturas e opiniões diversas (LANZONI; MEIRELES, 2012).

Campos (2000) analisa que o trabalho no SUS ainda segue marcado por ações de controle e de disciplina, que mantêm a “racionalidade gerencial hegemônica”.

Para a reconstrução do trabalho em saúde com outra racionalidade gerencial, Campos (2000) defende a necessidade de se considerar a autonomia dos trabalhadores, um paradigma para a gestão em saúde que reconheça e conviva com a autonomia e seu saber sobre saúde, além da expectativa dos usuários, para a partir dessas perspectivas se desenvolver formas compartilhadas de controle do trabalho.

Nessa direção, o conceito de cogestão é dado por Campos (2000) como sendo:

[...] uma resposta à clara implicação das teorias e práticas administrativas com processos de produção de alienação, de expropriação e restrição das esferas decisórias de governo, processos que resultam na indução ao agir burocrático e em condições que consolidam uma perspectiva funcional de dominação.

Assim, o conceito de cogestão busca aproximar a gestão dos processo de trabalho aos desejos dos trabalhadores e aos interesses dos usuários, na tentativa de democratizar as relações de poder institucional e social: "a base da cogestão, ninguém governa sozinho" (CAMPOS, 2000, p. 44).

Para apoiar a cogestão da clínica, Campos (2007) propõe a metodologia Paideia que busca estimular nos trabalhadores, a partir da discussão e reflexão sobre suas práticas, o desejo de intervir nas instituições, nos contextos sociais e nas suas próprias práticas. A possibilidade de abertura para escuta das dificuldades encontradas sobre as práticas, produz falas que reproduzem as subjetividades, os valores e as resistências dos trabalhadores.

Desta forma, esta pesquisa analisou a experiência de um Curso de Formação para profissionais da APS do município de Muzambinho/MG embasado na metodologia Paideia.

## **2 OBJETIVO DA PESQUISA**

### **- Objetivo geral**

Analisar os efeitos do Curso de Formação, com metodologia Paideia, oferecido aos profissionais da Atenção Primária de Muzambinho/MG, na construção da gestão democrática (cogestão) e ampliação da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos sobre a realidade no serviço de saúde.

### **- Objetivos específicos**

- Investigar e analisar as relações de poder na APS e sua circulação ocorreram no campo da pesquisa.
- Identificar e analisar como os processos de trabalho das equipes se desenharam durante o decorrer do Curso;
- Como as mudanças nas relações de poder permitiram alterações no processo de trabalho das equipes participantes do Curso.

### **3 METODOLOGIA DA PESQUISA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um Estudo de Caso com abordagem qualitativa que utilizou, como instrumentos para a coleta de dados, a observação participante e o diário de campo, sendo este último elaborado pelos professores/apoiadores durante de um grupo de discussão que ocorria após os encontros. Tais reflexões e análises serviram de base para a construção de uma narrativa hermenêutica-crítica.

Para uma análise qualitativa em saúde deve-se considerar a realidade social e a complexidade em que se apresenta seus problemas e as possibilidades de intervenção, o que exige conhecimentos diversos e integrados às práticas (MINAYO, 2004).

No que se refere às pesquisas qualitativas, Ludke e André (1990) afirmam que essas precisam apresentar cinco características básicas a saber: 1) o pesquisador deve ter um contato direto com a situação estudada e o ambiente em que ela ocorre; 2) os dados coletados devem ser conter a descrição dos sujeitos, das situações e dos acontecimentos que representam aquela realidade estudada; 3) deve-se preocupar mais com o processo (o problema e o interesse do pesquisador) do que com o produto; 4) o pesquisador deve focar nas significâncias dadas às coisas pelas pessoas, considerando seus pontos de vista, algo inacessível a quem observa o processo fora dele; 5) seguir um processo indutivo para a análise de dados.

O Estudo de Caso é um tipo de pesquisa que foca na observação dos acontecimentos dentro de sua realidade, busca analisar situações vivenciadas no dia a dia na tentativa de investigar e explorar as diversas causas que determinam os fenômenos e a complexidade das situações que os envolvem. (GIL, 2006).

Na verdade, nestes estudos vão se formando funis, em que os objetos de estudo iniciais são muito amplos e inespecíficos, já no final se tornam diretos e específicos. Assim também ocorreu nesta pesquisa, já que várias questões surgiram durante o Curso e que poderiam ser analisadas, porém as relações de poder e como elas se relacionavam com os processos de trabalho, como e por que elas foram emergindo, e como foram trabalhadas e refletidas durante todo o processo, nos motivaram para escolhê-los como objetos de estudo final.

Em nosso estudo, investigamos um fenômeno dentro de sua realidade, nas suas diferentes dimensões e situações, sem perder a visão do todo. Assim, os dados foram coletados durante os encontros presenciais do Curso, por meio do diário de campo feito pelos professores/apoiadores, também procuramos representar os diversos e, às vezes até conflitantes, pontos de vista encontrados.

A partir do processo de formação do Curso e da produção do diário de campo, construímos uma narrativa hermenêutica crítica a fim de descrever a realidade daquele local. Mais do que isso, para Lacan (1967 *apud* Lery-Lachaume, 2019), a construção narrativa não se caracteriza somente pela simples descrição do que se fala, mas também aquilo que se equivoca e é escutado, sob condição da intervenção do analista que torna a narrativa viva. Assim, o campo da hermenêutica busca dois ideais: o da interpretação reprodutiva, que é inerente à obra; e o da interpretação criativa, que produz um novo sentido a partir da subjetividade do leitor, sendo este o produto final desta pesquisa (FIGUEIREDO, 1994).

### **3.2 Etapas da pesquisa**

#### **- Curso e produção de material**

Foi realizado um Curso de Formação para a APS no município de Muzambinho/MG no decorrer de dezoito meses, que será descrito no capítulo seguinte. E deste Curso foram produzidos os materiais que foram analisados para o desenvolvimento desta pesquisa.

Como o Curso realizado na cidade de Muzambinho/MG fez parte de um projeto “guarda-chuva”, que contou com a participação de mais duas outras cidades, Campinas/SP e Itatiba/SP, e também contribuir para a produção científica de outros pesquisadores, vários materiais foram produzidos como questionários, mandalas de avaliações, grupos focais entre outros. Porém, para esta pesquisa em questão, optamos por escolher como materiais de produção e análise a observação participante e o diário de campo produzidos pelos professores/apoiadores, e que serão descritos a seguir.

#### **- Observação participante**

A observação participante trata-se de um processo em que o pesquisador participa e se envolve com os participantes da pesquisa e seu contexto social. Para que ocorra é fundamental a sensibilidade e a abertura do pesquisador aos participantes

envolvidos, e por parte desses últimos, a receptividade e o acolhimento para com o pesquisador (MINAYO, 2010).

Para May (2001, p. 177), a observação participante pode ser entendida como:

O processo no qual um investigador estabelece um relacionamento multilateral e de prazo relativamente longo com uma associação humana na sua situação natural com o propósito de desenvolver um entendimento científico daquele grupo.

Assim, para o desenvolvimento desta pesquisa tivemos a peculiaridade de ter como pesquisadora, uma trabalhadora local que atuou por seis anos como médica de saúde de família daquele município, portanto já conhecida da maioria dos participantes. Ela também atuou como professora/apoiadora durante todo o Curso, o que permitiu uma relação de maior proximidade com os atores envolvidos e entender as peculiaridades e o cotidiano dos processos envolvidos.

Esta proximidade da pesquisadora com o campo de pesquisa possibilitou observações e olhares multidirecionais, alguma identificação dos participantes que também eram trabalhadores e compartilhavam suas angústias, aflições, desejos e conquistas.

O objeto de investigação do pesquisador deve estar claro, apesar de poder realizar a descrição de suas observações e apontamentos de forma livre e sem roteiros (MINAYO, 2010). Dessa forma, a pesquisadora utilizou do diário de campo um instrumento que também reproduzisse suas observações dos apontamentos, reflexões das movimentações e de como isso se reproduziu durante o processo, suas percepções diárias. Assim, além da descrição dos encontros e de suas discussões, também foram consideradas observações e conversas que ocorriam nos corredores e nos intervalos do Curso, que aconteciam de forma natural devido a pesquisadora conhecer, profundamente, as pessoas e o serviço, sem que houvesse um roteiro pré-fixado para tal.

#### **- Diários de Campo**

A interação em grupo permite um olhar sobre a experiência vivenciada, os problemas, os afetos e como as pessoas se expressam sobre os assuntos abordados pelos seus diversos ângulos e opiniões e em que grau existem ou não consensos e construções coletivas (GATTI, 2005; GONDIM, 2003).

Para tanto, nas pesquisas com metodologia observação participante, o diário de campo é um bom instrumento para produção de dados. Trata-se de um diário em que o pesquisador - no nosso caso dos professores/apoiadores - anotem os acontecimentos, as observações e suas impressões sobre as reflexões feitas, além da descrição de fatos ocorridos mesmo fora do ambiente de formação (MINAYO, 2010).

Este foi escolhido como principal material para o desenvolvimento deste estudo por se considerar o material mais completo produzido, e por incluir, também, a descrição das avaliações dos alunos realizadas no final dos encontros, além de conter também os passos dos processos de criação e desenvolvimento dos projetos de conclusão de curso.

A formulação deste diário de campo acontecia após os encontros, durante o retorno à Campinas/SP, eram viagens que duravam em torno de três horas. Assim, como um grupo de discussão “a quente”, este foi um processo importante para a elaboração desse material.

#### **- Grupo de discussão**

A metodologia do grupo de discussão trata-se de uma prática de investigação que permite a compreensão dos sujeitos, a partir de discursos sociais produzidos coletivamente, e que justificam suas ações dentro de suas realidades. Trata-se, portanto, de uma importante prática qualitativa de análise social, na medida em que favorece um aprofundamento das questões e permite descobrir mecanismos sociais ocultos ou latentes (MEINERZ, 2011).

Nesse sentido, os indicadores para a investigação sobre a formação para as equipes da APS foram pensados e elaborados a partir de uma descrição de conhecimentos e das habilidades que foram desenvolvidas e observadas durante o Curso, nos cenários de suas práticas. Tais conhecimentos e habilidades se agruparam nas seguintes categorias de análise: 1) implicação com o trabalho e com o SUS - vínculo e responsabilização; 2) atuação interprofissional - trabalho em equipe e em rede; 3) construção de contratos - como lidar com conflitos e diferenças para elaborar projetos comuns; 4) Relação com a instituição - atuar ativamente e de forma compartilhada na gestão dos processos institucionais (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2014).

Durante as viagens, no caminho de volta para Campinas/SP, os professores/apoiadores revisavam as anotações produzidas, refletiam sobre suas percepções e discutiam os acontecimentos durante os encontros, além de elaborarem estratégias de atuação para o Curso que se adequassem às necessidades dos participante, e a partir da observação dos indicadores, elaboravam o diário de campo. A produção deste material permitiu a elaboração da narrativa final desta pesquisa, embasada nas observações, análises e percepções dos professores/apoiadores.

### **3.3 Campo da pesquisa**

Interessa explicar que a escolha do município, campo de investigação, não se deu aleatoriamente. Na verdade, ocorreu por interesse da mestrandia e dos profissionais de saúde desta cidade, além da solicitação de apoio da gestão municipal para qualificar os profissionais da APS. Deste modo, o contrato estabelecido com o município partiu de diferentes motivações e foi realizado com sua respectiva Secretaria Municipal de Saúde para empreender uma parceria na oferta do Curso de formação para APS. Demonstrado assim, um caráter participativo no desenho e execução deste processo.

#### **3.3.1 Um pouco do município**

Optamos por fazer uma descrição sintética das características do município, tais como origem do nome, tamanho, economia, topografia, atividades econômicas, condições sociais, entre outros, a fim de possibilitar uma visão geral do mesmo e facilitar a compreensão dos resultados obtidos.

O nome dado a cidade e seu significado sofreram forte influência do povoado africano que lá residia. Aquela localidade era rota de fuga de escravos e onde se formou alguns quilombos, por ser considerada uma zona territorial ainda não colonizada. Assim, algumas explicações para o nome dado de Muzambinho surgem a partir de mapas antigos que mostram a localização de um quilombo chamado Muzambo nesta região. Acredita-se então, que o nome dado a cidade e o significado da palavra têm origem africana (LEMES, 1999).

Muzambinho é uma cidade do sul do estado de Minas Gerais, pertencente ao setor cafeeiro do estado, que é a região do país que se destaca por ser a maior produtora nacional de café, particularmente para exportação. A área do município é de 409,036 km<sup>2</sup>, sendo que 4,7 km<sup>2</sup> constituem a zona urbana e os 404,336 km<sup>2</sup> restantes constituem a zona rural. A sua população estimada em 2017 era de 21.026 habitantes. Situa-se a

uma distância de 447 quilômetros da capital mineira, e 214 quilômetros de Campinas/SP. O principal produto da agricultura é o café e a cidade já foi famosa pela produção de doce de leite (IBGE, 2017).

A taxa de escolarização, no município, para crianças de 6 a 14 anos de idade é de 97,8 % (IBGE, 2017). Ressalta-se que a educação sempre foi uma preocupação em Muzambinho. Em 1901, foi criado o Lyceu Municipal, que proporcionou à cidade o título de “Atenas Sul Mineira”.

A singularidade do modo de vida da população das cidades pequenas é singular. Os moradores exaltam o sentimento de exaltação da tranquilidade e do contato próximo entre as pessoas que se sentem pertencentes ao lugar, sendo esse com um Lar, valorizando a cultura, os costumes e a família (LEMES, 1999).

### 3.3.2 O SUS Muzambinho

Por muito tempo o município contou apenas com duas vias de acesso para o Sistema de Saúde, sendo elas o ambulatório central e o pronto-socorro do hospital local.

O ambulatório central prestava o atendimento médico das especialidades médicas básicas, como clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia e ortopedia. Atendia toda a população do município, inclusive das zonas rurais, mas outras especialidades necessitavam ser encaminhadas. Para receber o atendimento, a população necessitava retirar fichas de marcação diariamente, o que por vezes, fazia com que as pessoas dormissem na rua em frente ao ambulatório para conseguir atendimento no dia anterior.

Hoje, o município conta com dois ambulatórios de especialidades, sendo o central que conta com o atendimento de ginecologia/obstetrícia, pediatria, neurologia, cirurgia geral, ortopedia, cardiologia, e atendimento generalista para população não abrangida pelas equipes de Saúde da Família (eqSF); além de realizar atendimento odontológico, contando com um Centro Odontológico; realiza exames por imagem (raio X e ultrassonografia); e laboratório para análises clínicas. Um segundo ambulatório é o posto Alto do Anjo, situado no bairro de mesmo nome. Nele se concentraram os atendimentos destinados à saúde mental, como psiquiatria e psicologia; além de conter uma sala de vacinas.

O atendimento hospitalar da população é feito pela Santa Casa de Misericórdia que se trata de uma instituição filantrópica, e conta com 60 leitos, sendo 36 conveniados com o SUS. No mesmo hospital, há os serviços de maternidade, clínica médica e pronto socorro, sendo este último subsidiado pela prefeitura municipal; além ainda, de bloco obstétrico e cirúrgico. Para os atendimentos de maior complexidade que necessitem de suporte intensivo, há a necessidade de transferência para fora do município, centros maiores como Alfenas/MG, Varginha/MG, Passos/MG, Jaú/SP, Campinas/SP e Ribeirão Preto/SP. Tendo Alfenas/MG como município de referência.

Em 2002, foi estruturado no município de Muzambinho o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que seguiu atuando até o ano de 2009, onde estes agentes foram incorporados ao Programa de Saúde da família (PSF) que acabava de ser inaugurado com três unidades, nos bairros Jardim Anápolis, Vila Lima e Quinta da Bela Vista. As eqSF foram implantadas remodelando os PACS já existentes no município. Essas unidades passaram a receber para atendimento médico a população do seu território de abrangência, diminuindo a alta demanda que procurava atendimento no ambulatório central.

Com o aumento do fluxo da população para esse atendimento territorial pelas eqSF, em 2012 foram implantadas mais duas unidades, nos bairros COHAB e Barra Funda. Essas unidades passaram também a atender a população da zona rural mais próxima territorialmente. Porém, no ano de 2015, o atendimento da população da zona rural foi interrompido, por não se configurar parte do território das unidades de Saúde da Família. Nesse período, a população rural passou a ser atendida por um sistema 'itinerante' apenas com o atendimento médico que se deslocava para essas comunidades.

Em 2018, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e mais três novas unidades de ESF foram inauguradas, sendo uma no bairro da Vila Socialista e outras duas nas zonas rurais da Barra Bonita e do Patrimônio. Portanto, Muzambinho/MG conta, até 2020 - ano final deste estudo, com oito unidades de ESF para atendimento do município e de sua zona rural, alcançando assim, uma cobertura de 92% da população.

Entretanto, segundo informações obtidas por meio da gestão municipal (tragas para a organização do Curso pela coordenadora da APS), a abrangência da cobertura

não repercutiu em uma melhora proporcional na qualidade da atenção, uma vez que as eqSF do município foram compostas, em sua maioria, por profissionais cuja formação não foi dirigida para este perfil. Visto que, até o momento do Curso, dentre os trabalhadores que atuavam nas na ESF daquele município, nenhum dos profissionais de nível superior tinha formação especializada em Saúde da família e os profissionais de apoio também não tinham experiência nesse serviço, por nunca terem atuado em um NASF. Os ACSs, em sua maioria, não tinham nenhuma formação na área da saúde.

## **4 O CURSO DE FORMAÇÃO PARA APS**

### **4.1 Referencial teórico e metodológico do Curso**

Esta pesquisa foi realizada no município de Muzambinho/MG com base em um Curso de Formação para a APS. Além da formação técnica, importante para o cuidado em saúde, o oferecimento do curso objetivou ampliar a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos também sobre as dimensões psicossociais e institucionais, preparando-os para agirem coletivamente sobre a realidade cotidiana (CAMPOS, CUNHA, & FIGUEIREDO, 2013).

O Curso de formação para a APS se fundamentou na metodologia Balint Paideia, que se organiza através da discussão e reflexão sobre a prática profissional das equipes e em metodologias ativas de aprendizado, com ênfase no desenvolvimento de competências relacionais e de postura crítico-reflexiva (CAMPOS, 2013).

