



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE  
(Modalidade à Distância)**



**PATRICIA ZIANI BENITES**

**A IMPORTÂNCIA DA OFICINA SAÚDE PAIDEIA COMO ESTRATÉGIA DE  
GESTÃO E CO-GESTÃO: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

**Porto Alegre**

**2012**

**Patricia Ziani Benites**

**A IMPORTÂNCIA DA OFICINA SAÚDE PAIDEIA COMO ESTRATÉGIA DE  
GESTÃO E CO-GESTÃO: O RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA**

**Relatório de intervenção para  
obtenção do título de Especialista em  
Gestão em Saúde na Escola de  
Administração da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul.**

**Orientador: Ariston Azevedo**

**Porto Alegre**

**2012**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	04
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	07
2.1 OFICINA SAÚDE PAIDEIA.....	12
2.2 HUMANIZAÇÃO.....	14
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	16
<b>3. DESENVOLVIMENTO</b> .....	18
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO.....	18
3.2 OFICINA SAÚDE PAIDEIA.....	19
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	23
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	24
<b>OBRAS CONSULTADAS</b> .....	27
<b>ANEXOS</b> .....	28
<b>ANEXO A – MODELO FORMULÁRIO PESQUISA</b> .....	29
<b>ANEXO B – MODELO FORMULÁRIO RELATO OFICINA SAÚDE PAIDEIA</b> .....	30
<b>ANEXO C – MODELO FORMULÁRIO AVALIAÇÃO</b> .....	31
<b>ANEXO D – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL</b> .....	32

## INTRODUÇÃO

O aprimoramento da rede de atenção à saúde perpassa pela articulação entre diferentes olhares, percepções e se pauta em políticas públicas reflexas de interesses públicos e privados, aspirando, assim, a efetividade. Nesse sentido, o campo de gestão emerge como o elo dessa articulação, não se configurando como um espaço individual, mas eminentemente coletivo.

O espaço coletivo se configura como um olhar mais amplo, uma vez que necessita estar preocupado com o todo e não somente com o individual. Sendo o todo não a soma de diversas e diferentes partes, mas sim a interlocução, a articulação entre diferentes espaços.

Percebemos que no município de Igrejinha, apesar da estrutura da rede ter diversos dispositivos – Estratégias de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatório de Saúde Mental Coletiva, Agentes Comunitários de Saúde, Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental Coletiva, entre outros, nos últimos anos a concepção de saúde adotada pelos gestores parece ter sido deslocada de uma concepção de promoção e prevenção para a de ausência de doença. Diversos motivos podem estar envolvidos nisto<sup>1</sup>: redução de investimento na saúde, terceirização de prestação de serviços, desmotivação, descomprometimento, descaso de poder público e visão equivocada de que os trabalhadores “dão conta” do trabalho. Aliado a isto, a reunião de coordenação que existia até 2009, deixou de ocorrer, dificultando a comunicação entre os diferentes serviços e colaborando para a fragilização do sistema, uma vez que os serviços cresceram sem que os trabalhadores tivessem o conhecimento de cada estrutura e a relação entre elas.

Pensando na necessidade de reordenamento do sistema de saúde, no sentido de retomar o coletivo na sua mais ampla conceituação, em 2009, o Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental Coletiva (SAISMC) realizou uma pesquisa (ANEXO A) com os funcionários da, então, Secretaria de Saúde e Assistência Social de Igrejinha/RS, com o objetivo de verificar o dia da semana, horário e frequência para a instalação de um grupo onde os trabalhadores pudessem conversar sobre a sua prática, buscando pactuações coletivas em relação ao trabalho, como forma de dar sustentabilidade à implementação do SUS. Do total de 140 distribuídos, 66% retornaram ao SAISMC, o que denuncia a significativa participação e interesse dos trabalhadores. Além da identificação da melhor dia e hora para a realização dos

---

<sup>1</sup> O anexo D apresenta um diagnóstico situacional no qual procuramos explicitar alguns dos possíveis fatores geradores dessa mudança de concepção.

encontros, procurou-se identificar junto aos trabalhadores da área temas relevantes como possíveis propostas de cursos, de onde surgiram os seguintes: emergências psiquiátricas, doenças em geral, medicamentos, redução de danos, cuidados com o cuidador, psicologia aplicada à nutrição, atualização curativa, fármacos, psicologia, psicose; mitos e verdades, convivência no local de trabalho, técnicas de relaxamento, curso de enfermagem, doenças transmissíveis, gestão em saúde, percepção da depressão, perfil de pacientes crônicos, luto, pós-trauma, alimentação, motivação profissional, pacientes em crise, pacientes com alguma síndrome, intervenção breve de grupo, psicoterapia infantil, depressão infantil, distúrbio alimentar, terapias e drogas lícitas.

Apesar das diversas situações ocorridas em 2010 que inviabilizaram a organização de um grupo de trabalho, situações essas que serão detalhadas e exploradas ao longo deste texto, houve um amadurecimento da proposta a partir da pesquisa mencionada acima, o que acabou por ser fundamental para a constituição da Oficina Saúde Paideia, oficina inspirada no trabalho de Campos (2007), importante sanitarista brasileiro que resgatou a concepção grega de *paideia*, e que considera que a gestão e as práticas profissionais tem a capacidade de modificar as pessoas e os padrões dominantes de subjetividade. Para tal autor, o importante processo ocorre através da comunicação, da participação e da busca do amadurecimento conjunto das políticas.

A oficina produziu dois processos importantes de sustentabilidade para a rede. Primeiro, uma pesquisa, ainda em andamento, desenvolvida em parceria com as Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT), através do curso de Psicologia sobre o fluxo dos usuários, uma vez que havíamos constatado que os usuários, mesmo tendo unidades de saúde ou Estratégias de Saúde da Família no seu território, buscavam sempre atendimento da unidade central. A segunda contribuição da oficina foi para a instituição de um projeto de educação permanente, planejado e executado entre os enfermeiros coordenadores das Estratégias de Saúde da Família (ESFs), enfermeira coordenadora geral e psicóloga coordenadora do Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental Coletiva para os agentes comunitários de saúde que haviam ingressado por processo seletivo.