A concepção da metodologia Balint Paideia, desenvolvida por Gustavo Tenório Cunha (2009) se baseia e se inspira no trabalho realizado por Michael Balint Balint (1998), psiquiatra psicanalista, húngaro, que em meados do século passado, desenvolveu sua técnica de grupos Balint. Tais grupos buscavam estudar a relação médico-paciente, estudando as transferências e contratransferências destas relações, visando na aprendizagem em lidar com os afetos inerentes das mesmas. Já a metodologia Paidéia trata-se de uma rede de apoio, com dispositivos de clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referências e apoio matricial e institucional (CAMPOS, CUNHA, & FIGUEIREDO, 2013).

Gastão Wagner de Sousa Campos e colaboradores desenvolveram, ao longo dos últimos 25 anos, a metodologia Paideia, que trata de uma rede conceitual e

metodológica que lança mão de recursos pedagógicos centrados na discussão e reflexão sobre a prática profissional das equipes e em metodologias ativas de aprendizado. Este método considera as discussões de casos clínicos, epidemiológicos e institucionais, para que seja possível compor o diagnóstico considerando a história de vida dos sujeitos e os aspectos familiares e territoriais em que estão inseridos. Também possibilita o diálogo e compartilhamento do saber/poder nas vivências dos trabalhadores, enfatizando o trabalho em equipe e em rede de assistência, e a atuação ativa destes trabalhadores na gestão compartilhada - cogestão - dos processos institucionais (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2014).

A metodologia Paideia foi escolhida por, também, trabalhar os eixos de saber, poder e afeto, pontos diretamente ligados com o objetivo desta pesquisa. Através da discussão de casos vinculados à prática, das ofertas teóricas e dos projetos de intervenção - sugeridos pela metodologia, busca estimular o estudante a repensar sua prática, a incorporar novos conceitos e a assumir posturas ativas (CAMPOS, 2013).

Segundo Oliveira Viana (2018, p. 46), o objetivo da metodologia Paideia

[...] consiste em promover entre os apoiadores um olhar crítico para as políticas, projetos, programas, modelos, práticas e seus produtos, considerando-os meios para atender necessidades sociais, em vez de tomá-los como entidades absolutas, como um fim em si mesmo. Pretende estimular que os coletivos se autorizem a reconstruir as organizações e os processos de trabalho mediante a análise oriunda dos seguintes questionamentos: Que valores de uso se estaria produzindo? A quais necessidades atendem?.

Cunha buscou compor a metodologia dos Grupos Balint com o método Paideia, apresentando, inicialmente, características de comparação entre os métodos. Assim, Cunha, desenvolveu os Grupos Balint Paideia (GBP) propondo “um recurso de trabalho sinérgico com os outros dispositivos e com o método Paideia para cogestão”, visto que os Grupos Balint tradicionais não traziam em sua proposta a gestão compartilhada de coletivos (CUNHA, 2009).

Quadro 1: Características dos Grupos Balint e do Método Paideia

<b>Grupo Balint Tradicional</b>	<b>Método Paidéia</b>
Discussão de Caso.  (quase) sem ofertas teóricas.  Busca aumentar a capacidade para lidar com as implicações psicológicas da clínica geral.  Grupo de semelhantes (o caso não é uma tarefa objetivamente comum).  Clínica do Médico GP - com clientela adscrita (continuidade e coordenação).  Análise da contra-transferência.  Sujeito da psicanálise (desejo impossível de ajudar a “suportar o fardo”).  Reuniões periódicas fora do espaço institucional formal.  Tende a reduzir discussões às relações individuais.	Discussão de temas (núcleos de análise) e casos no sentido ampliado.  Com ofertas do apoiador.  Aumentar capacidade de análise e intervenção (lidar com poderes, afetos e saberes com mais autonomia).  Coletivos organizados para produção de valor de uso (grupo operativo interdependente).  Equipe Interdisciplinar.  Análise das transferências e de outras forças mais ou menos inconscientes que operam nas diversas relações dos sujeitos.  Sujeitos singulares co-produzidos. Desejo faz parte do Sujeito.  Busca da construção de espaços coletivos (formais e informais) dentro da gestão da organização.  Assume a tríplice finalidade das organizações (o trabalho para produzir valor de uso para terceiros; o trabalho para o sujeito, assegurando a própria existência social e construindo significados para a vida; o trabalho para reprodução das condições de trabalho e das próprias organizações).

Fonte: Cunha (2009), p.59

Os GBP são ao mesmo tempo um instrumento gerencial e uma oferta aos trabalhadores para que possam lidar com a complexidade do seu trabalho e das relações intrínsecas a ele, e o método trata-se de um grupo de discussões de casos clínicos gerenciais formados por médicos e enfermeiros das equipes de Atenção Básica, que durante os encontros apresentam seus casos, lidam com as subjetividades envolvidas, trocam ideias com a mediação do professor/apoiador e recebem ofertas teóricas, buscando a grupalidade solidária e aumentando assim a capacidade de análise e intervenções.

Segundo Cunha (2009), a proposta dos Grupos Balint buscava estudar, analisar e preparar os médicos clínicos para lidarem com implicações psicológicas. Para tal, Balint formulou uma proposta metodológica, onde se reuniam grupos de 8 a 10 participantes, todos médicos generalistas para a apresentação oral de casos clínicos como ponto de partida para trazer para a vivência em grupo, elementos da psicanálise. Já nos GBP a ideia é ampliar o acesso ao grupo a outros profissionais de saúde, potencializando o fortalecimento da APS; assim os grupos eram compostos por cerca de 20 participantes, que incluíam além dos médicos, também enfermeiros e outros profissionais que

compunham as equipes de Saúde da Família. Com ofertas teóricas diversas e atividades vinculadas e articuladas ao sistema de saúde e duração de um a dois anos.

#### **4.2 Justificativa e objetivos do Curso**

A realização desse Curso buscou ofertar ao SUS estratégias e metodologias de Educação Permanente voltadas para a formação de Equipes da Saúde da Família para trabalho na APS. Tem sido reconhecido que um dos impasses para a implementação e consolidação do SUS é o desenvolvimento da APS e, em particular, a formação de pessoal com conhecimentos e habilidades para a abordagem e manejo dos problemas de saúde dentro de uma perspectiva ampliada.

Neste Curso, priorizou-se a formação das equipes da APS objetivando lidar com a dimensão psicossocial dos processos saúde/doença/cuidado. O manejo desta dimensão é fundamental para ampliar a efetividade das práticas de cuidado em condições crônicas e manejar as dificuldades de adesão e construção da capacidade de autocuidado. Para este tipo de trabalho em saúde é fundamental a apropriação de recursos pedagógicos de linha construtivista, a partir da fala e da demanda dos usuários, bem como a apropriação pelas equipes de técnicas de mediação de conflitos, contratualização e comunicação, conteúdos estratégicos utilizados para ampliar a capacidade resolutiva da APS.

Quanto aos profissionais de saúde, objetivou-se construir habilidades para práticas referenciadas por concepções ampliadas e compartilhadas de saúde, valorizando-se o trabalho multiprofissional, em equipe e em rede, a capacidade para participar da gestão de modo a assegurar sustentabilidade ao SUS em seus principais programas. E, também, construir evidências sobre a possibilidade do SUS desenvolver Educação Permanente mediante intervenções de baixo custo e com efetividade pedagógica. Foi nesse sentido que se elegeu como campo para oferta do Curso de Formação para a APS uma cidade de pequeno porte com mais de 90 % de cobertura pela ESF.

Portanto, o Curso buscou articular a discussão teórica com a reflexão da prática, problematizando e estimulando a aprendizagem a partir da transformação da realidade (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2014).

#### **4.3 Metodologia do Curso**

O Curso de Formação para APS foi organizado pelo Grupo de Pesquisa Coletivo de Estudos e Apoio Paideia do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de

Ciências Médicas da UNICAMP (DSC/FCM-Unicamp) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Muzambinho/MG.

A edição deste Curso, a princípio, foi organizada para profissionais de saúde do município de Campinas/SP em parceria com a secretaria municipal de saúde. Em seguida passou a também contar com profissionais de saúde do SUS Itatiba/SP e, em função do interesse despertado pela mestrandia da Saúde Coletiva proveniente da cidade de Muzambinho, foi proposto ao município, com aceite por parte do prefeito municipal. Portanto, este curso fez parte de um projeto “guarda-chuva” que incorporava a mesma capacitação oferecida também a esses outros municípios. Para o oferecimento do Curso, foram incorporados profissionais do SUS procedentes do município incluído no projeto.

Foram realizados contratos entre os atores envolvidos - gestão, estudantes e professores/apoiadores, para assegurar que seriam espaços de discussão protegidos, com respeito mútuo à crítica e que permitisse a circulação da fala, e exposição de conflitos, sem que as informações desse espaço fossem utilizadas para prejuízo de outrem (CUNHA, DANTAS, 2010).

Para tanto, um Acordo de Cooperação Técnica (Anexo I) foi estabelecido com o município de Muzambinho/MG por meio do seu secretário de saúde na gestão daquele período, manifestando o interesse pelo Curso e firmando o compromisso de garantir a infraestrutura e logísticas necessárias para o desenvolvimento do mesmo. Além da liberação de carga horária dos profissionais da APS que participaram do Curso. Por fim, o município se comprometeu a prestar ampla colaboração no processo de apresentação dos dados e resultados derivados desta pesquisa.

E, para garantir que fosse utilizada a metodologia Paideia na formação em todos os grupos, Foram realizados encontros de planejamento e de acompanhamento das ações, os professores/apoiadores passaram por um processo formativo antes do início dos Cursos promovidos pelo Coletivo de Estudos Paideia a fim de garantir a utilização da Metodologia Paideia nos grupos. Além disso, os professores/apoiadores contaram com reuniões de supervisão pedagógica que ocorriam quinzenalmente para suporte metodológico e teórico.

A escolha dos professores/apoiadores foi a partir do pressuposto de que, pelo menos um deles, tivesse experiência com a metodologia escolhida, um com formação psi e outro que conhecesse a rede de saúde do município.

Foi elaborado um contrato entre professores/apoiadores e os participantes do Curso que detalhavam sobre a metodologia, os aspectos éticos e a pesquisa realizada,

que foram apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), e aprovado sob o número do CAAE: 96478718.0.0000.5404 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp. Convém destacar que a participação foi facultativa e desvinculada de qualquer tipo de impacto na participação no Curso.

Formalmente, configurou-se num Curso de Formação para a APS regulamentado pela Escola de Extensão da Unicamp (Extecamp) nas modalidades presencial e a distância. O Curso de Formação foi dividido em dois cursos, o de Especialização (FCM 1260) e de Extensão (FCM 0316 e FCM 0415), que foram ofertados pela Extecamp em parceria com o Coletivo Paideia, com carga horária de 480 horas/aula para os especialistas e 85 horas/aula para os extensionistas, distribuídas ao longo de quatorze meses.

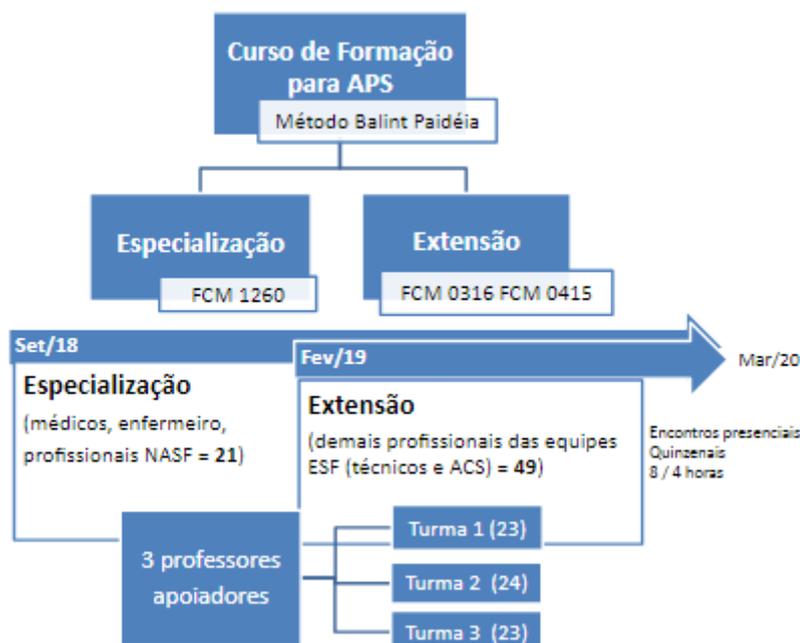
As seguintes atividades foram realizadas:

- Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – ofertado para médicos, enfermeiros e profissionais que compõem o NASF.
- Curso de Extensão em Saúde da Família e Comunidade – para equipes de saúde da família do município atualmente envolvido com o projeto.
- Projetos de trabalho comunitário com as famílias, desenvolvidos pelas equipes da APS envolvidas com os Cursos.
- Pesquisa dos efeitos da formação, objetivando a análise e a reformulação das estratégias pedagógicas e de organização do processo de trabalho utilizadas.
- Divulgação científica e tecnológica sobre formação em saúde na Atenção Primária com ênfase na dimensão psicossocial.

O Curso ocorreu no município de Muzambinho (MG) a cada 15 dias, com o deslocamento dos professores/apoiadores vindos da cidade de Campinas/SP, a fim de garantir encontros presenciais.

O Curso de Especialização foi realizado no período da manhã com todos os 21 alunos. Já no Curso de Extensão, realizado no período da tarde, juntavam-se os 21 aos demais 49 profissionais e foram subdivididos em grupos de cerca 23 alunos, onde os médicos e enfermeiros da Especialização se juntavam ao restante das suas EqSF, formado três turmas com três EqSF e uma turma com duas EqSF e o NASF. Conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Organização do Curso de Formação



Fonte: Autora

A turma de Especialização foi mediada pelo trio de professores/apoiadores, que tiveram a função de facilitadores no processo ensino-aprendizagem, a partir da demanda do grupo, as ofertas eram elaboradas e depois trazidas para discussão. Enquanto as turmas de Extensão contaram com o apoio de um professor/apoiador cada.

O termo ‘apoiador’ procura incorporar a função deste como articulador de saberes e interesses institucionais, dos trabalhadores e dos usuários, valorizando-se a construção compartilhada, a cogestão de conflitos e a reflexão sobre a intervenção na prática (CAMPOS; CUNHA; FIGUEIREDO, 2013).

O período do Curso foi dividido da seguinte forma:

Tabela 1: Divisão pedagógica dos encontro do Curso de formação para APS

<b>Encontro presencial - Quinzenal</b>	<b>Total de horas</b>
1. Discussão de casos (clínicos, epidemiológicos ou institucionais)	<b>2 horas</b>
2. Oferta teórica (discussão de texto, dinâmicas e atividades em grupo)	<b>1:30 minutos</b>
3. Avaliação do Encontro	<b>30 minutos</b>
Duração total	<b>4 horas</b>

Fonte: Adaptado Oliveira Viana, 2018

A organização do Curso no modelo de roda e no estímulo à discussão de casos reais do cotidiano das equipes. As ofertas teóricas buscaram atender às demandas ligadas aos papéis e responsabilidades das instituições e dos trabalhadores - produção de valores de uso e comprometimento com o outro, ao que é interno a essas organizações - gestão, processos de trabalho, e ao que é do próprio grupo - relações, reflexões e autonomia (CAMPOS, 2013).

Os casos trazidos para a discussão durante os encontros poderiam ser de três tipos: clínicos - relacionados ao indivíduo e sua comorbidade, epidemiológicos - considerando o território e suas repercussões sobre a saúde da população, e institucionais - que abordassem questões da organização do trabalho e da instituição.

As ofertas teóricas poderiam ser alteradas e reformuladas considerando os interesses e necessidades dos estudantes, corroborando com o caráter participativo e colaborativo desejado pela metodologia. Os temas e os cronogramas utilizados neste curso estão apresentados em Apêndice I. A leitura desses temas era sugerida que acontecesse anteriormente ao encontro e em horários fora do Curso. Também utilizamos do apoio de oficinas e dinâmicas para introduzir algumas temáticas que facilitassem os estudantes correlacionar a teoria às suas práticas diárias.

#### **4.4 Descrição dos resultados do Curso**

Participaram da Especialização profissionais de nível superior como médicos e enfermeiros das eqESF, os profissionais do NASF, uma psicóloga, uma educadora física e uma fisioterapeuta, além de um enfermeiro responsável pela Vigilância Epidemiológica e a enfermeira coordenadora da APS, sendo esses dois últimos relacionados diretamente à gestão, totalizando 21 participantes. E entre os profissionais da modalidade Extensão, participaram os técnicos de enfermagem das eqESF e os ACSs, com nível de formação técnico e médio, totalizando 49 participantes. Somando-se as duas turmas, foram capacitados um total de 70 trabalhadores. Deste total, de acordo com o tipo de contratação, na turma de Especialização eram 7 profissionais efetivos, 12 temporários e 2 com cargo de confiança. Já na turma de Extensão, eram 34 efetivos e 15 temporários.

Tabela 2: Caracterização das turmas: Especialização e Extensão

ESPECIALIZAÇÃO			
Gênero	Formação	Área de atuação	Tipo contratação
Feminino = 16	Enfermeiro = 10	Equipe SF = 17	Efetivo = 7
Masculino = 5	Médico = 7	NASF = 4	Temporário = 12
	Fisioterapeuta = 1	Gestão = 2	Cargo confiança = 2
	Terapeuta ocupacional = 1		
	Nutricionista = 1		
	Psicólogo = 1		

EXTENSÃO		
Gênero	Cargo	Contratação
Feminino = 47	Tec. Enfermagem = 8	Efetivos = 34
Masculino = 2	ACS = 41	Temporários = 15

Fonte: Autora

Vale destacar que o número de trabalhadores não efetivos na Especialização representou mais de 66%, já na Extensão essa porcentagem foi de 30%. Esses números chamam a atenção quando observamos, durante o Curso, o surgimento de questões conflituosas, como queixas quanto aos atravessamentos institucionais e formas de resistência surgiram primeiro no grupo da Extensão, além de ficar evidente que os participantes com contratação efetiva se manifestaram mais do que os outros, principalmente nos primeiros encontros. Nesse sentido, a construção de diagnósticos e a elaboração de novas formas de agir aconteceram de modo mais tardio na turma de Especialização que na Extensão, como serão discutidas a posteriori de acordo com a construção dos eixos analíticos escolhidos.

Além disso, os encontros possibilitaram aos muzambinhenses alguns diferenciais que não podem ser desprezados:

- Reunião quinzenal de todos os profissionais durante o curso, evento inédito na cultura local e na gestão municipal;
- Discussão de casos trazidos pelos profissionais, envolvendo de manhã todos os especializandos e à tarde todos os profissionais das equipes, também evento inédito;

- Afloramento de questões envolvendo o processo de trabalho e relacionamento interpessoal e interprofissional na equipe, sendo debatidas coletivamente;
- Afloramento de questões envolvendo a relação entre os profissionais e as equipes e a gestão local e municipal .

O método de avaliação dos participantes se deu a partir da discussão nos GBP, da apresentação do caso clínico, da participação nos grupos de metodologia ativa e da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para os especializandos e Projeto ou Relato de Intervenção de Práticas pelos extensionistas, que foi apresentado em Pôster/Banner, que foram interpretados e descritos como composição de um dos eixos analíticos desta pesquisa.

Na observação dos efeitos do Curso de Formação para APS se destacaram quatro eixos analíticos como resultados desta pesquisa, que intitulamos de: 1) os atravessamentos durante o processo de formação; 2) o reconhecimento do território pelas equipes de Saúde da Família; 3) a percepção das relações de poder e a cogestão; e 4) a reorganização dos processos de trabalho.

A emergência desses eixos analíticos incidiu sobre o objetivo geral desta pesquisa, bem como pela observação das relações institucionais e instituídas que emergiram durante a formação e como eles se relacionaram com a forma como os profissionais analisaram, tomaram decisões e agiram sobre suas realidades.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA**

### **5.1 Os atravessamentos durante o processo de formação**

*“Somos construídos por milhares de  
atravessamentos...isso que nos corta, nos faz.”*

Kleber Novartes

Propostas pedagógicas com metodologias ativas e críticas que propõe aproximar o ensino-aprendizagem à prática de trabalho dos serviços e às suas realidades sociais, assim como a metodologia proposto pelo nosso Curso, passam por desafios e dilemas para efetivar essas práticas devido aos atravessamentos de diferentes interesses e instituições que a perpassam (BAREMBLITT, 2002).

Para compreender as análises feitas a partir desta pesquisa, é importante considerar como referencial teórico os conceitos propostos por Baremlitti (1984) sobre atravessamentos e transversalidades, que considera atravessamento como tudo aquilo que é instituído ou organizado para reproduzir a sociedade que evita a transformação do que já está pressuposto. Ao contrário, a transversalidade é o que se manifesta através de um movimento de transformação e ruptura do que foi instituído e organizado. Já para Benevides (2003), ao analisar os atravessamentos do movimento institucionalista e das práticas de grupalidade, defende que quando estes atravessamentos institucionais são colocados para análises em grupos, podem ter uma potência afirmativa da heterogênesse que possibilita a criação de estratégias originais e de agenciamentos com efeito de desnaturalização dessas instituições e de movimento de intervenção. “Há redes de relações que se montam não mais por horizontalidades e verticalidades, mas por transversalidades” (BENEVIDES, 1994, p. 143).

Assim, a importância de se ter lugares, como o do Curso, que permitam a criação de agrupamentos que se integram no sistema tanto influenciando como demandando analisar e lidar com a heterogênesse desses atravessamentos.

Durante o decorrer do Curso, podemos observar como os participantes estiveram envolvidos por atravessamentos e transversalidades, e que atuam de acordo com seus valores, representações e desejos para concordar ou discordar de práticas ou estruturas instituídas, e buscamos entrelaçar esses envolvimentos durante esta dissertação. A ESF apresenta grande potencialidade de ser um sistema transversal aos modelos antigos de processo de trabalho e gestão, porém ainda encontra-se atravessada por eles (JUNGES et al, 2009).

Nessa perspectiva, o Curso foi ofertado para todos os trabalhadores da ESF do município e propôs a discussão da prática como principal fonte de conhecimento e estímulo para reflexão e mudança de posturas destes trabalhadores de saúde perante aos problemas vivenciados e a organização do trabalho (SOUZA E ROSCHKE, 2003). A reflexão sobre a prática permite que os trabalhadores percebam os atravessamentos que dificultam o trabalho das equipes, mas também possibilita identificar as transversalidades que transpõem aqueles atravessamentos. Para Campos (2014), o envolvimento dos trabalhadores deve considerar o interesse, o desejo e a experiência a

fim de despertar novas práticas para planejar e coordenar o trabalho que sejam democráticas, garantindo ao Curso algum grau de autonomia.

No processo de formação, os atravessamentos e as transversalidades emergiram e se fizeram presentes e foram provocados nas discussões, não sendo possível não os considerarem na análise. Optamos por chamar de atravessamentos as diversas situações observadas que reproduziam algo instituído e dominante, e de transversalidades as ações de resistência ao que estava instituído. Assim, observamos e descrevemos neste item como a instituição é o próprio atravessamento, e intitulamos de atravessamento da instituição saúde, atravessamento da instituição gestão e atravessamento da instituição educação.

Como atravessamentos da instituição saúde, podemos citar entraves referentes ao modelo de valorização do conhecimento biomédico e de os serviços se organizavam hierarquizando os saberes biotecnológicos, não valorizando outros saberes, desejos e interesses que continuavam presentes e transversais às novas propostas e estratégias de saúde, convivendo com articulações que tentavam pactuar novas práticas.

Desde o início do Curso, pôde-se observar a dificuldade dos ACSs em encontrar seu lugar de fala por estarem em um processo de formação que os colocava no mesmo contexto de ação que os outros profissionais ‘especialistas’, esta era a primeira vez que acontecia um Curso nesse modelo de não separação desses profissionais. Além disso, por muitas vezes, as falas dos agentes comunitários vinham atreladas à insatisfação dessa valorização de saberes, que ocorriam não apenas nos locais de formação, mas também nos locais de trabalho e na comunidade. Exemplificavam com situações frequentes de não conseguirem compartilhar sua visão sobre os casos dentro dos serviços, que as reuniões de equipe que ocorriam eram apenas no contexto administrativo, que tinham dificuldade de falar com alguns médicos. E também, que os muitos usuários preferiam as visitas dos médicos e dos enfermeiros, e que sentiam que seu trabalho era mais valorizado pela população quando “nós podíamos, *pelo menos, levar receitas ou encaminhamentos*”. Assim, o Curso se movimentou no sentido de intensificar o poder de fala e a valorização dos conhecimentos destes agentes.

Como exemplos de atravessamentos da instituição gestão, observamos as situações de intervenção direta da administração municipal e das enfermeiras como gerentes de suas unidades. Atribuições como a exigência de alta produtividade,

observada nos relatos dos médicos e profissionais do NASF sobre um número mínimo de atendimentos exigido, e nas falas dos ACSs quando trouxeram por diversas vezes o incômodo com a exigência da cobrança de assinaturas dos usuários nas visitas realizadas no mês; o pouco tempo para a reflexão nos espaços de atuação - diversas vezes foi evidenciado que encontros como esses do Curso nunca haviam ocorrido; a escassez de encontro entre diferentes profissionais nos serviços - os profissionais do NASF não tinham agenda que possibilitasse a discussão com outros profissionais; e o conhecimento descontextualizado embasando condutas a serem seguidas, com exclusividade, por protocolos. Essas situações serão melhor analisadas nos outros itens deste capítulo.

Consideramos como atravessamentos da instituição educação, as dificuldades dos participantes com o tipo de metodologia ofertada pelo Curso, embasada nas discussões da prática e com a necessidade da participação ativa dos trabalhadores e identificação de suas necessidades de saúde, além da observação e reflexão de seus ambientes e processos de trabalho. Já que outros cursos de capacitação que foram ofertados, anteriormente, utilizavam metodologias de ensino tradicionais, centradas na figura do professor e voltadas para um público-alvo com a exposição do conhecimento fragmentado e não vinculado às ações diárias do trabalho em saúde e as suas possibilidades de interdisciplinaridades (LIMA, ALBUQUERQUE, WENCESLAU, 2014). Esses atravessamentos surgiram como desafios durante a realização dos encontros do Curso.

Em alguns momentos, as dificuldades de adaptação com a metodologia ativa, e com os temas teóricos sugeridos pelo Curso, como observado na fala de uma ACS, *“achei os textos muito grandes e complexos, com termos que a gente não entende direito”*.

Os professores/apoiadores observaram que temas como transferência e contratransferência, clínica ampliada e cogestão surgiram como conhecimentos científicos desconhecidos e de difícil compreensão a partir dos textos abordados, como se os saberes e experiências dos profissionais fossem ‘desatualizados’. Assim como a abordagem das discussões serem feitas em roda inibiu a participação de alguns profissionais nos primeiros encontros. Os professores/apoiadores observaram tal postura e a partir das discussões realizadas entre eles após os encontros, optaram então, por

adotar uma postura acolhedora e compreensiva, propondo textos de apoio com uma linguagem simplificada e a utilização de instrumentos como a apresentação de vídeos e algumas aulas expositivas e a leitura dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Também, buscaram estimular com dinâmicas como a confecção de maquetes dos territórios, elaboração de tarjetas para estimular as falas, cartazes para elaboração em conjunto de Projeto Terapêutico Singular (PTS), discussões em grupos menores antes que os temas fossem abordados na roda, entre outros que possibilitasse estimular a experiência dos sujeitos e o exercício do reconhecimento dos saberes e das práticas exercidas com protagonismo por alguns na realidade diária dos serviços.

Nesse sentido, os espaços de formação do Curso permitiu a oportunidade de reflexão sobre as possibilidades de trabalho conjunto - como por exemplo, os ACSs solicitarem participação nos encontros da equipe com os profissionais do NASF e de organizar grupos de convivências em parceria com os mesmos; momentos de encontro entre os diversos profissionais (interprofissionalidade) e a busca de temas de aprendizagens comuns na formação - temas como acolhimento, organização dos processos de trabalho, cogestão e o trabalho do ACS, foram solicitados pelos participantes durante o decorrer do Curso. A inclusão desses temas no cronograma do Curso foi possível por estar disponibilizado temas livres na carga horária, conferindo o caráter participativo e contextualizados no dia a dia dos participantes, característico da Educação Permanente e da metodologia Paideia.

Assim, a transversalidade do Curso, enquanto proposta pedagógica inspira-se na educação emancipatória - "educação da esperança" (FREIRE, 2009), e, ainda que traga distinções, aproxima-se da lógica da Educação Permanente para poder estimular a crítica ao modelo taylorizado de gestão das instituições de saúde, que não valoriza os desejos, interesses e saberes dos trabalhadores, que aposta no controle e na verticalização das decisões (CAMPOS, 2005).

Para tanto, os investimentos nas discussões realizadas nos encontros se fizeram no sentido de que os participantes do Curso reconhecessem esses atravessamentos, e se posicionassem no sentido de valorização da reflexão, interação e de compartilhamentos de saberes e práticas com os colegas, objetivando repensar e analisar os modos instituídos, as condutas repetitivas e sem sentido, tentando alterar a situação dominante

e desconstruindo a racionalidade gerencial hegemônica, num sentido de movimento transversal.

Esta noção de transversalidade como a criação de agrupamentos e resistências também surgiram durante o processo de formação, evidenciados pela valorização dos espaços do Curso. No olhar dos participantes, foi relatado diversas vezes que estes momentos eram os únicos em que se reuniam todos os profissionais possibilitando uma interlocução da rede para troca de experiências significativas que envolvessem os campos de conhecimento interdisciplinares, situação que nunca havia acontecido no município até o momento. Como pode ser observado nas falas dos de duas enfermeiras naquele momento de avaliação final do Curso, “[...] foi edificante poder trocar experiências com outros colegas e conhecer as experiências de outras unidades. Consegui ampliar meu olhar sobre o trabalho”. “[...] só de estar juntos, ajudou a unir as equipes de todas as unidades”.

O sentimento de gratidão verbalizado pelos profissionais e com "gestos mineiros de gratidão" Figura 4, e a assiduidade nos encontros do Curso se mostraram evidentes durante o processo, no olhar dos apoiadores.

Figura 4: Gestos mineiros de gratidão



Fonte: Autora

A combinação desses olhares sinaliza para uma perspectiva de formação crítica, uma abertura para o diálogo, possibilitando o estímulo a pensar, discutir, analisar e agir sobre as temáticas e os conteúdos apresentados.

Um diferencial da experiência de Muzambinho/MG em relação aos campos de Campinas/SP e Itatiba/SP era que o Curso foi oferecido a todos os profissionais de todas as equipes de ESF, ao único NASF do município e aos coordenadores da vigilância epidemiológica e da APS, o que possibilitou uma visão ampliada das necessidades sociais e epidemiológica no âmbito da Atenção Primária do município, além de permitir o diálogo e a negociação entre esses atores institucionais.

À medida que os profissionais entenderam seu papel e sua posição no processo pedagógico, passou-se a valorizar o contexto do SUS local e de seus problemas. Com isso se intensificou a participação nas discussões do curso e a busca por adequações em suas práticas.

Procurou-se estimular a reflexão e a discussão a partir da presença desses atravessamentos que emergiram durante o processo de formação, e os momentos de encontro funcionaram como exercício de análise de si, do outro e da instituição, buscando identificar as forças de manutenção e de conservação da situação dominante.

A construção dos diagnósticos compartilhados e a elaboração de novas formas de agir se desenharam diferentemente entre os participantes da Especialização e os da Extensão, sendo neste último grupo, que contava com a presença de todos os profissionais da rede, as discussões se voltaram para uma mudança na prática dos trabalhos e significantes desse, como pôde-se evidenciar ao longo do desenvolvimento do Curso e que serviram de base para as análises e reflexões que se seguem nesta pesquisa sobre as relações de poder e dos processos de trabalho.

Compreendemos que o Curso, ou o local dele por si só, como local de discussão, foi tido como transversalidade durante o processo, por considerar que aquele espaço permitiu a manifestação dos trabalhadores e a ruptura com alguns processos de dominação e a transformação de processos de trabalho.

## **5.2 O reconhecimento do território pelas equipes de Saúde da Família**

*“Meu território é o outro...faço parte da manada que corre para o impossível.”*

Lya Luft

O entendimento de território e a reflexão acerca da importância da territorialização se sobressaiu em nosso Curso de formação e capacitação de

profissionais da APS. Observou-se que a organização dos serviços de saúde daquele município, ainda sofre forte influência administrativa de modelos tayloristas, e acaba por não incluir o trabalhador no planejamento de suas atividades, que o alienam da responsabilidade com a comunidade e com o contexto sociocultural (Campos, 2010; Terra, 2018). Ao se aproximar da reorientação dos sistemas de saúde, a visão do território e o processo de territorialização tornam-se ferramentas necessárias para que ocorra a transição entre tais modelos pedagógicos de ensino-aprendizagem e a organização dos processos de trabalho, especialmente no contexto da APS.

Na ocasião do curso, foi trabalhado, com bastante ênfase, o tema território. Já nos primeiros encontros foram propostas dinâmicas, oficinas e instrumentos a fim de estimular as reflexões dos participantes no sentido de ‘enxergar’ o próprio território e o território das outras equipes, além de perceberem suas dimensões complexas e dinâmicas, suas potências e obstáculos, seus riscos e vulnerabilidades, e suas necessidades.

Durante a primeira dinâmica “Conhecendo seu território”, foi proposta a construção de uma maquete, pelos participantes, de seu território de abrangência da ESF, onde cada equipe buscou representar os pontos de destaque e de referência, além de sistematizar o que consideravam como potências e obstáculos para o cuidado em saúde presentes no seu território. Ao final, todas as maquetes foram colocadas no centro da roda, como mostra a Figura 5, possibilitando a visualização do município como um todo, e cada equipe apresentou sua maquete - seu território - explicando quais e o porquê foram escolhidos aqueles pontos de referência, tanto como potências como obstáculos e essas questões foram colocadas em discussão.

Figura 5: Maquete: “Conhecendo seu território”



Fonte: Autora

Algumas observações surgiram durante a discussão sobre a percepção das equipes sobre as potências e obstáculos dos territórios, que segundo elas não haviam observado antes e como algumas são comuns e perpassam por vários territórios. As mais citadas foram agrupadas na Tabela 3.

Tabela 3: “Potências e Obstáculos”

POTÊNCIAS	OBSTÁCULOS
Instituições (escolas, igrejas, APAE, centros comunitários)	Baixa participação da comunidade nas atividades promovidas pela unidade
Áreas de lazer (praças, parques, quadras)	Drogas e álcool
Acessibilidade	Unidades adaptadas
Saneamento básico	Animais abandonados
Alto envolvimento da comunidade	Subemprego
Cultura regional	Dificuldade de comunicação com a população
Agricultura familiar	Difícil acesso à Secretaria Municipal de Saúde, ambulatório central e farmácia

Fonte: Autora

Como se evidencia em uma fala de uma ACS: “[...] Não imaginavam que no nosso município tínhamos tantos problemas com uso de drogas. Achei que isso só acontecia na minha área.” Essa fala surgiu após o apontamento dos obstáculos de uma

unidade que se encontra em um território de classe média alta, causando certo espanto pela agente da fala, que pertencia a um território de classe social baixa.

Observaram também, o ambiente em que está inserido o território, os processos de produção do trabalho de saúde dentro daquele local, os conflitos socioambientais existentes e a percepção da equipe e da comunidade sobre eles. Demonstrado na fala de uma enfermeira de uma das unidades de zona rural: “[...] *achei interessante observar como uma das potências das unidades das zonas rurais é um dos obstáculos das unidades da cidade, que é a questão da participação da comunidade nas atividades realizadas pelas equipes. Lá (zona rural) eles (pessoas da comunidade) são muito unidos e ajudam muito a gente*”. Neste sentido, também é importante ressaltar que a participação e o envolvimento da comunidade com as atividades das unidades foram apontadas como ‘potências’ pelas duas unidades da zona rural e como ‘obstáculos’ pelas cinco unidades da zona urbana. Evidenciando assim, como “[...] múltiplas forças e fluxos que perpassam os territórios e interagem de forma diferenciada sobre eles [...]” (SANTOS, RIGOTTO, 2010).

Em um momento posterior do curso, uma observação foi feita por uma ACS sobre essa dinâmica que demonstrou um grau de reconhecimento com o outro: “[...] *depois daquela atividade da maquete, vi que algumas agentes pararam de reclamar do seu território, porque antes elas achavam que só o delas é que tinham problemas, aí elas viram que não.*”

A compreensão e reflexão sobre o território permitiu observar sua complexidade e sua dimensão operativa e administrativa dentro dos sistemas de saúde. A caracterização das populações, dos seus problemas cotidianos e dos impactos dos serviços de saúde e a interação dessa população com esses serviços, possibilita reconhecer esse espaço em constante transformação e com as reais necessidades de práticas de saúde a serem desenvolvidas voltadas para o concreto, para o cotidiano da vida destas populações (MIRANDA ET AL, 2008; SANTOS, 2008).