A nomenclatura do trabalho – Oficina Saúde Paideia - além de estar afinada com os três pilares básicos – saúde paideia, humanização e educação permanente – também se propôs a ser um estímulo para a participação dos trabalhadores através da curiosidade para descobrir o significado da mesma. Tem ocorrido de forma contínua e necessita estar sempre em

processo de análise para que, de fato, seja uma estratégia de gestão e co-gestão, uma vez que a gestão necessita, de forma permanente, estar aprimorando estratégias para que o trabalho desenvolvido ou que se pretende realizar no campo da saúde coletiva, tenha sustentabilidade.

O presente texto pretende relatar a experiência de constituição e desenvolvimento da Oficina Saúde Paideia no município de Igrejinha – RS. Bem como, incentivar aos trabalhadores e gestores da saúde a buscarem alternativas criativas para a melhoria da rede de atenção, através da parceria entre todos os atores envolvidos.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Antes de focarmos nos aspectos específicos acerca das oficinas, faz-se necessário explicitarmos os fatores relevantes da constituição política, econômica e administrativa do país. Isto porque é fundamental compreendermos em que base o Sistema Único de Saúde se estruturou e os desdobramentos disto em prol de uma sociedade onde a atenção seja integral, universal e equânime.

A República é recente na história do Brasil (1889) e no século passado várias mudanças ocorreram na estrutura política, econômica e administrativa brasileira. Estas mudanças, como o referido anteriormente, influenciaram significativamente a construção de um sistema de saúde realmente para todos os cidadãos brasileiros. Bem como, fatores externos ao próprio contexto do país (guerras) também tiveram impacto no Brasil.

Baptista (2007) refere que o país passou por uma ditadura militar que durou 21 anos (1964 - 1985), bem como a busca pelo desenvolvimento econômico não se configurou como uma proposta que assegura-se direitos para todos os cidadãos brasileiros. O neoliberalismo desenvolvido nos últimos 20 anos do século passado, no que tange à saúde, conforme Paim e Filho (1998, p. 301):

A “nova ordem mundial” que se instaura na década de oitenta, inspirada no neoliberalismo, provoca uma marcante fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Particularmente, nos países de economia capitalista dependente, a opção pelo “estado mínimo” e o corte nos gastos públicos como resposta à chamada “crise fiscal do estado” em muito comprometem o âmbito institucional conhecido como saúde pública.

Concomitante ao processo de redemocratização do Estado, instaurado posterior à ditadura no país, a situação econômica complicada, a qual chegou a um índice mensal de 80%, em 1989, conforme Junior (2009) reforçou o estado mínimo de direito dos cidadãos. Em relação à saúde, o início do século passado foi marcado pelas grandes cruzadas sanitárias, as quais procuravam conter as epidemias; tendo muito mais uma posição de controle sanitário do que de promoção e prevenção da saúde.

Baptista (2007) ao relatar a história das políticas de saúde no país, coloca que a reforma na saúde foi implementada a partir de 1903, através da coordenação de Oswaldo Cruz, que assume a diretoria geral de saúde pública. Sendo que em 1904, há a proposta acerca do código sanitário, o qual segundo a autora foi considerado por alguns “um código de

tortura” (p. 33), devido a rigidez das ações. Existia a polícia sanitária, a qual tinha a tarefa, entre outras, de identificar os doentes e submetê-los ao tratamento. Quando estas não podiam pagar pelos cuidados em fazendas distantes, eram encaminhadas aos hospitais gerais, os matadouros como eram conhecidos na época, onde permaneciam isolados e sem um tratamento específico.

A autora também relata que a partir de 1920, quando a industrialização exigia maior qualidade dos produtos para a importação, havia uma “exportação” de doenças através dos navios. As revoltas populares, os movimentos anarquistas e comunistas possibilitaram a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (Caps) para organizações trabalhistas. Não havia participação do Estado nisto, pois eram a partir das empresas que eram formadas. Somente na Era Vargas, que foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões, voltados aos trabalhadores, sendo o primeiro movimento de proteção social do país.

Na história que prescreve o desenvolvimento da saúde no mundo, Nunes (2012) citou Foucault (1979), importante pensador que analisou o poder e os seus desdobramentos, para a compreensão acerca do significado do capitalismo no campo social. Tal referência de Nunes (2012) refere-se à perspectiva de que o sistema político-econômico que foi se estabelecendo no Brasil no século passado – socializou desde o fim do século XVIII e início de XIX, o corpo enquanto força de produção e de trabalho; sendo que corpo do operário em si somente seria levantado como a expressão de um problema na segunda metade do século XIX, propiciando a emergência da medicina social.

Mesma medicina social, preventivista que foi resgatada, no Brasil, a partir da década de 1970. Isto significa que, enquanto no mundo, diversos movimentos em prol de uma lógica de prevenção já se difundiam, no Brasil, isto só foi se consolidando aproximadamente, um século mais tarde. Época em que o período de expansão da industrialização já vinha ocorrendo e onde direitos foram assegurados aos trabalhadores, sendo que o restante da população ficava a mercê da sorte.

O próprio Ministério da Saúde só foi constituído em 1953, depois de ter inicialmente estar como uma Secretaria de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, através do Decreto 19.402 de 14/11/3 (BRASIL, 1930), a qual foi alterada pela Lei nº 378, de 13/01/1937 (BRASIL, 1937); quando passou a denominar-se Ministério da Educação e Saúde. Enquanto Ministério da Saúde e Educação, tinha em seu art. 2º, a administração das atividades relacionadas à saúde pública e à administração hospitalar.

Tal ministério foi desvinculado da educação em 1953, mantendo a mesma estrutura do anterior Departamento Nacional de Saúde. Em 1967, passou a ser responsável pela formulação e coordenação de uma Política Nacional de Saúde, que até aquele momento não havia se instituído de fato e que somente em anos posteriores se organizou como, de fato, uma política que cuidasse da promoção, prevenção, reabilitação e tratamento da saúde. Nesta constituição, as competências estabelecidas foram: política nacional, atividades médicas e paramédicas, ação preventiva, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos, controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária<sup>2</sup>.

Posterior ao período comentado, várias outras reformulações ocorreram no Ministério da Saúde, sendo que em 1974, época onde o movimento sanitária já estava se articulando, a Secretaria de Saúde e Assistência Médica transformaram-se em Secretaria Nacional de Saúde, buscando dirimir a dicotomia entre saúde pública e assistência médica. Com a Lei 8080/ 1990 – Lei de criação do Sistema Único de Saúde – aos poucos foi adquirindo uma constituição que articule os diferentes níveis de atenção, na busca da melhoria de vida dos cidadãos.

Diante de contexto explicitado em relação à própria organização interna do governo federal, é importante distinguirmos dois termos que pode parecer ter o mesmo significado, mas que são diferentes e que a distinção acerca deles pode demarcar um importante momento para avançarmos e ampliarmos as possibilidades acerca do que constitui a saúde. Mas qual são esses termos? Saúde pública e saúde coletiva.

Para alguns autores, os termos são similares, mas para outros, não. Matumoto, Mishima e Pinto (2001) a partir da análise de outros autores, expressam que a saúde pública é um campo de saberes e práticas demarcado pelas intervenções técnica e política do Estado na assistência, que privilegia a “base técnica” do conhecimento científico, apoiado nas técnicas de investigação empírica, onde mesmo tendo ações para a pessoa ou para um grupo, estas estão relacionadas ao processo saúde doença, muito mais em relação ao biológico do que ao contexto. A saúde pública nasceu, segundo Rosen (1994 apud LUZ, 2009) com a dupla missão de combater e prevenir as doenças coletivas ou individuais, as quais por contágio ou transmissão, ameacem a organização social e a ordem pública.

Definindo saúde coletiva, assim se posicionam Paim e Filho (1998, p 308):

[...] pode-se entender a saúde coletiva como *campo científico*, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas<sup>61</sup>, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde”.

Os autores também referem:

A constituição da saúde coletiva, tendo em conta os seus fecundos diálogos com a saúde pública e com a medicina social, tal como vem se concretizando nas duas últimas décadas, permite uma delimitação compreensivelmente provisória desse campo científico, enquanto campo de conhecimento e âmbito de práticas. Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los. (p. 309)

A saúde coletiva também tem na sua origem na medicina social, a qual segundo Arouca (2003, p.149 apud NUNES, 2012, p.24) era definida:

[...] como o estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura médica, bem como as relações de ambas com o sistema global, visando a transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, dos níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações.”

Então, o contexto da saúde coletiva são as relações, um contexto social, um processo e não um campo estanque, o qual a partir de 1970, passou a tomar mais corpo através da chamada reforma sanitária. A reforma foi um contraponto, um movimento que buscou repensar o contexto da saúde no país a partir da discussão de diversos para uma saúde universal, uma vez que a saúde até então desenvolvida, não se consolidava para todos e as perspectivas da política pública brasileira era excludente.

Tal reforma sanitária trouxe nas suas concepções, a definição da Organização Mundial de Saúde, de 1948, de que Saúde é um completo bem-estar físico, mental e social. Bem como, as preocupações desenvolvidas em outros encontros mundiais, tal como a Declaração de Alma-Ata (URSS, 1978), a qual reforçou tal conceito e chamou a atenção para os cuidados primários, apontando para a promoção e prevenção da saúde. Ou seja, a reforma preconizada no Brasil estava em consonância com as preocupações internacionais, mesmo que a sua construção legal-administrativa tenha sido o produto da VIII Conferência Nacional de Saúde e, conseqüentemente, a promulgação da Constituição, em 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde, em 1990.

Tal conceito ampliado de saúde, então, foi fundamental para que houvesse o reordenamento da saúde e para que as estratégias estivessem voltadas à complexidade desde o nível primário até o terciário, assegurando a promoção, prevenção, reabilitação e tratamento da saúde. Quando não se tem presente esta concepção, as conseqüências para o coletivo são

desastrosas, no que tange que às situações, essas só serão vistas na gravidade, implicando sofrimento para as pessoas necessitadas de atenção, impotência e frustração dos trabalhadores e financiamento insuficiente.

Os níveis citados acima são de importante concepção no reordenamento da atenção à saúde e estão relacionados à capacidade de assistência. A Declaração de Alma-Ata (1978) refere que os cuidados primários são:

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Ou seja, a atenção primária expressa-se como generalista, de baixa complexidade, tendo como foco a promoção da vida e a prevenção de agravos. A atenção secundária, relacionada à média complexidade, é definida pelo Ministério da Saúde (2009) como a composição de diversas ações e serviços que visam atender aos principais problemas de saúde e agravos, os quais necessitam de profissionais especializados e uso de recursos tecnológico de apoio diagnóstico e terapêutico. Em relação à atenção terciária, está vinculada à alta complexidade, demandando assim a necessidade de alto nível tecnológico, buscando a reabilitação e a reincidência de agravos.

Percebe-se que muito se construiu acerca de uma política de saúde que seja universal, equânime e integral e o Decreto nº 7.508/2011, o qual regulamenta o SUS, demonstra claramente os arranjos e a complexidade da atuação no sistema vigente no país. Percebe-se que a partir da descentralização, possibilidades infinitas de articulação e de estratégias de gestão se constroem através de um processo permanente, que não está fechado, mas sim em completo movimento. Processo considerado por Amarante (2007, p. 63):

Quando falamos em processo pensamos em movimento, em algo que caminha e se transforma permanentemente. Neste caminhar vão surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas... Enfim, um processo social complexo se constitui enquanto entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões.

Inserida neste contexto, a Oficina Saúde Paideia se configurou. É fruto do olhar

ampliado acerca do que se deseja e acredita que é possível para a consolidação de um sistema realmente voltado ao coletivo e que potencializa, instiga e fortalece os trabalhadores da rede de atenção à saúde de Igrejinha para que eles possam estar, ativamente, produzindo protagonismo e autonomia nas comunidades.

A Oficina Saúde Paideia está ancorada, teoricamente, em um tripé sistêmico, em constante movimento, a partir da visão de Campos (1998) em relação à saúde paideia; humanização e educação permanente. Esse tripé funciona como uma espiral, transdisciplinar, onde um aporte teórico está completamente interligado ao outro, uma vez que os objetivos são indissociáveis. Tais conceitos serão apresentados no decorrer do trabalho.