No intuito de compreender o território para além do seu aspecto espacial, mas também buscando realizar um diagnóstico situacional de saúde do mesmo, e a partir da solicitação dos participantes, foi elaborado um instrumento de “caracterização do território” (Apêndice II) pelos professores/apoiadores, a fim de realizar um levantamento de dados epidemiológicos de seus territórios. Esta atividade foi solicitada

no período de férias do curso para que se tivesse tempo na busca das informações dos indicadores de saúde da população adscrita. Cada equipe, então, trouxe seus dados territoriais e foram abordados como casos epidemiológicos para discussão e reflexão de todos nos encontros que se sucederam, o que permitiu que todas as equipes conhecessem as demandas de outras equipes e compartilhassem estratégias de abordagem e planejamentos de ações.

Muitas vezes, os diagnósticos da situação de saúde não são articulados a análises dos territórios e seus processos de territorialização. As análises, quando ocorrem, são meramente descritivas, não considerando uma abordagem de suas complexidades, singularidades e dos problemas reais de suas populações (MONKEN, 2003).

Na ocasião, os participantes notaram a importância de, primeiramente, conhecer e analisar os indicadores de saúde vinculados às percepções do território e a territorialização, para só então planejar e estabelecer processos de trabalho pautados em ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, como preconizado. Ao longo das discussões foi colocado por alguns participantes que esta análise territorial e dos dados epidemiológicos ocorria de forma indireta e não era discutida coletivamente no município, sendo predominantemente uma ação realizada, sobretudo, pelas enfermeiras de cada unidade e de maneira pontual e individualizada. E que aquela era a primeira vez que essas análises eram realizadas a partir de uma reflexão conjunta.

Um dos fundamentos da ESF é o foco na comunidade e no território, construída sobre uma base populacional adscrita e cadastrada. Cada território passou por um diagnóstico epidemiológico e sociocultural a fim de permitir, não só uma aproximação dos participantes da reflexão sobre suas ações já previstas na ESF, mais para além delas, o desafio de desenvolver ações efetivas a partir do reconhecimento do território (SANTOS, RIGOTTO, 2010). Tivemos como ponto de partida para a construção de ações de saúde a serem desenvolvidas pelas equipes através dos trabalhos de intervenção na conclusão do Curso, a análise cuidadosa das características dos devidos territórios que foram trazidos pelas equipes como casos a serem discutidos.

Segundo Santos (2008, pag.388,389):

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, posto que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial

previamente determinada. (...) No entanto, (...) a operacionalização da categoria 'território' por parte dos profissionais do SUS vem sendo tratada de forma parcial, de modo que o conceito de espaço, consagrado a fins administrativos que se voltam para a dimensão gerencial dos serviços de saúde, têm limitados seu potencial e suas possibilidades na identificação de questões de saúde e das correspondentes iniciativas de intervenção concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas.

Um dos principais eixos norteadores da implementação da ESF é a territorialização, que orienta as formas de intervenção na área de cobertura de cada uma das equipes, fazendo com que haja autonomia das unidades com relação às suas estratégias.

No processo de implementação da ESF, para a territorialização, que possibilita a aproximação das equipes com a população, a figura do ACS foi fundamental por ser o profissional que está inserido no território e na comunidade (NASCIMENTO e CORREA, 2008).

O ACS é um profissional essencial no contexto do território e no entendimento do processo de territorialização. A participação desses profissionais na discussão das atividades de conhecimento e caracterização do território, permitiu, em alguns momentos, observar a dimensão afetiva e de reconhecimento da categoria profissional, evidenciado na fala de duas ACSs um grau de empoderamento desta categoria perante ao trabalho: “[...] *no território nós somos reis*”, “[...] *nós somos o elo de ligação entre a comunidade e a equipe*”.

Nessas falas, demonstra-se o sentimento de duplo pertencimento deste sujeito, que é tanto o de trabalhador que busca a promoção da saúde, quanto o de população deste território. Dessa forma, a figura do ACS deve ser entendida como peça-chave para a compreensão territorial, já que compartilham a vivência dos espaços de saúde e o cotidiano do território e seu contexto cultural e social, sendo esses agentes do território, por viverem nos mesmos espaços dos usuários. Essa é uma característica essencial para as atribuições da APS (STARFIELD, 2002).

Os professores/apoiadores buscaram aprofundar o tema 'território e territorialização', além de se fazer incluir nas discussões a figura do ACS, a partir da percepção de como essas questões eram trabalhadas de forma deficiente ou, até mesmo, não eram trabalhadas pelas eqSF daquele município. Neste sentido, Campos (2007)

nomeia como Apoio Paideia e aponta que esta metodologia ser voltada para o reconhecimento dos problemas, da elaboração de novos diagnósticos e de novas formas de agir, garantindo a participação dos sujeitos envolvidos de forma democrática para que se possa coordenar e planejar o trabalho, considerando interesse, desejo e a experiência destes trabalhadores - “[...] alguma forma de cogestão”.

Através dos espaços de discussão e com o suporte teórico, de dinâmicas e das atividades oferecidas durante o Curso, foi possível se repensar uma reorganização das ações, do planejamento e dos processos coletivos baseados na cogestão entre os vários profissionais das equipes.

### **5.3 A percepção das relações de poder e a cogestão**

*“A liberdade é uma condição ao exercício do poder”*

Michel Foucault

*“Eu sinto que sei que sou um tanto bem maior.”*

O Teatro Mágico

As relações de saber/poder estão presentes nos processos de trabalho do campo de saúde e circunda todos os sujeitos neles envolvidos. Segundo Foucault (1986), o poder não é algo e sim uma relação que perpassa pelos indivíduos no exercício de submissões onde ninguém é único a elas.

Foi possível constatar, durante o curso, as relações de poder-saber existentes entre os diferentes atores da APS – gestão, profissionais e usuários. E ainda entre as diferentes categorias profissionais das eqSF, que ocorriam de uma forma naturalizada no cotidiano dos serviços. Entretanto, o fato de haver um espaço de encontro regular entre os vários profissionais da equipe com discussões coletivas possibilitou o estreitamento das relações, como pode ser observado nas falas dos participantes na avaliação final do curso: *“a possibilidade de trocar experiências e dificuldades com os colegas, de conhecer a visão dos técnicos e dos agentes (ACS), ampliou meu olhar como profissional e como ser humano”* (enfermeira); *“me ajudou a trabalhar em roda e ouvir mais as experiências das pessoas mais antigas”* (profissional do NASF); *“o curso ajudou a ampliar minha visão na participação das equipes na gestão, eu não tinha noção dessa importância, [...] também achei que uniu as equipes”* (coordenadora da

APS); “o curso ajudou muito quem tá começando na comunicação da equipe com a gestão” (ACS) .

Para Campos (2000, p. 73):

Os espaços coletivos são uma estratégia de democratização das relações de poder, de superação das capacidades assimétricas de decisão, que visa garantir aos trabalhadores o acesso à informação e o tempo necessário aos processos de discussão, deliberação e planejamento. Nesses espaços, os sujeitos devem ocupar-se do estabelecimento de compromissos quanto à tensão entre a produção de valores de uso e o interesse e desejo dos trabalhadores, uma vez que a organização resulta da adesão mais ou menos voluntária a valores instituídos e transformados em estrutura, arranjos e normas.

Em vários momentos houve discussão sobre temas como poder, afetos e cogestão, e foi possível notar o espanto de uma enfermeira ao perceber a naturalização das relações de poder na sua equipe, quando colocou que a discussão sobre o tema a fez refletir como ela exercia uma relação hierarquizada e com concentração de poder hierárquico em aspectos de organização do processo de trabalho. No final desse dia, durante o momento de avaliação do encontro, foi chamada a atenção dos apoiadores que uma das enfermeiras que era bastante participativa permaneceu em silêncio durante toda a discussão, fato que foi indagado a ela, que respondeu: “*esse tema mexeu muito comigo, pois percebi o quanto exerço poder sobre minha equipe, e que não faço uma gestão compartilhada, mas pretendo mudar isso a partir de hoje*”.

Além disso, se reconheceu que ainda prevalece na sociedade daquele município o modelo biomédico de atenção à saúde, em que as pessoas também buscavam práticas curativas e medicalizantes, predominando aspectos de uma relação entre profissionais de saúde e paciente pautado na queixa-conduta (SANTOS *et al* 2012). Os novos arranjos institucionais e a incorporação do profissional ACS estimulavam formas de atuação direta nos territórios e maneiras de potencializar a articulação do cuidado e ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. No entanto, se observa que os ACSs, profissionais com formação de ensino médio completo e que devem conhecer o território e fazer a articulação entre as famílias e as equipes de saúde, por não ter o saber do especialista, sentiam-se em um lugar de não-valorização social relacionado ao seu trabalho. Nesse sentido, uma agente destacou que “*às vezes, a gente sente que nosso*

*trabalho não vale muito, porque antes a gente ainda podia levar receita pras pessoas, hoje a gente vai nas casas, mas elas querem os médicos ou as enfermeiras”.*

O ideário de poder/saber médico ainda encontra-se cristalizado no modo como se pensa e se organiza os processos de trabalho pelos profissionais da APS, desvalorizando o poder-saber de outros profissionais pertencentes a equipe e ao trabalho de saúde exercido por ela, como nota-se na fala de uma enfermeira: *“pela primeira vez, em anos, conseguimos realizar uma reunião de equipe com a presença de todos para discussão de um caso, e tanto eu quanto o doutor ficamos impressionados com a capacidade de contribuição dos ACS”.*

Por outro lado, com o decorrer do curso as relações de poder legal-administrativas presentes nas instituições de saúde foram surgindo. A hegemonia da gestão, ainda presente na ESF, contribui para manter inalterados a hierarquização e o autoritarismo nas relações entre gestores, trabalhadores e usuários, sem produzir a eficácia e eficiência desejadas (VILLA et al, 2015).

Episódios de exercício de poder legal-administrativo foram observados durante o curso e geraram algum desconforto nos participantes. O primeiro foi quando, no horário de aula do curso, o médico e a enfermeira de uma unidade foram chamados a comparecer na prefeitura para atendimento de uma usuária que estava na unidade e não conseguiu atendimento no dia, pois os trabalhadores estavam no curso, e reclamou diretamente com o prefeito. O segundo ocorreu pela demissão da psicóloga do NASF, que segundo relatos dos colegas, o motivo deveu-se a profissional se posicionar com críticas a ações da gestão municipal. Houve ainda, um terceiro momento, não propriamente de desconforto durante o curso, mas que foi trazido, talvez já em função do *locus* de proteção do curso, enquanto espaço democrático, quando foi denunciado pelos profissionais, que havia um novo assessor da prefeitura, cuja função seria a de passar a acompanhar os ACS em suas visitas domiciliares.

Para Cecílio (2012), o distanciamento dos gestores com os trabalhadores e suas necessidades ocorre, por vezes, por serem vistos superiores, externos ou inacessíveis a estes últimos. Este distanciamento pode refletir em atuações inadequadas e geradoras de desconforto para as eqSF que descredibiliza o trabalho em saúde como protetor e acolhedor. Como pode ser exemplificado por um episódio que ocorreu com uma equipe de uma unidade a zona rural. e foi devido a intervenção do Centro de Referência

Especializado de Assistência Social (CREAS), órgão que havia sido recentemente implantado no município, mesmo sem a orientação e a explicitação das suas relações com as equipes de ESF, e atuou de forma fiscalizadora e punitiva naquela comunidade.

O episódio ocorreu quando, após denúncias feitas pela população sobre uma idosa que, supostamente, estava sendo mal cuidada por seus familiares, os integrantes desse órgão foram até a comunidade e solicitaram que a técnica de enfermagem da unidade os acompanhasse até a casa da idosa, sem que essa profissional soubesse do que se tratava e de que abordagem seria tomada. Assim, os integrantes do CREAS retiraram a senhora de sua casa e a internaram, compulsoriamente, no asilo da cidade. A partir deste episódio, a comunidade passou a ter uma postura de desconfiança àquela equipe por acreditarem que a denúncia tinha sido feita pela técnica de enfermagem que acompanhou os integrantes do CREAS até o domicílio. Segundo a enfermeira da unidade, houve grande constrangimento por parte da técnica quando teve consciência da intervenção que seria feita por aquele órgão. A mesma se encontrava bem abalada durante o encontro, chorou quando a enfermeira contou o ocorrido e por temer que todo o trabalho de aceitação que a equipe havia realizado fosse perdido a partir daquele ocorrido. Essa discussão se seguiu por acolhimento e incentivo das outras equipes, mas também de questionamentos sobre o que era o CREAS, pois muitos não tinham nem o conhecimento deste órgão e que ele estava atuando no município e o porquê da gestão não ter comunicado as equipes sobre a existência dele. Aos apoiadores coube ponderar e explicar a importância desse órgão, qual deve ser sua função no município e que a ele não cabe um trabalho de forma fiscalizadora e punitiva.

Cunha & Campos (2010) apontam que quando a organização do processo de trabalho ocorre sem a participação dos três atores - gestão, trabalhadores e usuários - ou quando algum desses detêm poder, cerceando a participação dos outros nas ações planejadas, a sobrevivência da organização fica comprometida.

Para Foucault (2007, p. 154), as ações que são tidas como normalizadoras ou como dispositivos de controle de comportamentos aceitáveis e eficientes, nada mais são que “[...] um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir”.

As enfermeiras das unidades atuam como coordenadoras das equipes, assumiram uma postura de ‘mando’, principalmente em relação aos ACS, determinando

as ações que deveriam ser cumpridas. Esse posicionamento ficou evidente e surgiu como gerador de conflito, quando foi instituída a criação de um ‘regimento’ interno, um Procedimento Operacional Padrão (POP), pelas enfermeiras, para definir o número mínimo de visitas domiciliares comprovadas por assinaturas dos usuários, como meta mensal de visitas a serem cumpridas pelos ACS, a fim de se normalizar e avaliar a produtividade e efetividade do trabalho dos agentes.

A legitimação do trabalho do ACS no território é diretamente impactada pelas relações de poder-saber que ocorrem no cenário da APS, evidenciada pela diminuição da potência do trabalho deste profissional, e pelo controle dos locais de fala e decisões. E nessa relação de poder-saber evidenciadas durante o Curso, pode-se perceber muitos profissionais da categoria de ACS entristecidos, com o lugar de fala e autonomia reduzidas (SANTOS, 2011).

Porém, observou-se durante o Curso como ‘entristecer’ transformou-se em ‘incômodo’ e insatisfação por parte dos ACS. Em vários encontros que se sucederam após a elaboração do POP, esse ‘incômodo’ surgiu em falas soltas nos corredores e a cada dia se tornava mais perceptível nos encontros do Curso. Assim, Foucault (2007) afirma que “[...] em qualquer circunstância dialógica pode haver disputa pelo poder, ainda que nem tudo seja dito de maneira direta, o que não é dito pode permanecer subentendido”.

A fim de estimular o afloramento desse ‘incômodo’ e que esse possibilitasse a discussão durante um encontro do Curso, utilizamos uma ferramenta que abordasse o tema ‘conflitos’ (Apêndice III), então, as manifestações relacionadas ao POP surgiram de maneira evidenciada e com potência nas falas e argumentações feitas pelos ACS: “[...] não entendo porque nós (ACS) não participamos da elaboração desse negócio que era pra avaliar o nosso trabalho”; “[...] pra eu fazer esse monte de visita por dia, num dá tempo nem de eu conversar direito com a pessoa, é só pegar a assinatura e sair correndo”; [...] e se a gente precisa voltar na casa da mesma pessoa, não pode pegar assinatura repetida”; [...] “como que a gente vai fazer com as pessoas que não conseguem assinar? Elas até ficam sem-graça de falar que não sabem e a gente fica com dó”. Além de evidenciarem que o POP não abordava outras ações de promoção de saúde ou ações coletivas e educativas como parte das metas a serem cumpridas. Este foi um momento do Curso onde ocorreu escuta por parte dos enfermeiros e poder de fala

por parte dos ACS. A possibilidade de falar sobre a prática e suas dificuldades, tende a produzir nos sujeitos, a busca de outros valores, disciplinas e possibilidades, além de um movimento de resistência ao que foi instituído (CAMPOS, 2010).

Após o episódio de discussão sobre o POP, outros momentos de fala dos ACS surgiram. Um deles ocorreu quando foi pautado, por solicitação desses profissionais, que no espaço do Curso, se retomasse o tema sobre “atribuições do ACS”. A sugestão feita aos professores apoiadores foi que, para além das atribuições que estão previstas na lei que regulamenta o trabalho do ACS, lei 11.350/06 (Anexo III) que já havia sido tratada em outro momento do curso, se trouxesse a experiência desses profissionais no município de Campinas/SP. Assim foi feito, um dos professores/apoiadores foi até o Centro de Saúde Santos Dumond (Jardim Itatinga) para ouvir dos ACS daquela unidade relatos sobre o trabalho realizado com a comunidade, e os grupos de convivência foram apresentados como ponto forte daquela equipe. Em seguida, no encontro seguinte em Muzambinho/MG, foi apresentado às equipes como se estruturava o trabalho dos ACS nas unidades de saúde de Campinas/SP. Os participantes se mostraram surpresos por não imaginar tantas potencialidades em seus trabalhos. E a partir daí, surgiu um grande desejo em se realizar esses grupos de convivência pelas equipes participantes do curso.

Foucault (1986, p.8) assinala ainda que se o poder existente nas relações fosse somente repressivo e não propiciasse alguma produção de saber, não teria a força que tem: “Ele produz coisa, induz o prazer, forma saber, produz discurso”.

Esse discurso surge em dois momentos de reflexão dos participantes, ao solicitarem à gestão uma reunião de alinhamento sobre as ações e limites de atuação do CREAS; e quando os ACS reivindicaram a contabilização das visitas realizadas a usuários que não sabem ou não conseguem assinar. Nesse sentido, nota-se o exercício de poder ao surgir nos discursos dos trabalhadores a intenção do diálogo e da ação. Para Arendt (2008, p.212): “O poder só é efetivado enquanto a palavra e o ato não se divorciam, quando as palavras não são empregadas para violar e destruir, mas para criar relações e novas realidades”. Nessa medida, a cogestão, que busca a construção de valores democráticos através de uma postura ética, é uma estratégia administrativa que atua negando estes dispositivos de controle e dominação (CAMPOS, 2000).