## 2.1 SAÚDE PAIDEIA

Campos (1998, p. 864) traz uma importante contribuição ao campo de gestão quando se coloca como desafio desenvolver “ Um sistema de gestão que assegurasse tanto a produção qualificada de saúde, quanto garantisse a própria sobrevivência do Sistema e a realização de seus trabalhadores”. A perspectiva adotada pelo autor realmente se configura como uma proposta ousada, mas ao mesmo tempo necessária, quando pensamos que não há mais espaço para a lógica taylorista e determinista em relação à complexidade das situações de vida. E a proposta, segundo o autor, perpassa assegurar o cumprimento do objetivo primário de cada organização, o qual é produzir saúde, educar e, concomitante, permitir e estimular os trabalhadores ampliar sua capacidade de reflexão, de co-gestão e, como expressa o autor, de realização profissional e pessoal.

E imbuído destes pressupostos, o autor desenvolveu o método paideia ou método da roda. Paideia é uma noção grega e significa a formação integral do ser humano (Campos, 2007). O mesmo autor (2010), apoiado em outros pensadores e resgatando que Cidadania (direitos), democracia participativa (Ágora) e Paideia formariam a tríade capaz de assegurar o bem-estar aos atenienses, no período clássico. Explicitando que o efeito paideia adviria de um trabalho interno, imanente às pessoas e os demais transcenderiam o ser humano, criando um ambiente propício ao desenvolvimento integral. Ou seja, a possibilidade de integralidade de diferentes sentidos e conhecimentos, não restringindo o saber, mas agregando e ampliando. Campos (2007) coloca, inicialmente, que saúde é um campo interdisciplinar, onde não há eliminação do caráter particular de cada profissional, sendo que a co-gestão é o elo articulador

entre todos, através da perspectiva da coletividade, onde todos os saberes são fundamentais ao processo não de forma isolada, mas relacional. Apontando inclusive que “Fazer saúde coletiva com as pessoas e não sobre elas” (p. 26). E isto está completamente implicado desde a constituição do Sistema Único de Saúde, uma vez que as suas diretrizes são: a integralidade, universalidade e equidade.

Indica que há o reconhecimento da importância do agir intersetorial, através do envolvimento de diversos organismos da sociedade civil e do Estado na resolução dos problemas coletivos de saúde. Sendo que o processo específico entre a equipe de saúde e o usuário ocorre através do vínculo. E vínculo se estabelece com o tempo e é essencial para a sustentabilidade do que vai se construindo. Sem isto, o processo não se realiza.

O autor (2007, p. 28 - 29) coloca que o método paideia sugere utilizar-se do vínculo como estímulo para os grupos e organizações a participarem da resolução dos próprios problemas. Explicita que:

[...] E a equipe deve acolher a demanda dos usuários ou das organizações. A Equipe deve apostar em que, apoiados, os usuários conseguirão participar da superação das condições adversas. Senão, tender-se-á a estabelecer-se um padrão paternalista de Vínculo. O Vínculo é confiança e é desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar, sim; mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas.

Campos (1992) expressa quer a noção de vínculo também cumpria dois objetivos, aumentar a eficácia das ações de saúde, já que o vínculo é uma das questões fundamentais para a qualidade da prática clínica e a introdução nos serviços de formas mais efetivas de controle social, uma vez que os próprios interessados, durante o seu processo de cuidado, estariam participando ativamente do processo. Mas como realizar tal processo?

Inicialmente, para pensarmos em equipes que promovam isto nas suas comunidades, precisamos, antes de mais nada, realizarmos o processo internamente, buscando o reforço na rede de trabalhadores. Sendo que o processo ocorre através do dispositivo de roda (método paideia), onde se possibilita um processo de discussão e de tomada de decisão. Neste processo que pode se caracterizar como formal (comissão) ou informal (reunião para trabalhar uma situação) é que circulam os afetos e vínculos são estabelecidos e rompidos constantemente. É um lugar para elaboração de contrato e plano de intervenção.

A partir disto, a gestão é vista através de uma outra perspectiva, bem como assume o processo de co-gestão, o qual possibilita através do explicitado que não ocorra a tomada de decisões de forma vertical, mas sim horizontal, determinando assim, que todos são

importantes para o processo. A co-gestão, segundo Campos (1998, p. 868) “partiria do princípio de que não haveria poder nem dominação absolutos, mas sempre relativos e em relação com outros graus de poder e de dominação”. Explicitando que ninguém tomaria decisões isoladas ou em lugar de outras pessoas.

O princípio da co-gestão também é adotado pela Política Nacional de Humanização (2007, p. 8), a qual reconhece que co-gestão é “[...] modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos...É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores”. E, posteriormente, desenvolver a capacidade de autonomia dos usuários.

## 2.2 HUMANIZAÇÃO

Concomitante ao conceito de co-gestão apresentado anteriormente, outros conceitos fazem parte da humanização e reforçam o dispositivo de roda. A Humanização constitui-se como uma política pública, que foi implantada em 2003 no território nacional e que teve como objetivo primordial, efetivar o SUS. Pasche e Passos (2010) colocam a PNH define a humanização como um modo de fazer inclusão, seja das pessoas e coletivos nos espaços da gestão, cuidado e formação, seja dos analisadores (as perturbações) que tal movimento produz. Colocam que os princípios da Humanização, perpassam a inseparabilidade entre gestão (modos de gerir) e atenção (modos de cuidar), transversalidade e autonomia e protagonismo das pessoas.

Hoepfner (2010, p. 78) aponta que a humanização no Brasil é apontada como Política Nacional, pois se:

Por um lado é uma **política** no sentido de: i) ser uma orientação para as práticas de atenção e gestão do/no SUS e ii) dar diretrizes, respeitando as diversidades e especificidades de cada local;

Por outro é **humanização** porque: i) se propõem a valorizar os diferentes sujeitos que se inserem no processo de produção de saúde, ii) porque aposta na autonomia, potência e saberes desses diferentes sujeitos para a transformação da realidade e iii) porque propõem a inclusão de todos nos processos de mudança. Assim, o sentido de humanização refere-se:

- Estabelecimento de grupalidades, de vínculos solidários e aposta no trabalho coletivo e na formação em redes.
- Mudança dos modelos de atenção e de gestão.
- Aposta na relação existente entre a transformação das práticas e a transformação das relações estabelecidas entre sujeitos e grupos (mudança de atitudes/subjetividades).

Ou seja, a humanização caracterização como uma produção permanente da prática,

através da possibilidade de compartilhamento mútuo de vivências e pensamentos. É um novo olhar acerca da instrumentalização das pessoas frente às situações vividas.