Outra situação de grande relevância para a análise das estratégias de dominação e controle, que emergiu no decorrer do Curso, foi a preocupação dos trabalhadores

contratados com o término de seus contratos no final de dois anos. Esse assunto, embora não tenha sido discutido de maneira formal durante o curso, esteve presente em várias conversas, sendo evidente como fator angustiante e desmotivador. Reivindicavam todo o trabalho realizado na comunidade, todo vínculo que já se havia estabelecido entre a equipe e a população, toda a capacitação que tiveram com o Curso e o quanto a população perderia com a troca desses profissionais. Estimulados pelas discussões durante os encontros e então, movidos desse desejo, os trabalhadores conversaram com a população, conseguiram listas de assinaturas solicitando a permanência dos mesmos, e foram até a administração central a fim de reivindicar a importância de se ter um trabalho de cuidado continuado. Porém, a resposta foi que ‘nada se podia fazer’.

Embora o Curso não tenha nenhum poder de mudança nessa relação e pequena governabilidade referente à gestão municipal, que é prerrogativa da gestão local e de sua tradição político administrativa, o surgimento do assunto no espaço do curso trouxe à tona questionamentos e disparou ações dos participantes.

Nesse sentido, a partir das diferentes relações de poder-saber estabelecidas na APS do município e no ambiente de trabalho das equipes de ESF, Campos (2000) aponta a necessidade da cogestão para que não desapareça o sujeito, sua liberdade, seus interesses e seus desejos em detrimento do que foi instituído. E também, que a cogestão possibilita reconhecer a necessidade de democratizar o poder a partir de compromissos coletivos: “a base da cogestão, ninguém governa sozinho” (CAMPOS, 2000, p. 44).

#### **5.4 A reorganização dos processos de trabalho**

*“A vida é um emaranhado de nós.”*

Galerias Abertas

O processo de trabalho em saúde é o modo como os trabalhadores desenvolvem suas atividades, relacionam seus saberes e um conjunto de procedimentos a fim de organizarem a atenção em saúde. Paim (2008, p.554) considera o trabalho em saúde e seus modelos de atenção como sendo “[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde”.

A gestão dos serviços de saúde da ESF do município estudado e a organização dos processos de trabalho das equipes era feita pelas enfermeiras de cada unidade. Há ainda, uma coordenadora da APS no suporte administrativo das equipes e na adequação

da estrutura e organização das ações. Lá ainda predominava o modelo taylorista de trabalho com a divisão e sem o diálogo direto de quem planeja e quem executa e não cooperação dos sujeitos envolvidos (STARFIELD, 2002), o que dificulta a reflexão e aumenta a complexidade e indefinição dos processos.

Durante o curso, identificaram-se problemas e insatisfação quanto à organização do processo de trabalho das recepcionistas da unidade, que se responsabilizavam pelo acolhimento da demanda espontânea, sem critérios adequados para o preenchimento das vagas de atendimento. Situação que gerava conflito entre a equipe e as recepcionistas, que eram colocadas como “profissionais difíceis”, que atuavam de forma dura, ríspida, gerando insatisfação nos usuários. Nesse sentido, Dejours (2004) aponta que existe sofrimento dos trabalhadores quando encontram dificuldades em participar da elaboração e das normas e dos mecanismos de organização do seu trabalho.

Após um encontro em que o tema foi ‘acolhimento’, algumas enfermeiras de unidades que vivenciavam situação de conflito relacionadas ao trabalho das recepcionistas, procuraram os professores apoiadores e sugeriram que o tema fosse novamente trabalhado, mas agora com a participação das recepcionistas das unidades. A sugestão foi compartilhada com os participantes e assim, trabalhada em outro encontro, que discutiu-se, teoricamente, o conceito para que todos os profissionais da equipe refletissem sobre o que é e de como a responsabilidade pelo acolhimento cabe a todos trabalhadores da unidade. Além disso, por meio de um instrumento criado pelos professores/apoiadores (Apêndice IV), foi proposto uma oficina onde cada equipe pensasse na realidade e no fluxo do trabalho da sua unidade e quais as dificuldades encontradas para se realizar o acolhimento. Assim, cada equipe discutiu entre seus membros e, coletivamente, decidiram os aspectos da organização do processo de trabalho de suas unidades.

Comumente, instituições rígidas e hierarquizadas, que não reconhecem as iniciativas de outros membros da organização, tendem a potencializar o sofrimento desses (DEJOURS, 2004). O que se observou com a discussão na presença das recepcionistas é que em todos os níveis da organização havia sofrimento e conflito devido a situação citada acima.

Após algumas semanas, em uma avaliação do curso, uma enfermeira se manifestou sobre as mudanças ocorridas na unidade, na mudança da organização do

fluxo de acolhimento e classificação de risco, além da satisfação no relacionamento com a profissional da recepção e desta com os usuários e com os trabalhadores da unidade. Relata que toda a equipe se dispôs a trabalhar essa questão. Lá, segundo ela, foram implementadas estratégias de diálogo com a população, com criação e exposição de cartazes informativos que explicassem o fluxo de atendimento e os protocolos adotados, além da inclusão da recepcionista nos diálogos realizados durante as reuniões de equipe, além do entendimento e da adoção de uma nova postura pelos trabalhadores na percepção do acolhimento. Essa mudança repercutiu, inclusive, como tema escolhido para o desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso dessa equipe.

A falta de organização e planejamento na implantação e no processo de trabalho do NASF também foi observada no decorrer do curso. O processo de trabalho das eqSF está diretamente relacionado à articulação dessas equipes com o NASF, e na época não existia um arranjo institucional que garantisse uma comunicação clara entre os vários profissionais. Não era possível a realização de reuniões do NASF com as eqSF, por divergência das agendas de cada unidade, o que dificultava o alinhamento da demanda das unidades com os profissionais do NASF, além de sobrecarregar estes trabalhadores, como demonstrado na fala da psicóloga “[...] *cada dia que chego numa unidade, vejo que as listas só aumentam, sinto que não vou dar conta*”, e reforçado pela queixa da fisioterapeuta “[...] *tenho a sensação que estamos ‘enxugando gelo*”.

Essas limitações pareceram consequentes tanto do desconhecimento do processo de trabalho do NASF e sua organização pelos profissionais e pela gestão no momento de implantação deste no município, quanto pela falta de diálogo entre esses atores.

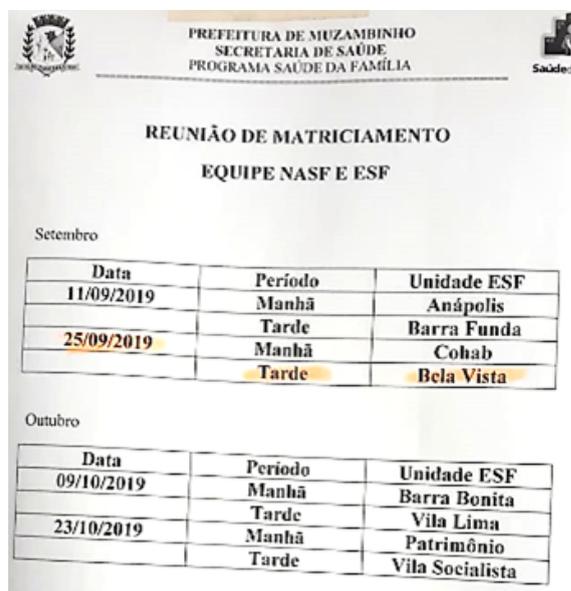
Tais problemas, tão presentes na APS, incidem negativamente no processo de trabalho em equipe tão idealizado pela ESF. As dificuldades encontradas na comunicação com a gestão central e hierarquizada sobre as dificuldades encontradas na organização do trabalho impedem a cooperação e a integração entre trabalhadores e equipes e esses e a gestão, seja no compartilhando saberes e competências, ou na identificação de problemas relacionados aos processos de trabalho e propondo soluções (SANTOS-FILHO e BARROS, 2009).

Na tentativa de organização do processo de trabalho do NASF e de articulação deste com as equipes da ESF, foram estabelecidos espaços de discussão teórica sobre as funções atribuídas aos profissionais dessa equipe. Discutiu-se conceitos como apoio

matricial, a necessidade de interlocução da ESF com a rede de serviços do município, a fim de se ampliar a resolutividade e a territorialização, além de priorizar a troca de saberes e responsabilidades através do atendimentos compartilhado e interdisciplinar (BRASIL, 2009, 2012).

Como indicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), Campos (2003), Oliveira (2007), Cunha (2009), Oliveira Viana (2018), a pactuação do apoio e algumas ferramentas como Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde do Território (PST) e a Clínica Ampliada, são fundamentais para a organização do apoio matricial e para o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF. Para além de apresentar e discutir sobre estes recursos para organização do processo de trabalho, como parte das atividades do curso foi proposta a organização das agendas das equipes (Apêndice V), a fim de que fosse possível a realização e estabelecimento periódico de uma reunião das equipes de ESF com a equipe do NASF para o gerenciamento e a adequação das necessidades específicas de cada unidade. Assim, foi instituído o matriciamento como atividade principal do NASF, como observado pela Figura 5, enviada pelos participantes do Curso. Atividade que, até então, não acontecia no município.

Figura 5: Reunião de Matriciamento



REUNIÃO DE MATRICIAMENTO EQUIPE NASF E ESF		
Setembro		
Data	Período	Unidade ESF
11/09/2019	Manhã	Anápolis
	Tarde	Barra Funda
25/09/2019	Manhã	Cohab
	Tarde	Bela Vista
Outubro		
Data	Período	Unidade ESF
09/10/2019	Manhã	Barra Bonita
	Tarde	Vila Lima
23/10/2019	Manhã	Patrimônio
	Tarde	Vila Socialista

Autor: Equipe do NASF de Muzambinho/MG

A fragmentação do trabalho das equipes de ESF e a dificuldade de integração dessas com o NASF foram reconhecidos como fatores limitantes. Superar estes limites para se alcançar uma boa articulação entre o trabalho das equipes e o trabalho do NASF foi um grande desafio. Assim como observado durante o Curso, Andrade (2006), afirma

que a falta de conhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelo NASF segue contribuindo com a dificuldade de articulação entre o trabalho desses com o da ESF. Problema que fica evidente tanto através do relato dos participantes do curso, observado na fala da fisioterapeuta e da nutricionista do NASF, sucessivamente “[...] *pela primeira vez trabalhei com prevenção. O Curso ensinou o NASF a trabalhar em grupo e eu vi que é possível*”, “[...] *como curso aprendi a trabalhar em roda e isso me ajudou nas atividades coletivas com os pacientes*”, quanto pela observação dos professores-apoiadores no decorrer do Curso, a possibilidade de constituição destas oficinas de trabalho entre os profissionais de saúde e a gestão foram importantes para a reorganização do processo de trabalho.

Assim como relatado anteriormente, no episódio em que um dos professores/apoiadores foi em uma unidade de Saúde da Família do município de Campinas/SP para conhecer e levar a experiência do trabalho realizado pelos ACS deste município para o de Muzambinho/MG, fica evidente a importância do apoio no suporte para se repensar a organização do trabalho. Essa experiência se refletiu nos projetos de conclusão do curso, que contou com a criação de grupos de convivência pelos ACS em várias unidades. Suas experiências exitosas foram evidenciadas pelos relatos e pela dimensão que alguns desses grupos ganharam, como por exemplo reportagens no jornal da cidade, pessoas de outros municípios querendo participar dos grupos, e ACS relatando que encontraram sentido para o seu trabalho.

Os grupos de convivência constituem em oportunidades para socializar pessoas, uma forma de interação, inclusão social e uma maneira de resgatar a autonomia, de viver com dignidade e dentro do âmbito de ser e estar saudável (ALMEIDA et al, 2010). Para Campos (2006) “A possibilidade de recomposição do modo de funcionamento dos sujeitos coletivos nos espaços microssociais (grupo de convivência) é um dos caminhos mais seguros para garantir mudanças macrossociais estáveis”.

Os projetos de intervenção tiveram grande envolvimento das equipes, como demonstrado na Figura 3 abaixo, cinco projetos representaram a criação de grupos de convivência nas unidades, foram eles: “Relato de experiência: formação de um grupo de convivência com o uso de práticas integrativas e complementares”, “Um olhar mais humanizado e acolhedor nas ações relacionadas à saúde da mulher”, “Qualificação das ações na redução do uso indiscriminado de benzodiazepínicos”, “Relato de experiência: um novo olhar sobre os diabéticos através de um grupo de convivência”, “Relato de

experiência: formação de um grupo de convivência ‘Vida saudável’; um projeto descrevendo um caso e seu seguimento através do Projeto Terapêutico Singular (PTS) - “Relato de caso: Obesidade infantil e a importância do vínculo familiar”; outro que observou como a reorganização do processo de trabalho na unidade, aproximou a equipe da comunidade - “O Acolhimento como ferramenta para integração entre a equipe e a comunidade”; e o que se propôs a desenvolver ações de orientações na comunidade - “Ações de orientação sobre a relação de higiene e saúde”.

O Projeto de Intervenção ou terapêutico trata-se de uma proposta de mudanças ou a experiência vivenciada, a partir das reflexões do curso, na organização do processo de trabalho, com vistas à qualificação do cuidado e suas repercussões junto aos usuários e equipe, dentre as demais perspectivas.

Figura 3: Projetos de Intervenção

The figure displays four project posters from UNICAMP, each detailing a different intervention project. Each poster includes the following sections:
 

- UNICAMP** logo and institutional affiliations.
- RELATO DE EXPERIÊNCIA: FORMAÇÃO DE UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA COM O USO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES** (FCM 0316 E FCM 0415)
- UM OLHAR MAIS HUMANIZADO E ACOLHEDOR NAS AÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE DA MULHER** (FCM 0316 E FCM 0415)
- QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES NA REDUÇÃO DO USO INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS** (FCM 0316 E FCM 0415)
- AÇÕES DE ORIENTAÇÃO SOBRE A RELAÇÃO DE HIGIENE E SAÚDE** (FCM 0316 E FCM 0415)
- INTRODUÇÃO**: Brief overview of the project's context and goals.
- OBJETIVOS**: Specific aims and objectives of the intervention.
- METODOLOGIA**: Description of the methods and procedures used.
- CONSIDERAÇÕES FINAIS**: Summary of findings and conclusions.
- Referências Bibliográficas**: List of cited sources.

 The posters also feature various graphics, including logos of partner institutions, a line graph showing data trends, and a small photograph of a group of people.



O conceito de coprodução ao propor um sujeito, sob tensão de diversas forças, aposta no movimento e na possibilidade de transformação. É por isto que o Método Paidéia, também conhecido como método da roda, sintoniza-se com muitas tradições libertárias da educação e da política ao apontar que: ninguém sai da roda (de cogestão) da mesma forma que entrou.

Percebeu-se que, subsidiados de elementos teóricos, debates e reflexões coletivas, se desenvolveu um movimento de empoderamento dos trabalhadores que passaram a questionar os processos e a hierarquização do trabalho, levando muitos deles a se unirem e buscarem dialogar sobre esses temas com a coordenação e com a gestão.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A ESF, desde sua implementação, vem se constituindo como uma das mais importantes ferramentas para a ampliação do acesso, qualificação da assistência e consolidação da APS dentro do SUS.

No entanto, vem sendo implantada ainda com gestores e profissionais que possuem pouca familiaridade com conceitos úteis no dia a dia, como território e territorialização, vínculo, apoio matricial, projeto terapêutico singular dentre outros. Dos profissionais de saúde com formação técnica, poucos demonstraram ter domínio a respeito dos grandes temas da área, trazendo ainda para a prática, desde sua formação, uma visão fragmentada do trabalho em saúde.

Nesse cenário, a iniciativa de ministrar um curso em que discutimos os principais conceitos usados no dia a dia da ESF para os profissionais e de toda a rede de APS do município, possibilitou promover o equilíbrio entre a discussão de casos trazidos da realidade da equipe e a oferta teórica oferecida pelos professores/apoiadores, ampliando o aprendizado e principalmente a capacidade de reflexão de cada um deles.

Foi possível constatar, por meio desta pesquisa e por intermédio das observações realizadas durante a realização do Curso, que as relações de poder estavam vívidas entre os trabalhadores da ESF e desses com os gestores, porém, por muitas vezes ocorriam de forma naturalizada.

As situações observadas durante o Curso e evidenciadas no cenário de APS de Muzambinho/MG, que foram trazidas como exemplos para embasamento das discussões de relações de poder e da reorganização do processo de trabalho desta pesquisa, poderiam se fundir para as duas análises, ou seja, tanto os exemplos

selecionados para uma poderiam ser também utilizados para a outra, assim demonstrando como as relações de poder estão diretamente relacionadas com a discussão dos processos de trabalho. Além disso, foi possível observar que nos locais ou nas situações em que se foi permitido a circulação da fala e da escuta, assim como da circulação de poder, a reorganização democrática dos processos de trabalho também ocorreu. Porém, locais onde o poder era cristalizado e instituído, onde não se foi permitida a fala, a escuta, ou o diálogo - na relação das equipes com a administração central - não houve a possibilidade de reorganização dos processos de trabalho e, também, a percepção do sofrimento, de desejos e afetos dos trabalhadores.

Um grande desafio político/organizacional do SUS, como observado no período após o Curso, é a sustentabilidade. Como não se tem política de pessoal, estabilidade de carreira e com a precarização das relações de trabalho, a mudança de gestão devido às eleições municipais que ocorreram no ano de encerramento do Curso, culminaram com a demissão de boa parte dos trabalhadores que foram capacitados, que adquiriram experiência e estabeleceram vínculos com a comunidade. Interrompendo um trabalho onde a confiança, o conhecimento das relações locais e o cuidado continuado são fundamentais.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido para consolidação da APS dentro do SUS, mas que certamente, perpassa pela cogestão e criação de espaços de discussão que devem apontar os caminhos necessários para o planejamento de ações que superem os desafios atuais e futuros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.A., MADEIRA, G.D., ARANTES, P.M.M., ALENCAR, M.A. **Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG.** *Rev Bras Geriatria e Gerontologia*, 2010. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v13n3/v13n3a10.pdf>.

ANDRADE, L.O.M. et al. **Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família.** In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ARENDDT, H. **Sobre a violência.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

BALINT, M. **O médico, o seu doente e a doença.** Tradução de José Nunes de Almeida. 1ª edição. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES; 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002

BAREMBLITT G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 5a ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.

BAREMBLITT, G. (Coord.). **O inconsciente Institucional.** Petrópolis: Vozes, 1984.

BAREMBLITT, G. (Coord.). **O inconsciente Institucional.** Petrópolis: Vozes, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso: 02/05/2020.

BRASIL. Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 02/05/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Cadernos de Atenção Básica – DAB/SAS/MS – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 27).

CAMPOS, G.W.S., Domitti AC. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. *Cad Saude Publica* 2007; 23(2):399-407.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec; 2005.

CAMPOS, G. W. S. et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, suppl.1, pp.983-995. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4a. Ed, São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

CAMPOS, G.W.S et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio Matricial e na clínica ampliada**. *Interface*, Botucatu, v. 18, suppl. 1, p. 983-995, Dec. 2014.

CAMPOS, G.W.S. **A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo, editora HUCITEC, primeira edição, maio/2000; quarta edição, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; CUNHA, G.T.; FIGUEIREDO, M. D. **Práxis e Formação Paidéia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, G.W.S.; JUNIOR, N.P. **A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.9, pp.2655-2663. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>. Acessado em: 12/06/2020.

CAMPOS, G. W. S. **Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp.2337-2344. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>. Acessado em: 13/12/2020.

CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva.** In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs.) *Tratado de Saúde Coletiva*. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 137–70.

CASTRO, C.P. **Avaliação da utilização do método de apoio Paideia para a formação em saúde: clínica ampliada e co-gestão.** [Dissertação de Mestrado]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP; 2011.

CASTRO, C.P.; CAMPOS, G.W.S. **Apoio Institucional Paideia como estratégia para educação permanente em saúde.** *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, abril, 2014, p. 29-50.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. **Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital.** *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4 n. 2, p. 315-29, nov. 1999.

CECÍLIO, L. C. O.; **O trabalho em saúde** / Luiz Carlos de Oliveira, Francisco Antonio de Castro Lacaz. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CUNHA, G.T. **Grupos Balint-Paideia: uma contribuição para a co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica** [Tese de Doutorado]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2009.

CUNHA, G.T.; DANTAS, D.V. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-Paideia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. et al. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, p. 34–60.

DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. *Produção* 2004; 14(3):27-34

DELUIZ, N. **Neoliberalismo e educação: é possível uma educação que atenda os interesses dos trabalhadores?** *Tempo e Presença*, n.293, mai./jun, p.14-6, 1997.

FAUSTO, M.C.R.; ALMEIDA, P.F.; BOUSQUAT, A. **Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios para a Integração em redes de Atenção**. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Editora Fiocruz, 2018.

FIGUEIREDO, M.D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paideia e formação** [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2012.

FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, G.W.S. **Paideia support as a methodology for healthcare education processes**. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:931-43.

FOUCAULT, M. **Genealogia e Poder**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*, 23a. Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007, p. 167-177.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FRANCO, TB. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. *Interface Comun Saude Educ*. 2007;11(23):427-38. DOI:10.1590/S1414-32832007000300003

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

FURLAN, P.G.; AMARAL, MA. **O Método de Apoio Institucional Paideia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde**. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. et al. (orgs). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p.15-33.

FURLAN, P.G.; CAMPOS, G.W.S. **Pesquisa – apoio: pesquisa participante e o método Paideia de apoio institucional.** *Interface: comunicação, saúde, educação*, 18 Supl. I, p. 885-94, 2014.

GARCIA, A. C. P. et al. **Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários.** *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 221-236, out. 2014.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006. p. 206

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

GONDIM, S.M.G. **Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos** In: *Paideia*, 12(24): 149-161, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro de 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/muzambinho/panorama>. Acesso: 12/07/2020.

JUNGES, José Roque et al. **Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.4, pp.937-944. ISSN1980-220X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400028>.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. **A rede de relações e interações da equipe de saúde na atenção básica e implicações para a enfermagem.** *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 464-70, 2012.

LEMES, W. P. A Escola Superior de Educação Física de Muzambinho no contexto da Educação Física brasileira. *Repositório Unicamp* [Dissertação de Mestrado]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 1999.

LIMA, S. A. V.; ALBUQUERQUE, P. C.; WENCESLAU, L. D. **Educação Permanente em Saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 425-441, maio/ago. 2014.

LOURAU, R. **Uma técnica de análise de implicações: B. Malinowski, Diário de etnógrafo (1914-1918).** In: Altoé, S. (Org.). São Paulo: Hucitec, 2004, p.259-283.

LÜDKE, M.; M.E.D., André. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** 2ª edição, 1990. P. 18-20.

MELO, E. A. (org.). **Caderno do curso Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF: aperfeiçoamento.** 2a. ed. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2016.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo. Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S .G., SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 11a Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MIRANDA, A. C. *et al.* (Org.). **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância em saúde.** Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

NASCIMENTO, E. P. L., CORREA, C.R.S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas.** Cad. Saúde Publica. 2008; 24(6):1304-13.

OLIVEIRA, G. N., **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] - Universidade de Campinas (Unicamp). Campinas, SP: , 2007.

OMS - Relatório Mundial de Saúde - **Atenção Primária em Saúde: Agora mais do que nunca**; 2008.

PAIM, J. et al. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PIRES D. **Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde.** *Rev Bras Enfermagem* 2000; 53:251-63.

SANTOS, A. L. & RIGOTTO, R. M. **Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde.** *Trabalho, Educação e Saúde*. *Trab. educ. saúde* (Online) vol.8 no. 3 Rio de Janeiro Nov. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-7746201000030000>.

SANTOS, A. L. **A comunidade do mangue do bairro Vila Velha, Fortaleza/CE: o território e o cotidiano vivido a partir da perspectiva dos moradores e dos profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF).** Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, 2008.

SANTOS-FILHO, S. B., BARROS, M. E. B., organizadores. **Trabalhador da saúde. Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí (RS): Unijuí; 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

TERRA, L. S. V. **Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária.** *Trabalho, Educação e Saúde*. *Trab. educ. saúde* vol.17 no.2 Rio de Janeiro 2019 Epub Mar 18, 2019. Acessado em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. **Curso de Graduação em Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/ensino/graduacao/saude-coletiva>. Acessado: 16/05/2020.

OLIVEIRA VIANA, M. M. **Formação Paideia para profissionais que realizam apoio matricial na atenção primária.** *Cadernos de Saúde Pública* [Tese de Doutorado]. [Campinas (SP)]: Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, 2018.

VILLA, E. A. **As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família.** *Saúde em Debate.* Saúde debate vol.39 no.107 Rio de Janeiro Oct.Dec. 2015. Acessado em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151070365>.

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

ENCONTRO	TURMA	TEMAS ABORDADOS	BIBLIOGRAFIA
1 28/09/2018	Extensão	<i>Sistemas Públicos de Saúde. SUS: desafios e perspectivas</i>	CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer?. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2018, vol.23, n.6, pp.1707-1714
2 28/09/2018	Especialização	<i>Método Balint Paideia</i>	CUNHA, G. T. O efeito Paideia em pessoas e agrupamentos? - do Capítulo 1 "Metodologia Paideia e o Modo de Pensar e de Fazer Baseado na Praxis: democracia, cogestão e apoio. In: CAMPOS, Gastão WS; CUNHA, Gustavo T.; FIGUEIREDO, Mariana D. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013
3 05/10/2018	Especialização	<i>Apresentação de um caso para discussão</i>	CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Possibilidades de uma Clínica do Sujeito na Atenção Primária à Saúde
4 05/10/2018	Especialização	<i>Clínica Ampliada</i>	Capítulo 2 - Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas, Teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em Saúde. In CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, p. 41-80, 2006
5 19/10/2018	Especialização	<i>Transferência, afeto, implicações e envolvimento</i>	BAREMBLITT, Gregório. Cinco lições sobre a transferência. São Paulo: Hucitec, 1991
6 19/10/2018	Especialização	<i>Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família</i>	Capítulo 1 - Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os Desafios para a Integração em Redes de Atenção. In. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de, MATTA, Gustavo Corrêa, GONDIM, Roberta, GIOVANELLA, Lígia. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018
7 09/11/2018	Especialização	<i>Abordagem psicossocial e clínica ampliada</i>	CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de saúde pública, v. 23, p. 399-407, 2007
8 09/11/2018	Especialização	<i>Trabalho em Equipe: interdisciplinaridade; campo e núcleo de saberes e de responsabilidade sanitária; referência e coordenação de cuidado; cogestão do trabalho</i>	CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva, v. 5, p. 219-230, 2000
9 23/11/2018	Especialização	<i>Trabalho em equipe e avaliação do processo de trabalho</i>	Barros RS, Pereira MJB, Santos CB. Mandala de avaliação: oferta de um instrumento para realização de processos avaliativos no Apoio

			Institucional. Interface (Botucatu). 2018, vol.22, n.66
10 23/11/2018	Especialização	<i>Abordagem familiar: dinâmica familiar, instrumentos para lidar com família, genograma, ecomapa, visita e outros</i>	José Roberto Muniz, J.R, Eisenstei, E. "Genograma: informações sobre família na (in)formação médica" Revista Brasileira de Educação Médica, pp 72-79, 2009
11 07/12/2018	Especialização	<i>Determinação social do processo saúde-doença</i>	FURTADO, J.P. Reference teams: an institutional arrangement for leveraging collaboration between disciplines and professions. Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.22, p.239-5, mai/ago 2007. "Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões"
12 07/12/2018	Especialização	<i>Saúde e seus Determinantes – Caracterização do território</i>	Lília Blima Schraiber & Mendes Gonçalves. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. BUSS, Paulo Marchiori and PELLEGRINI FILHO, Alberto. "A saúde e seus determinantes sociais". Physis [online]. 2007, vol.17, n.1, pp.77-93.
13 13/02/2019	Especialização	<i>Território</i>	Território e territorialização: incorporando as relações de produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Santos, A.L.; Rigotto, R.M. Trabalho, educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.8, p. 387-406, Nov. 2010/Fev. 2011.
14 27/02/2019	Extensão	<i>Trabalho do ACS e atribuições no cuidado a saúde</i>	O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2009. <a href="http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf">http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf</a> .
15 13/03/019	Especialização	<i>Promoção de saúde e prevenção de agravos: prevenção quaternária, medicalização e o complexo médico hospitalar</i>	Caderno 29 - Rastreamento, parte I.
16 13/03/019	Extensão	<i>Clínica ampliada e cuidado em saúde</i>	Cartilha Humaniza SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada: <a href="http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf">http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf</a> .
17 02/04/2019	Extensão	<i>Gestão e Planejamento em Saúde</i>	Gestão: espaço de intervenção e especificidades técnicas. Onocko-Campos. In Saúde Paideia/Gastão Wagner de Sousa Campos. 4.SP: Hucitec Editora. 2013 "Planejamento e contrato de gestão na AB" pp 206 a 2913. Scarazatti G. L. & Amaral M. A. In: Manual de Práticas na Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada (Capítulo 8)/Campos G. W. S. et al. – SP, 2008: Editora Hucitec.
18 10/04/2019	Especialização	<i>Processos de avaliação em saúde: autoavaliação, avaliação de resultados e avaliação participativa</i>	Fialho Junior RB. Informação em saúde e epidemiologia como coadjuvantes das práticas em saúde, na intimidade da área e da microárea – como (o)usar mesmo? Capítulo VIII – o uso da informação em saúde

			e da epidemiologia no nível local: a riqueza do trabalho na área e na microárea. 2004. Dissertação de Mestrado - Unicamp, Campinas, 2004, p. 117 - 141. Disponível em: < <a href="http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/dissertacao/DissertacaoRubemBorgesFialhoJunior.pdf">http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/dissertacao/DissertacaoRubemBorgesFialhoJunior.pdf</a> >.
19 10/04/2019	Extensão	<i>Projeto Terapêutico Singular: a construção do cuidado interdisciplinar</i>	Oliveira, G. N. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada - cap. 12, p. 273 - O Projeto Terapêutico Singular. 2008. Disponível em: <a href="http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf">http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf</a> .
20 24/04/2019	Especialização	<i>Planejamento em saúde e construção da organização do processo de trabalho</i>	Scarazatti, G. L.; Amaral, M. A. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada - cap. 8, p. 195 - Planejamento e Contrato de Gestão na Atenção Básica. 2008. Disponível em: <a href="http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf">http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf</a>
21 24/04/2019	Extensão	<i>Trabalho com a família e a visita domiciliar como estratégia de cuidado</i>	Cunha, M. S.; Sá, M. C., A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu) vol.17 no.44 Botucatu Jan./Mar. 2013. Acessado em: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1414-32832013000100006">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1414-32832013000100006</a> .
22 08/05/2019	Especialização	<i>Educação permanente e núcleos de saúde coletiva</i>	Dorsa, Mariana. "Diferentes formas de ação: contribuições e limites das propostas de Educação Continuada e Educação Permanente em Saúde". In: Praxis e Formação Paideia. Capítulo 4 item 3.
23 08/05/2019	Extensão	<i>Formação de espaços coletivos: resistência, mediação de conflito, contrato e comunicação não violenta</i>	Cecílio LCO. "É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?". Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005 Apr [cited 2019 Jan 19]; 21( 2 ): 508-516. Available from: <a href="http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/17.pdf">http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/17.pdf</a> Rosemberg MB. "Comunicação não violenta". São Paulo: Ágora, 2006. Disponível em: <a href="https://we.riseup.net/assets/157750/ROSENBERG,+Marshall+B.+Comunicacao+nao-violenta,+p.+37-48.pdf">https://we.riseup.net/assets/157750/ROSENBERG,+Marshall+B.+Comunicacao+nao-violenta,+p.+37-48.pdf</a> . P. 37 - 48.
24 22/05/2019	Especialização	<i>Organização da Agenda</i>	Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.l : Acolhimento à demanda espontânea - Item 3, p. 23 a 39. Ministério da Saúde, 2013.
25 22/05/2019	Extensão	<i>O Acolhimento com estratégia de organização do processo de trabalho</i>	Cadernos de Atenção Básica, n.28, v.l : Acolhimento à demanda espontânea - Item 2, p. 17 a 22. Ministério da Saúde, 2013.
26 12/06/2019	Especialização	<i>Apoio Matricial e NASF</i>	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de

			Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n.39), p. 42-63.
27 12/06/2019	Extensão	<i>Produção de saúde em redes</i>	HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004. <a href="https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM">https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM</a> de GigliTestoni aluna de mestrado profissional FOP-UNICAMP 17/07/2016.
28 26/06/2019	Especialização	<i>Programação em saúde: acolhimento, organização da agenda, coordenação do cuidado</i>	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, Ministério da Saúde, 2014 (Cadernos de Atenção Básica, n.39), p. 42-63.
29 07/08/2019	Especialização	<i>Tuberculose e Hanseníase: promoção e clínica ampliada</i>	Cadernos de Atenção Básica n. 21, “vigilância em saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose”. Itens 4 e 7. Segunda edição, Ministério da Saúde, 2008.
30 07/08/2019	Extensão	<i>Avaliação de risco</i>	Caderno de Atenção Básica, n. 28, v. 1 - Acolhimento à demanda espontânea. Item 3.3. Ministério da Saúde, 2013. Caderno de Atenção Básica, n. 28, v. e - Acolhimento à demanda espontânea. Item 1.1. Ministério da Saúde, 2013.
31 21/08/2019	Especialização	<i>Saúde da Criança: promoção e clínica ampliada</i>	Protocolos de Atenção Básica – Saúde da Criança. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <a href="http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian-a-Provis--rio.pdf">http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian-a-Provis--rio.pdf</a> .
32 21/08/2019	Extensão	<i>Saúde da Criança: promoção e clínica ampliada</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
34 04/09/2019	Especialização	<i>Saúde do adolescente</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília :

			Ministério da Saúde, 2010. 132 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
34 04/09/2019	Extensão	<i>Sofrimentos na adolescência: automutilação, autoextermínio, uso de SPA, distúrbios alimentares e de autoimagem</i>	ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Comportamento antissocial nos jovens como seqüela da privação: contribuições da clínica winnicottiana para as políticas públicas. <i>Interface (Botucatu)</i> [online]. 2018, vol.22, n.67, pp.1091-1098. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.
35 18/09/2019	Especialização	<i>Saúde mental na atenção básica: manejo clínico de medicamentos e abuso de medicamento psicotrópicos</i>	OMS - MI-GAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde.
36 18/09/2019	Extensão	<i>Saúde mental na atenção básica: promoção e clínica ampliada</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Item 5.
37 02/10/2019	Extensão	<i>Prevenção e reabilitação psicossocial do uso abusivo de SPA: estratégia de redução de danos</i>	Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Diminuir para somar - Cartilha de Redução de Danos para Agentes Comunitários de Saúde Ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas. 2011.
39 16/10/2019	Especialização	<i>Saúde da Mulher: promoção e clínica ampliada</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Parte 1, 4, 5 e 6.
40 16/10/2019	Extensão	<i>Saúde materno infantil: promoção e clínica ampliada</i>	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA. Orientações para implementação (pág. 39 a 53 e 125 a 133). Disponível em: <a href="http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/">http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/</a>
41 30/10/2019	Extensão	<i>Saúde da população LGBTTQI+</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. Pag. 5 a 16.
42 13/11/2019	Especialização	<i>Nutrição na Atenção Básica</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população

			brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
43 13/11/2019	Extensão	<i>Saúde do adulto: apoio à mudança de estilo de vida e ações de educação a saúde</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Cap. 6.
44 04/12/2019		<i>Condições Crônicas do Adulto/Idoso: promoção e clínica ampliada: linha de cuidado</i>	Caderno de Atenção Básica nº 35. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Capítulo 3, item 3.2.4 Estratificação segundo riscos pp 42 a 48. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
45 05/02/2020	Especialização	<i>AIDS e IST: promoção e clínica ampliada</i>	Manual de Boas práticas em adesão e retenção de usuários em serviço ambulatorial para PVHA. São Paulo: CRT-AIDS, 2018.
46 05/02/2020	Extensão	<i>Abordagem primeiros socorros: atuação da equipe interdisciplinar</i>	Melo, Maria do Carmo Barros de. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde / Maria do Carmo Barros de Melo e Nara Lúcia Carvalho da Silva. -- Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
47 19/02/2020	Especialização	<i>Saúde do trabalhador: promoção e clínica ampliada</i>	Capítulo 2 = "Atenção à saúde do(as) trabalhadores(as) no processo de trabalho das equipes da atenção básica/saúde da família" (páginas 35 a 62) - plataforma renast on line - Cadernos de atenção básica numero 41.
48 19/02/2020	Extensão	<i>Direitos sociais e saúde</i>	Silva, K. B. Adriana et al. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.16, n.40, p.249-59, jan./mar. 2012.
49 04/03/2020	Especialização	<i>Cuidados paliativos e internação domiciliar: SAD e ESF</i>	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
50 18/03/2020	Extensão	<i>Educação Popular: A participação e controle social: conselhos locais e municipal; assembleias de usuários; projetos da comunidade</i>	VASCONCELOS, E. M.; VASCONCELOS, M. O. D. ; SILVA, M. O. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. Revista FAEEBA, v. 24, p. 89-106, 2015. Disponível em: <a href="http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/texto-2-1-artigo-eynard.pdf">http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/texto-2-1-artigo-eynard.pdf</a> FREIRE, Paulo . Como trabalhar com o povo. São Paulo, SP: [s.n.], 1982. 13 p. Disponível em: < <a href="http://acervo.paulofreire.org:8080/jspui/handle/7891/1533">http://acervo.paulofreire.org:8080/jspui/handle/7891/1533</a> >

Fonte: Autora

## APÊNDICE II



**Curso de Especialização em Saúde da Família - FCM 1260**  
**Atividade de caracterização do território – jan/2019**

Cada equipe deve realizar a construção, de maneira conjunta com todos os trabalhadores da equipe, dos indicadores e da caracterização do território de adscrição.