As diretrizes preconizadas na Política Nacional de Humanização<sup>2</sup> relacionam-se:

- \_ ao Acolhimento: criação do vínculo através da escuta
- \_ à Gestão participativa e co-gestão: participação ativa das pessoas
- \_ à Ambiência: criação de espaços saudáveis e acolhedores, onde respeite a privacidade, propiciando no processo de trabalho, sendo ambientes de encontro entre as pessoas;
- \_ à Clínica ampliada e compartilhada: ferramenta teórico- prática que se propõe a considerar a singularidade de cada pessoa e a complexidade do processo saúde - doença;
- \_ à Valorização dos trabalhadores e
- \_ à Garantia dos Direitos dos usuários.

Pashe e Passos (2008) expressaram algumas prioridades existentes em relação à PNH. Dentre elas, destacam-se para o presente trabalho:

- \_ Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes;
- \_ Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- \_ Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- \_ Fomentar conhecimento e desenvolver relações e compartilhamento das práticas de cuidado e de gestão em saúde;
- \_ Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente e
- \_ Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis nos modelos de atenção e de gestão em saúde.

Percebe-se com tais diretrizes e prioridades a abrangência da política e o quando se caracteriza como uma estratégia de gestão, uma vez que contempla diferentes universos em um processo de construção coletiva onde o vínculo, respeito e desenvolvimento de afetos podem contribuir significativamente com a sustentabilidade de qualquer processo, principalmente quando temos a saúde como uma concepção abrangente, multifacetada, complexa e que não começa ou termina em si própria, uma vez que há determinantes sociais

---

2 [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1342](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342)

que contribuem e interferem na sua constituição.

### 2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE

O terceiro pilar do tripé da Oficina Saúde Paideia relaciona-se à educação permanente, a qual é essencial para a sustentabilidade do SUS e fundamenta-se, exatamente, como um processo e não como um algo pontual. A educação permanente se constitui como Política Nacional através da Portaria nº 1996, de 20 de agosto de 2007, a qual explicita que:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Partindo desta premissa, podemos compreender que a lógica de educação se modifica. Transforma-se, pois traz à tona a importância da prática, o que na lógica de educação continuada não ocorre. A educação continuada pressupõe a organização, sistematização teórica, onde há um que ensina e o outro que aprende, como se a aprendizagem ocorresse de forma estanque e desconsidera, muitas vezes os afetos, as relações, os saberes que permeiam o cotidiano dos espaços institucionais.

De acordo com Ceccim (2005, p. 982):

O referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde constitui uma ferramenta potente para a transformação de práticas e isto pode ser feito em curso/ em ato da gestão setorial ou de serviços, mas a definição de educação permanente em saúde da *Política* proposta foi carregado pela noção de prática pedagógica que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde – como central aos processos educativos ao mesmo que o colocava sob problematização, isto é, em auto-análise e autogestão.

O autor expressa inevitavelmente o quanto o processo educacional ocorre na realidade, no cotidiano e não somente enquanto produção teórica. E isto é o que dá o enriquecimento do trabalho. Unir a teoria, utilizando a prática como fundamental para que a teoria tenha a real sustentabilidade. O autor também refere o quadrilátero da educação permanente, o qual se

traduz pela articulação entre a formação, gestão, atenção e participação. E isto se traduz através da estética pedagógica, a qual introduz a experiência e a problematização da intervenção e da invenção de problemas. Considera que tal estética é a condição para o desenvolvimento do que denomina de “[...] uma inteligência proveniente de escutas, de práticas cuidadoras, de conhecimentos engajados e de permeabilidade aos usuários” (2005, p. 984), significando a produção em ato das aprendizagens relativas à intervenção/ interferência da saúde no decorrer da vida individual e coletiva.

### 3. DESENVOLVIMENTO

#### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Igrejinha localiza-se a 82 Km de Porto Alegre, no Vale do Paranhana e Serra, e possui como fronteiras os seguintes municípios: ao norte – Três Coroas, ao sul -Taquara e Parobé; a leste – Taquara; e, a oeste – Santa Maria do Herval e Nova Hartz. É atravessada pelo rio Paranhana, o qual é afluente do rio do Sinos. Está envolvida na reserva da Biosfera da Mata Atlântica e possui várias belezas naturais: cascatas, morro da asa delta, etc.

A região teve como primeiros habitantes os índios, sendo que, em 1824, o primeiro grupo de alemães passou a povoar as terras de São Leopoldo. Com a chegada de novos imigrantes, a colonização se espalhou pelos vales do Sinos, Caí e Taquari. No ano de 1814, foi concedida a Antônio Borges de Almeida Leães uma sesmaria, que compreendia os atuais territórios de Taquara, de Igrejinha e de Três Coroas. Em 1847, Tristão Monteiro (que fundara um ano antes Taquara do Mundo Novo) chegou até a área onde hoje é o município para realizar a demarcação das terras, as quais seriam vendidas aos colonos imigrantes, principalmente provenientes da região europeia de *Hunsrück*. Originalmente, o povoado pertencia a Taquara e, em 1935, o prefeito da cidade, Coronel Theobaldo Fleck, criou o Distrito de Igrejinha, surgindo a partir daí as indústrias que vieram a auxiliar no desenvolvimento comercial. Em 1961, formou-se a comissão emancipatória da cidade, tendo o seu reconhecimento em 1º de junho de 1964, quando o governador, Dr. Ildo Meneghetti, assinou a lei 4733, transformando Igrejinha em município.

Inicialmente, o povoado foi chamado de Santa Maria do Mundo Novo, mas passou a ser chamado de Igrejinha, pois em 1863 os moradores da cidade construíram a primeira Igreja da região, a qual era avistada ao longe pelos tropeiros que passavam pela região. A Igreja Evangélica (a qual foi a única da região até 1962) foi considerada um referencial, por ser um local de descanso e alimento farto para as tropas que caminhavam para a capital.

Em relação à população, segundo o censo IBGE 2010, é de 31.618 habitantes, indicando uma retração populacional frente aos censos anteriores, uma vez que conforme os dados do IBGE (2011), indicava aumento significativo de 1991 a 2009. Sendo que um índice maior de 2000 a 2009, talvez pela instalação de uma grande cervejaria na cidade, que proporcionou diversificação no mercado econômico. Apesar de ainda não termos clareza acerca da retração citada, o dado indica alguma mudança durante o período.

Como o explicitado anteriormente, a economia do município vem se modificando no decorrer dos últimos anos, uma vez que, a partir dos dados de 2009 emitidos pela Secretaria de Desenvolvimento Econômico, o percentual na indústria calçadista e de confecções foi de 77,48%, indicando uma diminuição em relação a 2007 (78,98%); aumento do comércio e varejo que, em 2007, era de 11,42% e, em 2009, passou para 14,10%, e a diminuição significativa na agricultura e serviços, pois, em 2007, era de 11% e passou para 6,92%, em 2009.

O Índice de Desenvolvimento Humano, que leva em consideração elementos como expectativa de vida ao nascer, educação e PIB *per capita*, teve um aumento de 1991 (0,76) para 2000 (0,82). Bem como, houve um aumento relacionado ao PIB *per capita*, que em 2001 era de R\$ 28.731,53 e, em 2008, foi de 42.534,56. A renda *per capita* do município cresceu 28,88% no período de 1991 a 2000. No mesmo período a pobreza diminuiu, passando de 13,9% para 10,7%. Entretanto a desigualdade cresceu: o coeficiente de *Gini*, utilizado para medir a desigualdade social, variou de 0,45, em 1991, para 0,51, em 2000.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Igrejinha é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo seu valor de 0,822. Considerando apenas a educação, o valor do índice é de 0,885, o índice da longevidade é de 0,847 e o de renda é de 0,733. Já o Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) do município é 0,709. O IDESE da educação é de 0,830, o valor do índice para a renda é de 0,708, o valor para saúde é de 0,867 e o de saneamento de domicílios é de 0,430.

A rede de serviços compreende 5 Estratégias de Saúde da Família (com um trabalhador de saúde mental coletiva em cada local), 6 postos de saúde (1 com ambulatório de saúde mental coletiva – referência para os bairros sem ESF), 1 unidade sanitária, 1 Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Hospital local, 20 agentes comunitários de saúde e 1 Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) – o qual possui os Grupos de Proteção e Atenção Integral à Família (Paif) em diferentes territórios e Programa de Erradicação de Trabalho Infantil (PETI). Sendo que a saúde opera no sistema básico.

### 3.2 OFICINAS SAÚDE PAIDEIA

O relato apresentado no trabalho descreve a organização das oficinas, a sistemática e o

trabalho produzido até o momento, uma vez que como o referido anteriormente, constitui-se como uma ferramenta de gestão, a partir do Centro de Estudos e Pesquisas do Serviço de Atenção Integral de Saúde Mental Coletiva (CEP/SAISMC) para o fortalecimento do trabalho.

Inicialmente, haviam sido projetadas quatro oficinas, sendo duas temáticas. Mas a partir da primeira, realizada em 15 de junho, onde compareceram profissionais das ESF e saúde mental, foi-se delineando um outro caminho, onde o desejo de compartilhamento das situações vividas no cotidiano e a necessidade de aprimoramento de estratégias de intervenção na comunidade fomentaram um maior número de encontros. Na época, a partir da parceria existente entre o Centro de Estudos e Pesquisas e a faculdade local, o grupo definiu que a trabalhadora referência da faculdade seria convidada a participar de um encontro extraordinário, uma vez que não estava no cronograma apresentado, para discutirmos aspectos da realidade local. Evidenciando que a co-gestão e a gestão participativa podem produzir processos interessantes para o cotidiano do trabalho vivo.

Desta forma, ao longo de 2011, foram realizadas seis oficinas (duas temáticas: acolhimento e intervenção breve) e a pesquisa, que permanece em execução, e irá fornecer dados importantes sobre fluxo dos usuários na rede. Na oficina final do ano, com a participação de agentes comunitários, profissionais das ESF e da secretaria de saúde, foi compartilhado alguns dados preliminares da mesma, tais como: quantas pessoas já haviam participado da entrevista, prevalência de sexo, bairros de origem, se tinham procurado a Unidade Básica ou Estratégia de Saúde da Família e o motivo de busca do posto central. Tal discussão possibilitou que os participantes expressassem a importância de estarem discutindo situações da vivência e pensando articulações para ir melhorando os fluxos e a atenção na rede.

Apesar da Secretaria de Saúde ter, atualmente, 160 trabalhadores com diferentes formas de contratação, e o número de pessoas que participaram das oficinas foram oscilantes, mas com tendência a aumento, pois na 1ª oficina, tivemos 5 pessoas; na 2ª oficina 9 trabalhadores; na 3ª (temática: acolhimento) - 30; na 4ª oficina 9 pessoas; na 5ª (temática: intervenção breve) - 23 e na 6ª oficina 17 participantes. Se avaliarmos que há uma lógica de irradiação, onde as pessoas que participam do processo, podem desencadear discussões nas equipes de origem, torna-se difícil ponderar, no momento, o impacto disto, mas podemos inferir que, no mínimo, há uma desacomodação dos saberes e práticas. As pessoas que tem

participado, tem demonstrado que o espaço tem sido fundamental para reconhecer uns aos outros, ver o que se está produzindo e, principalmente, sendo um espaço de escuta para as angústias, buscando aprender a lidar com as dificuldades, com as idealizações e frustrações e procurando ter uma ação a partir disto.

A desacomodação dos saberes e a lógica de irradiação resgatando algumas prioridades elencadas por Pashe e Passos (2008) relacionada ao contágio dos trabalhadores e gestores pelas com as ideias e as diretrizes da humanização e fortalecimento das iniciativas existentes, mesmo que naquele momento, não houvesse o reconhecimento de que aquele fazer era humanização, ou método paideia, fortalecido pelo cotidiano. Bem como, com outra prioridade também trazida pelos autores (2008) relacionada ao fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

A pesquisa produzida pelos participantes da oficina demonstra a implicação que pôde ser vivenciada na busca de compreensão e avaliação do fluxo, uma vez que o sistema de trabalho e, conseqüentemente, a atenção está precária como o exposto anteriormente. Sendo assim, avaliar tal fluxo pode contribuir na verificação de alguns dos nós críticos da rede para se pensar coletivamente na lógica de indissociabilidade entre atenção e gestão, bem como as formas de reordenamento dessa rede. Sendo que a produção coletiva da pesquisa significa um dado positivo em relação ao processo citado de desacomodação e de implicação de todos no processo de qualificação da mesma.