- 1) Levantar número de pessoas cadastradas na área e caracterizações gerais – sexo, idade, alfabetização, ocupação, situação no mercado de trabalho (e-SUS mês de referência jan/2019).

Número total de pessoas adscritas	
Número total de homens	
Número total de mulheres	
<b>Faixa etária</b>	
0-5	
6-10	
11-20	
21-30	
31-40	
41-50	
51-60	
61-70	
71-80	
81+	
<b>Escolaridade</b>	
analfabeto	
Ensino fundamental	
Ensino médio	
Supletivo	

Técnico	
Ensino superior	

- 2) Caracterização do território através do tipo de moradia e saneamento - condições de moradia, tipo de domicílio, abastecimento e água, forma de esgoto, destino do lixo, animais no domicílio, etc (e-SUS cadastro domiciliar e territorial - mês de referência jan/2019).

	Total
Moradia	
Rural	
urbana	
Cada de alvenaria	
Tratamento de água	
Rede de esgoto	
Rede elétrica	
Coleta de lixo	
Animais no domicílio	

- 3) Doenças ou consideração referida - gestação, puerpério, puericultura, asma, desnutrição, diabetes, DPOC, hipertensão arterial, tuberculose, hanseníase, dengue, DST/sífilis, sífilis congênita, câncer de colo de útero, câncer de mama, riscos cardiovasculares (e-SUS - cadastro Individual - mês de referência jan/2019).
- 4) Taxa de mortalidade materno/infantil no território no ano de 2018 (número de óbitos / nascidos vivos x 100000).
- 5) Cobertura de exames citopatológicos de colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos no ano de 2018 (número de exame de CO em mulheres nas faixas etárias indicadas / população feminina na mesma faixa etária X 100)

Cobertura de exame citopatológico	
Menor de 24 anos	
25-39 anos	
40-54 anos	

55-64 anos	
+ 65 anos	

6) Caracterização dos óbitos ocorridos no território no ano de 2018.

Caracterização de óbito ano 2018	
Número total de casos	
Causas	
Ap circulatório	
Ap respiratório	
Ap digestivo	
Ap geniturinário	
Causas externas	
Mortalidade por neoplasias	
Perinatal	
Infecto-parasitárias	
Endócrinas	
D sistema nervoso	
Demais	

7) Famílias cadastradas no Programa do Bolsa Família.

8) Cobertura de vacinação no ano de 2018.

9) Levantamento de casos, considerando faixa etária/sexo, no ano de 2018:

- a) casos de arboviroses
- b) casos de gravidez e número de consulta de pré-natal
- c) demanda de uso de benzodiazepínicos
- d) casos de saúde mental grave
- e) casos de uso abusivo de álcool e outras drogas
- f) casos de violência doméstica e/ou abuso sexual já conhecidos
- g) casos de deficiência física, intelectual, auditiva e visual
- h) casos de distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição
- i) casos que necessitaram de internação

Doenças ou considerações referidas / Ano 2018							
Gestação	10-20	20-30	30-40	+40			
Puerpério	10-20	20-30	30-40	+40			
Puericultura	Até 28 dias	1m-6m	7m-12m	13m-24m			
asma	1-10	11-20	21-30	30-40	41-50	51-60	+60
desnutrição							
diabetes							
DPOC							
HAS							
tuberculose							
Hanseníase							
Dengue							
DST/AIDS							
Sífilis congênita							
Câncer de colo de útero							
Câncer de mama							
Risco cardiovascular							

10) Quais riscos à saúde – ambientais, trabalho e outros – vocês identificam no território?

11) Quais são os equipamentos públicos, entidades filantrópicas, igrejas e outros na área de abrangência da unidade?



### **Abordagem de conflitos. Proposta de atividade Curso Extensão SF 09/05/2019**

**I. Objetivo da atividade:** Discutir a questão de conflito nas equipes e apresentar um “dispositivo de gestão” para aplicação em situações reais. A pretensão é contribuir com os processos de cogestão, nos quais profissionais e usuários do SUS possam reconstruir suas práticas e relações cotidianas, em cooperação e solidariamente.

**II. Método:** Iniciar a atividade com duas questões disparadoras. Cada participante deve escrever: O que é conflito para você? Escreva, sumariamente, uma situação de conflito que tenha vivido? Socializar algumas respostas na roda. Na sequência fazer a leitura e debate do roteiro abaixo que é composto de recortes, bricolagens e algumas paráfrases do artigo: “É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? Luiz Carlos de Oliveira Cecílio . Cad. Saúde Pública, RJ, 2005. Finalizar discutindo a viabilidade de utilização dos passos da Matriz de Análise de Conflitos e se os quatro componentes para a Comunicação Não-Violenta contribui com o manejo de conflitos.

**III. Roteiro da discussão teórica: autores que abordam o conflito nas organizações de trabalho:**

- **Motta**, entende os conflitos em três dimensões: como o resultado de disputa de interesses inconciliáveis inscritos na estrutura social e que invadem a organização; Segunda, conflito como algo envolvendo papéis em nível organizacional, resultantes da evolução tecnológica e econômica ou de novas diretrizes que imporia adaptações à organização da produção e seus processos de trabalho que tem como consequência, uma crescente necessidade de controle dos gestores sobre os profissionais ou de pactuação de novos papéis e atribuições; A terceira, o conflito como sendo essencialmente de personalidade e de percepções em nível individual, ou seja, uma discrepância entre aspirações individuais e imposições organizacionais;

- **Burrell & Morgan**, defendem que haveria três visões sobre conflito e poder. 1ª Uma visão unitária e simplista que entende que o conflito pode ser visto como um fenômeno raro e transitório que pode ser eliminado através da ação gerencial apropriada, pois quase sempre são conflitos interpessoais causados por funcionários problemáticos ou criadores de caso. 2ª A pluralista, encara o conflito como uma característica intrínseca e não radicável das organizações e enfatiza seus aspectos potencialmente positivos e funcionais que devem ser trabalhados. 3ª A Radical que “encara o conflito como força motora onipresente e causadora de rupturas, que impele às mudanças na sociedade e nas organizações em particular. Reconhecem que o conflito pode ser um aspecto reprimido do sistema social, nem sempre visível no nível empírico como “realidade percebível”.

- **Lukes** faz uma abordagem mais ampla ao afirmar que, para além dos conflitos abertos, observáveis, comportamentais, é preciso reconhecer que há certos conflitos que não alcançam a agenda formal da direção e das gerências, circulam pelos corredores, pelos bastidores, como um murmúrio/ruídos produzindo efeitos na qualidade das relações e do trabalho. Exemplo: as insatisfações do pessoal de enfermagem em relação a certos privilégios que os médicos têm, ou de Auxiliares/Técnicos de enfermagem com relação aos privilégios das enfermeiras, etc. Os

conflitos encobertos são os ruídos que a direção não escuta, nem pode, de alguma forma, escutar, pois fazer isso seria ter que enfrentar relações de poder instituído e de difícil probabilidade de mudança. Lukes afirma, ainda, outro tipo de conflito, o latente. Seriam conflitos que poderiam manifestar-se desde que determinados atores pudessem tomar consciência do quanto seus verdadeiros interesses são desconsiderados. É a hegemonia política e cultural de um grupo social sobre os subalternos, de forma que os excluídos ou os submetidos às várias formas de violência e dominação sequer chegam a estar conscientes dos seus interesses e de direitos negados, ou seja relações de poder que não se expressam, necessariamente, em conflitos observáveis;

- **Lapassade & Lourau:** entendem conflito como um fenômeno, é comportamento, é ruído é a SUPERFÍCIE. As tensões constitutivas, que produzem os conflitos, seriam a ESPESSURA, a “estrutura”, os “lugares” (instâncias, topos, saberes/poderes das diferentes, atores, corporações etc.) instituídos. Estrutura e superfície, tensões constitutivas e conflitos se interpenetrando, produzindo deslocamentos, instituindo novas configurações da organização, mas também reproduzindo, confirmando instituídos, malhas de captura de desejos e interesses: territórios de poder e de afetos. Com produção e a reprodução das relações sociais dominantes nos pequenos grupos na estrutura das organizações e da sociedade. A eclosão e o desenvolvimento do conflito podem ser explicados tanto a partir das posições detidas nas “estruturas da organização” devido à intencionalidades opostas dos atores, que ocupam papéis na organização, uma vez que eles podem decidir por agir e transformar o conflito num confronto real. A racionalidade da ação dos atores institucionais seria produto da posição que ocupa num contexto determinado e de vontade/implicação que dependeria das disposições mentais, cognitivas, afetivas e de interesses, que são sempre, em parte, pré-formadas por uma socialização passada.

- **Cecílio, partindo da premissa que os gestores e trabalhadores de saúde são homens da ação, como seres práticos, com capacidade para conhecer e (re)criar a realidade humana, capaz de tomar postura ativa e criadora diante de incômodos, partindo dos autores acima, delimita o conceito de conflito para sua utilização no contexto da gestão de serviços de saúde como:** *Conflito é o que escapa, é o que se apresenta, é o que denuncia, o que invade a agenda de quem faz a gestão e das reuniões de equipe, é o que incomoda. São comportamentos ou fatos observáveis que exigem “tomadas de providências” e serem objeto da ação da gestão e da equipe: a briga entre funcionários, o bate-boca de pacientes com funcionários, a disputa de recursos entre unidades diferentes, as reclamações de pacientes, ruídos e conflitos abertos, mas também, , os conflitos encobertos, aqueles que circulam nos bastidores, na “rádio-corredor” e que não conseguem espaço na agenda da direção ou das reuniões da equipes.*

#### IV. Proposta dos 04 passos da matriz de análise dos conflitos como ferramenta de gestão

<u>1º Reconhecimento e enunciação do conflito:</u>	<u>2º Análise das tensões constitutivas do conflito (compreendendo o conflito):</u>	<u>3º Como o conflito está sendo lidado? (o que já foi feito ou está sendo feito)</u>	<u>4º Possibilidades de se lidar com o conflito?</u>
- por manifestação de usuários e profissionais; - nas reuniões;	- ir da SUPERFÍCIE em direção à ESPESSURA do conflito,	- ignorado? - os envolvidos foram ouvidos e	- trabalhar o ocorrido como analisador/evento crítico como processo de Educação

<p>- quando ocorrem em relacionamentos interpessoais; - a partir de ruídos;</p>	<p>procurando entender as causas. - pessoas envolvidas, suas posturas, suas explicações, seus interesses, - frequência/repetição de posturas.</p>	<p>apresentaram seu entendimento? - houve mediação e alguma proposta de encaminhamento? - Os possíveis encaminhamentos estão dentro da governabilidade do serviço? - Quem de fora pode ajudar na análise e proposição de encaminhamentos?</p>	<p>Permanente da Equipe, usando o método da problematização, na reunião da equipe? No CLS? - Instituir espaços nas reuniões de Equipe para tratar dos incômodos? - Fazer uma conversa de mediação com os envolvidos com o apoio do Distrito? - Solicitar DPDI?</p>
-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**V. Avaliar a viabilidade da utilização das etapas da matriz e discutir se contribui para o manejo de conflitos os quatro componentes para a Comunicação Não-Violenta:**

- **Observações:** limpeza do olhar diante dos acontecimentos, para vê-los sem julgamentos e rótulos.

- **Sentimentos:** avisam sobre o que está acontecendo para que possamos cuidar das necessidades.

- **Necessidades:** Identificá-las, reconhecê-las e expressá-las para si e para o outro. Compartilhamento de nossa humanidade.

- **Pedidos:** expressar pedidos de modo que os outros estejam mais dispostos a responder compassivamente às necessidades.

### Referências

- Luiz Carlos de Oliveira Cecílio . "É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?"; Cad. Saúde Pública, RJ, 21(2):508-516, mar-abr, 2005

- Juliana Matsuoka, Primeiros passos na Comunicação Não-Violenta, in: [www.comunicacaoconsciente.com](http://www.comunicacaoconsciente.com)

- Marshall B. Rosenberg. Comunicação Não-Violenta: técnica para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. Capítulo 2. A comunicação que bloqueia a compaixão. Editora Ágora, 2006.

## APÊNDICE IV



**Curso de Extensão em Saúde da Família - FCM 1260**  
**Atividade acolhimento – jun/2019**

O acolhimento, além de ser pensado como ampliação/facilitação do acesso e como postura, atitude e tecnologia de cuidado, deve ser considerado como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe. Nesse caso, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. **Deve-se ter claro: quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc.**

Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.

**ATIVIDADE:**

Cada equipe deve escrever como é feito o acolhimento em sua unidade, considerando os vários profissionais e a forma de organização do trabalho (ponderar cada uma das questões que estão destacadas em negrito).

Caso no seu serviço não contemple alguma das questões destacadas, pensar quais elementos faltam e como poderia ser organizado no cotidiano do trabalho.

## APÊNDICE V



**Curso de Especialização em Saúde da Família - FCM 1260**  
**Atividade de organização da agenda – jun/2019**

O Nasf constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, uma vez que amplia o escopo de ações desta e, por meio do compartilhamento de saberes, amplia também a capacidade de resolutividade clínica das equipes.

Considerando os desafios de implementar um cuidado na atenção básica que garanta o acesso e acolhimento de qualidade, com efetividade e resolutividade das suas práticas, visando um cuidado integral que conte com ações de prevenção, promoção, assistência e reabilitação, faça o exercício de construção de uma agenda típica para cada um dos profissionais da equipe.

Nas atividades devem conter ações como: consulta agendadas, acolhimento de demanda espontânea, atendimentos conjuntos, visita domiciliar, reunião de equipe, atividades coletivas/grupos, atividades intersectorial, e planejamento/gestão considerando a especificidade de cada categoria profissional e as diversas unidades que devem prestar atendimento (no caso do Nasf pense em uma agenda para realizar matriciamento em oito serviços distintos).

**AGENDA DO (A) NUTRICIONISTA**

<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>

**AGENDA DO (A) PSICOLOGO(A)**

<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>

**AGENDA DO(A) EDUCADOR(A) FÍSICO(A)**

<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>

**AGENDA DO (A) FISIOTERAPEUTA**

<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>

## ANEXOS

### ANEXO I



#### **Acordo de Cooperação Técnica - Muzambinho**

O Município de Muzambinho (MG) por meio de seu Secretário de Saúde, Luís Ricardo Bonelli, manifesta seu apoio para o desenvolvimento do projeto “Avaliação de implementação e impacto do Método Balint Paideia na formação profissional para o SUS”. Informamos que o referido projeto é objeto de interesse do município e vem sendo planejado com o consentimento e participação da administração municipal. Trata-se de projeto de alta relevância para qualificação e formação dos profissionais e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) do município.

O Projeto prevê a formação de 22 profissionais de nível superior do município de Campinas atuantes na Atenção Primária à Saúde, que serão capacitados a partir do “Curso de Especialização em Saúde da Família: Atenção e Gestão do Cuidado na Atenção Básica”, com carga horária de 480h, dividida entre os meses de setembro de 2018 a março de 2020. Além dos profissionais de nível superior, prevê-se também a capacitação dos demais membros da Equipe de Saúde da Família através de cursos de extensão, com carga horária aproximada de 85h. Os cursos serão ofertados pelo Coletivo de Pesquisa e Apoio Paideia, vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Por meio do presente documento reiteramos nosso compromisso de garantir a infraestrutura e logística necessária para o desenvolvimento do projeto de pesquisa no município. Para além dos profissionais que passarão pela capacitação, o município

disponibilizará ainda 02 profissionais que irão se integrar à equipe de coordenação do curso na função apoiadores do curso em conjunto com os demais pesquisadores da Unicamp. Tais profissionais serão indicados segundo critérios que levem em consideração a experiência na área do projeto e capacidade para interagir com a equipe de pesquisadores e as equipes multiprofissionais.

O compromisso firmado visa possibilitar o desenvolvimento do presente projeto e como contrapartida o município de Campinas disponibilizará os serviços da Atenção Primária à Saúde, espaços públicos municipais, insumos requeridos para as atividades com os profissionais dos serviços, transporte e a carga horária dos profissionais da APS municipal com o intuito de integrar, acompanhar e participar das etapas previstas no desenvolvimento deste projeto. Por fim, o município compromete-se também a prestar ampla colaboração no processo de apresentação dos dados e resultados derivados dessa pesquisa em âmbito municipal e em seminários correlatos.

Atenciosamente,

---

Muzambinho, junho de 2018.

## ANEXO II

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****Título da pesquisa:**

Avaliação de implementação do Método Balint Paideia na formação profissional para a Atenção Primária  
à Saúde

**Pesquisadores responsáveis:**

Coletivo de Estudos e Apoio Paideia - DSC/FCM/UNICAMP  
Coordenação geral da pesquisa: Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos - DSC/FCM/UNICAMP

**Número do CAAE: 96478718.0.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa a assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

**Justificativa e objetivos:**

Este estudo se propõe a realizar uma análise da implementação do Método Balint Paideia como estratégia de formação para a atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do oferecimento dos Cursos Especialização em Saúde da Família - atenção e gestão do cuidado na Atenção Básica (Extecamp FCM-1260), Capacitação para Equipe de Saúde em Apoio Paidéia (Extecamp FCM-0415) e Cogestão da Clínica Ampliada e Compartilhada (Extemcap FCM-0316).

Os objetivos específicos desta pesquisa são: (1) Avaliar o Método Balint Paideia como inovação na formação em saúde; (2) Elaborar instrumento de avaliação de conhecimentos e práticas dos profissionais que atuam na Atenção Primária nos diferentes contextos da pesquisa; (3) Avaliar o resultado de implementação da formação pelo Método Balint Paideia, identificando os obstáculos e as estratégias de enfrentamento que podem auxiliar em sua aplicação em maior escala; e (4) Investigar as mudanças e efeitos pedagógicos do Método Balint Paideia para a formação de profissionais para a APS.

Sua principal contribuição está na análise de mudanças a partir da formação proposta na clínica dos profissionais de saúde, na gestão e trabalho em equipe e na gestão de si mesmo do trabalhador. Secundariamente, por meio de seus resultados será possível compreender os obstáculos e as estratégias para implementação de tal modelo de formação em cenários reais, de modo a possibilitar sua aplicação em maior escala, seja nas universidades, seja como proposta de educação permanente.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

**Procedimentos:**

Participando do estudo você está sendo convidado a participar dos Cursos Especialização em Saúde da Família - atenção e gestão do cuidado na Atenção Básica (Extecamp FCM 1260), Capacitação para Equipe de Saúde em Apoio Paidéia (Extecamp FCM-0415) e Cogestão da Clínica Ampliada e Compartilhada (Extemcap FCM-0316). Os encontros do curso serão semanais, terão duração de 4 horas, ocorrerão por 18 meses e serão objeto de pesquisa por meio de observação participante, com a produção de diários de campo. Neles os pesquisadores irão anotar observações pessoalmente realizadas, informações prestadas por outras pessoas informalmente e enunciados verbais que constituem citações dos atores sociais em estudo. Todos os materiais produzidos por você ao longo do curso, como projetos, avaliações e o Trabalho de Conclusão de Curso, também serão objeto de pesquisa. No entanto, estes materiais serão utilizados sempre de forma anônima, seu nome não será mencionado. Você também será convidado a responder questionários para caracterização do perfil dos participantes no estudo e para avaliação da aquisição de habilidades para o trabalho na Atenção Primária à Saúde a partir da participação na pesquisa. Os diários de campo, questionários e materiais dos cursos, a serem utilizadas apenas no âmbito desse estudo, serão arquivadas após a conclusão do estudo e descartadas após dois anos do término da pesquisa.

Além da participação nos Grupos Balint Paideia, você e os demais participantes serão convidados a participar de grupos focais. Nesse momento, os participantes do Grupo Focal irão discutir o trabalho na Atenção Primária à Saúde, a participação nos Cursos e temas pertinentes aos objetivos da pesquisa. Nos Grupos Focais, pretende-se promover reflexão entre os participantes, que poderão apresentar suas próprias análises e contribuir com reflexões e sugestões para a formulação dos resultados finais da pesquisa. Os Grupos Focais serão audiogravados e as gravações e transcrições de áudio, a serem utilizadas apenas no âmbito desse estudo, também serão arquivadas após a conclusão do estudo e descartadas após dois anos do término da pesquisa.

**Desconfortos e riscos:**

Não há riscos previsíveis para os participantes desse estudo. Desta maneira, não serão tomadas medidas voltadas à prevenção de riscos. Buscar-se-á evitar desconfortos aos participantes durante a pesquisa, embora não haja previsibilidade da ocorrência destes.

**Benefícios:**

O benefício proporcionado por esta pesquisa relaciona-se somente à participação nos Cursos Especialização em Saúde da Família - atenção e gestão do cuidado na Atenção Básica (Extecamp FCM 1260), Capacitação para Equipe de Saúde em Apoio Paidéia (Extecamp FCM-0415) e Cogestão da Clínica Ampliada e Compartilhada (Extemcap FCM-0316), que serão certificados pela Escola de Extensão da Unicamp (Extecamp)

**Acompanhamento e assistência:**

Não há previsão de acompanhamento e assistência aos participantes, considerando os participantes e os procedimentos da pesquisa. Caso haja necessidade, a pesquisadora se encarregará de encaminhar o participante para acompanhamento em serviço público de saúde adequado.

Rubrica do pesquisador: \_\_\_\_\_ Rubrica do participante: \_\_\_\_\_

**Sigilo e privacidade:**

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

**Ressarcimento:**

Você não terá benefícios financeiros decorrentes de sua participação nesta pesquisa, nem terá ressarcido eventuais gastos que se façam necessários à sua participação.

**Contato:**

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos,, Departamento de Saúde Coletiva – FCM/UNICAMP-SP, Fone: (19) 35218036, e-mail [padeia.coletivo@yahoo.com](mailto:padeia.coletivo@yahoo.com)

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887, Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(Assinatura do participante)

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura do pesquisador)

## ANEXO III



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
Centro de Documentação e Informação

**LEI Nº 11.350, DE 5 DE OUTUBRO DE 2006**

Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

Faço saber que o **PRESIDENTE DA REPÚBLICA** adotou a Medida Provisória nº 297, de 2006, que o Congresso Nacional aprovou, e eu, Renan Calheiros, Presidente da Mesa do Congresso Nacional, para os efeitos do disposto no art. 62 da Constituição Federal, com a redação dada pela Emenda Constitucional nº 32, combinado com o art. 12 da Resolução nº 1, de 2002-CN, promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Art. 4º O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Art. 5º O Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de controle e de vigilância a que se referem os arts. 3º e 4º desta Lei e estabelecerá os parâmetros dos cursos previstos nos incisos II do *caput* do art. 6º e I do *caput* do art. 7º desta Lei, observadas as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Art. 6º O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público;

II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

III - haver concluído o ensino fundamental.

§ 1º Não se aplica a exigência a que se refere o inciso III do *caput* deste artigo aos que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, estavam exercendo atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde.

§ 2º Compete ao ente federativo responsável pela execução dos programas a definição da área geográfica a que se refere o inciso I do *caput* deste artigo, observados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º O Agente de Combate às Endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

II - haver concluído o ensino fundamental.

Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II do *caput* deste artigo aos que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, estavam exercendo atividades próprias de Agente de Combate às Endemias.

Art. 7º-A. *(VETADO na Lei nº 13.342, de 3/10/2016)*

Art. 8º Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, na forma do disposto no § 4º do art. 198 da Constituição Federal, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.

Art. 9º A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o

exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

§1º Caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no *caput* deste artigo. (Parágrafo único transformado em §1º pela Lei nº 13.342, de 3/10/2016)

§ 2º O tempo prestado pelos Agentes Comunitários de Saúde e pelos Agentes de Combate às Endemias enquadrados na condição prevista no § 1º deste artigo, independentemente da forma de seu vínculo e desde que tenha sido efetuado o devido recolhimento da contribuição previdenciária, será considerado para fins de concessão de benefícios e contagem recíproca pelos regimes previdenciários. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.342, de 3/10/2016)

Art. 9º-A. O piso salarial profissional nacional é o valor abaixo do qual a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios não poderão fixar o vencimento inicial das Carreiras de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias para a jornada de 40 (quarenta) horas semanais. (“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014)

§ 1º O piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias é fixado no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) mensais. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014)

§ 2º A jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei deverá ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e combate a endemias em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, segundo as atribuições previstas nesta Lei. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014)

§ 3º O exercício de trabalho de forma habitual e permanente em condições insalubres, acima dos limites de tolerância estabelecidos pelo órgão competente do Poder Executivo federal, assegura aos agentes de que trata esta Lei a percepção de adicional de insalubridade, calculado sobre o seu vencimento ou salário-base:

I - nos termos do disposto no art. 192 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, quando submetidos a esse regime;

II - nos termos da legislação específica, quando submetidos a vínculos de outra natureza. (Parágrafo acrescido pela Lei nº 13.342, de 3/10/2016, vetado pelo Presidente da República, mantido pelo Congresso Nacional e publicado no DOU de 11/1/2017)

Art. 9º-B. (VETADO na Lei nº 12.994, de 17/6/2014)

Art. 9º-C. Nos termos do § 5º do art. 198 da Constituição Federal, compete à União prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do piso salarial de que trata o art. 9º-A desta Lei.

§ 1º Para fins do disposto no *caput* deste artigo, é o Poder Executivo federal autorizado a fixar em decreto os parâmetros referentes à quantidade máxima de agentes passível de contratação, em função da população e das peculiaridades locais, com o auxílio da assistência financeira complementar da União.

§ 2º A quantidade máxima de que trata o § 1º deste artigo considerará tão somente os agentes efetivamente registrados no mês anterior à respectiva competência financeira que se

encontrem no estrito desempenho de suas atribuições e submetidos à jornada de trabalho fixada para a concessão do piso salarial.

§ 3º O valor da assistência financeira complementar da União é fixado em 95% (noventa e cinco por cento) do piso salarial de que trata o art. 9º-A desta Lei.

§ 4º A assistência financeira complementar de que trata o *caput* deste artigo será devida em 12 (doze) parcelas consecutivas em cada exercício e 1 (uma) parcela adicional no último trimestre.

§ 5º Até a edição do decreto de que trata o § 1º deste artigo, aplicar-se-ão as normas vigentes para os repasses de incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde.

§ 6º Para efeito da prestação de assistência financeira complementar de que trata este artigo, a União exigirá dos gestores locais do SUS a comprovação do vínculo direto dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias com o respectivo ente federativo, regularmente formalizado, conforme o regime jurídico que vier a ser adotado na forma do art. 8º desta Lei. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

Art. 9º-D. É criado incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias. [\(“Caput” do artigo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

§ 1º Para fins do disposto no *caput* deste artigo, é o Poder Executivo federal autorizado a fixar em decreto:

I - parâmetros para concessão do incentivo; e

II - valor mensal do incentivo por ente federativo. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

§ 2º Os parâmetros para concessão do incentivo considerarão, sempre que possível, as peculiaridades do Município. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

§ 3º [VETADO na Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

§ 4º [VETADO na Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

§ 5º [VETADO na Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

Art. 9º-E. Atendidas as disposições desta Lei e as respectivas normas regulamentadoras, os recursos de que tratam os arts. 9º-C e 9º-D serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (Funasa) aos fundos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal como transferências correntes, regulares, automáticas e obrigatórias, nos termos do disposto no art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

Art. 9º-F. Para fins de apuração dos limites com pessoal de que trata a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a assistência financeira complementar obrigatória prestada pela União e a parcela repassada como incentivo financeiro que venha a ser utilizada no pagamento de pessoal serão computadas como gasto de pessoal do ente federativo beneficiado pelas transferências. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.994, de 17/6/2014\)](#)

Art. 9º-G. Os planos de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias deverão obedecer às seguintes diretrizes:

I - remuneração paritária dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias;

II - definição de metas dos serviços e das equipes;

- III - estabelecimento de critérios de progressão e promoção;
- IV - adoção de modelos e instrumentos de avaliação que atendam à natureza das atividades, assegurados os seguintes princípios:
  - a) transparência do processo de avaliação, assegurando-se ao avaliado o conhecimento sobre todas as etapas do processo e sobre o seu resultado final;
  - b) periodicidade da avaliação;
  - c) contribuição do servidor para a consecução dos objetivos do serviço;
  - d) adequação aos conteúdos ocupacionais e às condições reais de trabalho, de forma que eventuais condições precárias ou adversas de trabalho não prejudiquem a avaliação;
  - e) direito de recurso às instâncias hierárquicas superiores. [Artigo acrescentado pela Lei nº 12.994, de 17/06/2014.](#)

Art. 10. A administração pública somente poderá rescindir unilateralmente o contrato do Agente Comunitário de Saúde ou do Agente de Combate às Endemias, de acordo com o regime jurídico de trabalho adotado, na ocorrência de uma das seguintes hipóteses:

- I - prática de falta grave, dentre as enumeradas no art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT;
- II - acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas;
- III - necessidade de redução de quadro de pessoal, por excesso de despesa, nos termos da Lei nº 9.801, de 14 de junho de 1999; ou
- IV - insuficiência de desempenho, apurada em procedimento no qual se assegurem pelo menos um recurso hierárquico dotado de efeito suspensivo, que será apreciado em 30 (trinta) dias, e o prévio conhecimento dos padrões mínimos exigidos para a continuidade da relação de emprego, obrigatoriamente estabelecidos de acordo com as peculiaridades das atividades exercidas.

Parágrafo único. No caso do Agente Comunitário de Saúde, o contrato também poderá ser rescindido unilateralmente na hipótese de não-atendimento ao disposto no inciso I do *caput* do art. 6º desta Lei, ou em função de apresentação de declaração falsa de residência.

Art. 11. Fica criado, no Quadro de Pessoal da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, Quadro Suplementar de Combate às Endemias, destinado a promover, no âmbito do SUS, ações complementares de vigilância epidemiológica e combate a endemias, nos termos do inciso VI do *caput* e parágrafo único do art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Parágrafo único. Ao Quadro Suplementar de que trata o *caput* deste artigo aplica-se, no que couber, além do disposto nesta Lei, o disposto na Lei nº 9.962, de 22 de fevereiro de 2000, cumprindo-se jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

Art. 12. Aos profissionais não-ocupantes de cargo efetivo em órgão ou entidade da administração pública federal que, em 14 de fevereiro de 2006, a qualquer título, se achavam no desempenho de atividades de combate a endemias no âmbito da FUNASA é assegurada a dispensa de se submeterem ao processo seletivo público a que se refere o § 4º do art. 198 da Constituição, desde que tenham sido contratados a partir de anterior processo de seleção pública efetuado pela FUNASA ou por outra instituição, sob a efetiva supervisão da FUNASA e mediante a observância dos princípios a que se refere o *caput* do art. 9º desta Lei.

§ 1º Ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e do Controle e da Transparência instituirá comissão com a finalidade de atestar a regularidade do processo seletivo para fins da dispensa prevista no *caput* deste artigo.

§ 2º A comissão será integrada por 3 (três) representantes da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, um dos quais a presidirá, pelo Assessor Especial de Controle Interno do Ministério da Saúde e pelo Chefe da Auditoria Interna da FUNASA.

Art. 13. Os Agentes de Combate às Endemias integrantes do Quadro Suplementar a que se refere o art. 11 desta Lei poderão ser colocados à disposição dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, no âmbito do SUS, mediante convênio, ou para gestão associada de serviços públicos, mediante contrato de consórcio público, nos termos da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, mantida a vinculação à FUNASA e sem prejuízo dos respectivos direitos e vantagens.

Art. 14. O gestor local do SUS responsável pela contratação dos profissionais de que trata esta Lei disporá sobre a criação dos cargos ou empregos públicos e demais aspectos inerentes à atividade, observadas as especificidades locais.

Art. 15. Ficam criados 5.365 (cinco mil, trezentos e sessenta e cinco) empregos públicos de Agente de Combate às Endemias, no âmbito do Quadro Suplementar referido no art. 11 desta Lei, com retribuição mensal estabelecida na forma do Anexo desta Lei, cuja despesa não excederá o valor atualmente despendido pela FUNASA com a contratação desses profissionais. [\(Vide art. 3º da Lei nº 13.026, de 3/9/2014\)](#)

§ 1º A FUNASA, em até 30 (trinta) dias, promoverá o enquadramento do pessoal de que trata o art. 12 desta Lei na tabela salarial constante do Anexo desta Lei, em classes e níveis com salários iguais aos pagos atualmente, sem aumento de despesa.

§ 2º Aplica-se aos ocupantes dos empregos referidos no *caput* deste artigo a indenização de campo de que trata o art. 16 da Lei nº 8.216, de 13 de agosto de 1991.

§ 3º Caberá à Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão disciplinar o desenvolvimento dos ocupantes dos empregos públicos referidos no *caput* deste artigo na tabela salarial constante do Anexo desta Lei.

Art. 16. Fica vedada a contratação temporária ou terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, na forma da lei aplicável.

Art. 17. Os profissionais que, na data de publicação da Medida Provisória nº 297, de 9 de junho de 2006, exerciam atividades próprias de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, vinculados diretamente aos gestores locais do SUS ou a entidades de administração indireta, não investidos em cargo ou emprego público e não alcançados pelo disposto no parágrafo único do art. 9º desta Lei poderão permanecer no exercício destas atividades, até que seja concluída a realização de processo seletivo público pelo ente federativo, com vistas no cumprimento do disposto nesta Lei.

Art. 18. Os empregos públicos criados no âmbito da FUNASA, conforme disposto no art. 15 desta Lei e preenchidos nos termos desta Lei, serão extintos, quando vagos.

Art. 19. As despesas decorrentes da criação dos empregos públicos a que se refere o art. 15 desta Lei correrão à conta das dotações destinadas à FUNASA, consignadas no Orçamento Geral da União.

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 21. Fica revogada a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.

Congresso Nacional, em 5 de outubro de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

Senador RENAN CALHEIROS  
Presidente da Mesa do Congresso Nacional

#### ANEXO

*[\(Anexo com redação dada pelo Anexo XXIV à Lei nº 13.324, de 29/7/2016\)](#)*

**TABELA SALARIAL DOS EMPREGOS PÚBLICOS DE AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS**

Em R\$

CLASSE	NÍVEL	SALÁRIO - 40 HORAS		
		EFEITOS FINANCEIROS		
		1º de janeiro de 2015	1º de agosto de 2016	1º de janeiro de 2017
ESPECIAL	V	4.046,11	4.287,73	4.513,44
	IV	4.012,07	4.251,66	4.475,46
	III	3.979,22	4.216,85	4.438,82
	II	3.932,36	4.167,19	4.386,55
	I	3.899,97	4.132,86	4.350,42
C	V	3.867,76	4.098,73	4.314,49
	IV	3.836,73	4.065,85	4.279,87
	III	3.805,88	4.033,16	4.245,46
	II	3.775,21	4.000,65	4.211,25
	I	3.732,09	3.954,96	4.163,15
B	V	3.701,85	3.922,91	4.129,41
	IV	3.672,78	3.892,11	4.096,99
	III	3.643,88	3.861,48	4.064,75
	II	3.615,15	3.831,04	4.032,70
	I	3.586,58	3.800,76	4.000,83
A	V	3.547,10	3.758,92	3.956,79
	IV	3.519,94	3.730,14	3.926,49
	III	3.492,94	3.701,53	3.896,37
	II	3.466,10	3.673,08	3.866,43
	I	3.441,27	3.646,77	3.838,74