A Oficina realizada em 17 de janeiro de 2012, intitulada *Resgatando a nossa História*, caracterizou-se como a etapa de dispersão, e foi proposta a todas as pessoas que participaram em 2011 para conversarmos sobre como percebiam, no momento, o que foi trabalhado em 2011. Contou com a presença de 14 pessoas e foi significativa, pois proporcionou um espaço de retomada, de resgate do que foi produzido a partir do segundo semestre de 2011. Apesar da dificuldade de nomear especificamente o que cada uma pôde desencadear, o que foi vivenciado é que o espaço de discussão fornece embasamento para a prática, bem como serve como um espaço de análise do cotidiano, esvaziamento das dificuldades e compartilhamento de estratégias, bem como de reforço de aspectos fundamentais para a articulação da mesma.

Na presente oficina, a totalidade dos participantes quiseram realizar a avaliação formal, a qual demonstrou os dados:

- \_ 9 participaram em quatro oficinas;
- \_ 12 avaliaram como importante o desenvolvimento das Oficinas;

- \_ 14 referiram que as Oficinas contribuíram para o exercício do trabalho;
- \_ 10 avaliaram a Oficina como proveitosa e 4 como muito proveitosa e
- \_ Os 14 participantes referiram que pretendem continuar participando das Oficinas em 2012.

Tais dados demonstram a importância da estratégia, a qual tem se modificado através das necessidades da rede. Um dado bastante significativo está relacionado ao desejo de todos que estavam presentes em janeiro de continuarem a participar, indicando a estratégia tem demonstrado efetividade quanto ao proposto pelo espaço. Ao final da oficina, foi compartilhada a ideia do desenho da mesma para 2012, o qual se estabelece como uma roda mensal, tendo possíveis quatro temáticas: desenvolvimento humano, “cuidando do cuidador”, terapia comunitária e prevenção ao suicídio. Temas citados pelos trabalhadores ao longo do desenvolvimento das rodas. Os trabalhadores puderam expressar, também, o que pensavam sobre os temas e referiram a necessidade de convidarmos outros atores da rede para participarem da roda, tais como Centro de Referência de Assistência Social e Conselho Tutelar, uma vez que a participação desses órgãos no Projeto de Qualificação Permanente para os Agentes Comunitários de Saúde – 2011 foi salutar para pensar a rede.

Percebe-se que a mesma está no início dos seus trabalhos e devido a isto tem muito o que amadurecer. Só poderemos fazer uma análise mais apurada no final de 2012, onde a Oficina estará com um ano e meio de existência e apesar de ainda ser um período curto, já terá a possibilidade de ter “afetado” positivamente outros profissionais, a pesquisa já terá sido finalizada, com a análise da mesma e possíveis estratégias de intervenção já tiverem sido pensadas, apesar do ano de eleição. Isto porque em ano de pleito existe a incerteza quanto aos rumos do processo. Mas mesmo assim, a tendência é de aprimoramento da rede.

Um dos desafios de 2012 é fomentar a participação de mais atores neste processo, pois se verificou, empiricamente, que muitos trabalhadores da Secretaria não tinham conhecimento das Oficinas, mesmo que tenha sido conversado com os coordenadores diretos e encaminhado ofício acerca do cronograma de trabalho. Bem como, há a necessidade de provocar, no sentido de desencadear, uma cultura de educação permanente, pois somente ela poderá dar um significado para as experiências dos saberes.

A análise realizada teve como base os relatos das oficinas (ANEXO B) e avaliação formal (ANEXO C) dos participantes que estiveram presentes na oficina em janeiro.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Oficina Saúde Paideia tem sido uma aprendizagem para todos os envolvidos, uma vez que tem proposto um momento onde a atenção direta é “suspensa” no sentido de permitir uma parada para conversar, compartilhar, avaliação, propor no coletivo, aprender.... A vivência pôde contribuir com a gestão, para que iniciasse a possibilidade de empoderamento dos trabalhadores, o que desencadeou o projeto de educação permanente para os agentes comunitários de saúde que tinham realizado a seleção para emprego público e que ocorrerá novamente em 2012, ao final da nova seleção pública. Existe a consciência da necessidade de preparação dos trabalhadores, bem como do compartilhamento permanente das ações buscando o aprimoramento técnico e o desenvolvimento de habilidades afetivas.

A partir da análise dos relatos das oficinas percebe-se que as pessoas que participaram sentiram-se acolhidas para expressarem o que sentem e pensam, buscando o compartilhamento e orientação mútua em relação à ação do cotidiano. Assim como, a possibilidade de serem escutadas em relação aos seus anseios sendo, também, um importante espaço para cuidar dos cuidadores, uma vez que tudo o que colocam é importante. Há o reconhecimento que só é possível a realização de um trabalho se todos caminharem na mesma direção, independente das posições contrárias que possam ter, onde o respeito à singularidade e a necessidade de explicitação dos sentimentos, pensamentos e ações contribuem para a melhoria das relações e ações cotidianas.

Pensar a grande contribuição que Campos trouxe através da saúde paideia, demonstra que uma rede só se constitui a partir do momento que as pessoas que dela fazem parte tornam-se vivas e atuantes dentro do processo, saindo da perspectiva de “fazedor” para “produtor” de significados. Nenhuma teoria se constitui de fato se não perpassa pelo significado na prática. E isto só é possível quando podemos enxergar e não ver e escutar ao invés de ouvir; traduzindo as sensações, fortalecendo as relações e buscando no tripé humanização – educação permanente – saúde paideia com que a “roda” de fato gire. E a roda só poderá ter movimento se nela existirem pessoas, confiantes de que são importantes na construção e efetivação de políticas, bem como de produção da vida.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: CORRÊA, Gustavo; MOURA, Ana Lúcia (Orgs.). **Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60

BRASIL, Ministério da Saúde/ Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. 3ª ed. Brasília, 2009, 480 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 29/06/11.

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2ª ed. rev.. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria\\_N\\_1996\\_GMMS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf)>. Acesso em 14.03.12.

BRASIL. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1\\_CNS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1_CNS.pdf)>. Acesso em 18.03.12

BRASIL. **LEI N.º 378, DE 13 DE JANEIRO DE 1937**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L378.pdf>>. Acesso em 18.03.12.

BRASIL. **Decreto nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930** <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930->

[515729-publicacaooriginal-1-pe.html](#)>. Acesso em 18.03.12

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Efeito Paideia e Humanização em Saúde: Cogestão e Não Violência como Postura Existencial e Política. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília, 2010, p.129-142. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizassus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizassus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em 05.03.12. CONFIRMAR

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza . O anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n 4, p. 863-870, out-dez 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n4/0080.pdf>>. Acesso em :14.03.12.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza . Modelos de atenção em Saúde Pública: Um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**. Rio de janeiro, n. 37, p. 16-19, dez/92. Disponível em:<[http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.37++dez.+1992++Os+Caminhos+da+Reforma+Psiquiatrica+brasileira&pesq=&x=41&y=8](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.37++dez.+1992++Os+Caminhos+da+Reforma+Psiquiatrica+brasileira&pesq=&x=41&y=8)>. Acesso em: 17.03.12.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paideia**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2007. 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paideia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Campos; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; JÚNIOR, Marcos Drumond; CARVALHO, Yara Maria de.(Orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 41 – 80.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 975-986, out-dez. 2005. ISSN 1413-8123 Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20113/000507542.pdf?sequence=1>>.

Acesso em 16/12/11.

JUNIOR, Alcides Domingues Leite. **Desenvolvimento e mudanças no estado brasileiro**. Florianópolis: CAPES: UAB, 2009.

LUZ, Madel Therezinha. Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/sau.html>. Acesso em: 19.03.12.

HOEPFNER, Ângela Maria Silva. A Clínica do Sofrimento Ético-Político como uma Proposta de Intervenção na Clínica Ampliada e Compartilhada. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília, 2010, p. 75-92.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana; PINTO, Ione C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan-fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4080.pdf>. Acesso em: 19.03.12.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a15.pdf>. Acesso em: 12.01.11.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: Uma história Recente de um Passado Remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012, p. 19-39.

PAIM, Jairnilson S; FILHO, Naomar de Almeida. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 229-316, jun/ 1998. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101998000400001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001). Acesso em: 16/12/11.

PASCHE, Dário F.; PASSOS, Eduardo. A importância da Humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 92-100, jan-jun. 2008. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/19/82>>. Acesso em: 15.03.12

PASCHE, Dário F.; PASSOS, Eduardo. Cadernos Temáticos PNH: formação em humanização. Brasil. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010. p. 05-12. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaSUS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf)>. Acesso em: 15.03.12

URSS. **Declaração Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br/Coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 20.03.12.

### OBRAS CONSULTADAS

ALBUQUERQUE, Tatiana; BENITES, Patricia; COPES, Maria Cláudia; DIEMER, Sandra; FRANZEN, Marise; QUEIROGA, Marilu. **Tarefa 1 – Disciplina: O Estado e os Problemas Contemporâneos**. Especialização em Gestão da Saúde/EAD. UFRGS: Saporanga, 2011.

BENITES, Patricia Ziani. **Trabalho Final – Disciplina Planejamento Estratégico**. Especialização em Gestão da Saúde/EAD. UFRGS: Saporanga, 2011.

BRASIL. **Do sanitário à municipalização**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=126](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126)>. Acesso em 18.03.12.  
COELHO, Ricardo Corrêa. **O público e o privado na gestão pública**. Florianópolis: CAPES UAB, 2009.

SCHIAR. Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan-abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 03.01.12.

**ANEXOS**

## ANEXO A – MODELO FORMULÁRIO PESQUISA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
 PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA  
 Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social  
 Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental

SAÚDE  
 VOCÊ TEM!

Posto: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Prezado(a) colega, tendo em vista a organização dos grupos de educação permanente em saúde mental coletiva, pedimos a colaboração na realização dessa pesquisa; pois a partir dela planejaremos os grupos para o ano de 2010. Grata pela colaboração.

Patrícia Ziani Benites – CRP 07/08166

Coordenadora Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental Coletiva

Marque com “X” a opção escolhida.

Dia da Semana: Terça-feira ( )

Quarta-feira ( )

Quinta-feira ( )

Horário : 10:00h às 11:30h ( )

15:30 às 17:00h ( )

19:00h

às 20:30h ( )

Frequência: Mensal ( ) Bimestral ( )

Sugestão de Cursos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observação: Favor retornar a pesquisa para o SAISM até 18 de dezembro, das 07:00h até às 13:00h. Rua Independência, nº 489, Centro. Fone: 3545 6255.

**ANEXO B – MODELO FORMULÁRIO RELATO OFICINA SAÚDE PAIDEIA**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA**

**Secretaria Municipal de Saúde**

**Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental Coletiva**

**Centro de Estudos e Pesquisas**

SAÚDE  
VOCÊ TEM!

**OFICINA SAÚDE PAIDEIA**

DATA:

## ANEXO C – MODELO FORMULÁRIO AVALIAÇÃO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental Coletiva**  
**Centro de Estudos e Pesquisas**

SAÚDE  
VOCÊ TEM!

### AVALIAÇÃO OFICINA SAÚDE PAIDEIA

#### Consentimento Informado

A presente avaliação tem como objetivo avaliar o processo das oficinas saúde paideia desenvolvidas em 2011, bem como auxiliar no Relato de Intervenção – Trabalho de Conclusão - do Curso de Especialização em Gestão da Saúde – EAD – da Escola de Administração, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A sua participação é voluntária e os dados serão sigilosos e será mantido o seu anonimato.

1. De quantas oficinas saúde paideia participaste em 2011? \_\_\_\_\_
2. Achaste importante o que foi desenvolvido nas oficinas saúde paideia?  
 Sim  Às vezes  Não
3. As oficinas saúde paideia contribuíram para o exercício do trabalho:  
 Sim  Às vezes  Não
4. Em relação às oficinas que participaste em 2011, achas que as oficinas foram:  
 Muito proveitosas  Proveitosas  Indiferente  
 Pouco proveitosas  Não proveitosas
5. Pretendes continuar participando das oficinas saúde paideia em 2012?  
 Sim  Não

Data:

## ANEXO D – DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

LOCAL: Prefeitura Municipal de Igrejinha

PROBLEMAS: Quadro de profissionais deficitário nos serviços ( número e qualificação) de atenção primária

ATORES ENVOLVIDOS: Prefeitura, Secretaria de Saúde e Administração

### FLUXOGRAMA SITUACIONAL

