

**INTERVENÇÃO “PAIDÉIA” COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIA DE
EDUCAÇÃO PERMANENTE E APOIO INSTITUCIONAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**
PAULA G. FURLAN

Introdução

Este trabalho discute, a partir de uma experiência grupal com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o contexto das políticas públicas sociais, frente ao desenvolvimento sócio-econômico das comunidades, principalmente como o fator “pobreza” atravessa as demandas de saúde, emergindo a necessidade de um olhar ampliado sobre essas e a interlocução com as políticas de saúde no Brasil.

Para isso, relata e traz considerações sobre o projeto de Intervenção PAIDÉIA realizado com ACS inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF) do Município de Itatiba, interior do Estado de São Paulo, e as conseqüentes implicações do trabalho em saúde, o que aponta para a necessidade de educação permanente dos trabalhadores para lidar com as questões do território e subjetividade e de ampliação do olhar sobre as demandas sócio-comunitárias. Busca priorizar a discussão sobre a relação dos ACS, figuras de destaque na proposta de atenção à saúde regionalizada e territorializada, apontando questionamentos.

O Projeto com os ACS

No momento de realização do projeto, o referido Município contava com cerca de 100 mil habitantes e 7 unidades de PSF, todos com a equipe mínima exigida (1 médico generalista, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 5 agente comunitários de saúde).

O projeto foi desenvolvido durante a Oferta de Apoio Matricial, em 2005, a duas equipes do PSF, que compõem uma Unidade de Saúde da Família, por profissional inserido no Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Coletiva da UNICAMP, especificamente relacionado à saúde mental. Num contexto em que a coordenação de ambas equipes queixavam-se da desmotivação dos ACS no trabalho, principalmente na baixa qualidade e quantidade das visitas domiciliares, o que era atribuído à má disposição e desconhecimento das atribuições do ACS por parte desses próprios funcionários.

A intervenção visou discutir a atuação cotidiana dos e com os ACS, buscando apreender o significado do trabalho em saúde e em equipe multi/ interdisciplinar,

proporcionando-lhes oportunidade de reflexão e trocas a respeito das ações desenvolvidas. Além disso, priorizou-se discutir questões específicas do contexto sócio-cultural do território em que está inserido o PSF em questão - pobreza, violência e saúde mental - e como esses temas influenciam no processo de trabalho e na subjetividade da equipe. Para isso, o projeto seguiu a metodologia de Apoio Institucional/ PAIDÉIA que procura pensar possibilidades, potências e limites da intervenção em Coletivos e Sujeitos, apostando em um devir, no protagonismo e na produção de graus maiores de autonomia dos Sujeitos na mobilização de recursos (conhecimento, tecnologia, pessoas) para atingir um resultado e promover saúde (CAMPOS, 2000; 2003).

Foram realizados 17 encontros grupais no total, ao longo do ano de 2005, semanalmente e com duração de duas horas cada, com a participação de 10 ACS.

No primeiro semestre, foram realizados 8 encontros, com foco em temáticas como: trabalho em equipe e em saúde, demandas sócio-comunitárias, visitas domiciliares, atribuições dos ACS, saúde/ doença mental, preconceitos e estigmas. Para isso, foram utilizadas diversas atividades como elaboração e representação de histórias, colagem com revistas, discussão de textos, brincadeiras e vivências.

Já no segundo semestre, foram realizados 9 encontros no intuito de focalizar a questão do contexto sócio-econômica-cultural do território em que está inserida a Unidade de Saúde, com discussão dos temas violência, drogas e saúde/ doença mental, e como esses temas influenciam no processo de trabalho e no relacionamento em equipe, abordando questões da subjetividade do trabalhador – o ACS – e trabalho cotidiano. Para isso, foram utilizadas e desenvolvidas atividades como: desenho, discussão de casos do território, discussão de ações cotidianas da equipe e dos ACS, recorte de revista, leitura de textos, exposição teórica.

A escolha pela forma de funcionar os encontros – grupo e utilização de atividades – está relacionada com o entendimento de que as atividades são instrumental de intervenção, enquanto elemento meio, que visam como fim a produção de autonomia e construção conjunta de projetos de vida (BARROS, GHIRARDI, LOPES, 2002). Interação dialógica, ao nível da ação, do homem com sua historicidade, nutrido pela dimensão sócio-política, temporal e cultural enquanto instrumento para a emancipação e cidadania (BARROS, GHIRARDI, LOPES, 2002). O recurso grupal é utilizado enquanto elemento constante para efetivação desse trabalho. Como contribuiu Pichon-Rivière (1975) com o conceito de Grupo Operativo,

que seria todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de espaço e tempo e articuladas por mútua representação interna, que se propõe explícita ou implicitamente uma tarefa, que constitui a sua finalidade; visa desenvolver a capacidade de pensar e resolver dialeticamente situações conflitivas. Benevides (1997) aponta os grupos enquanto dispositivos, comportando relações de força e produzindo subjetividades.

Considerações sobre o Apoio Matricial, concepção de Clínica Ampliada e do contexto da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde no território

O Apoio Matricial, como um arranjo da gestão dos serviços (CAMPOS, 2003; ONOCKO CAMPOS, 2003; FIGUEIREDO, 2005), consiste em suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações da saúde mental são ofertados aos demais profissionais de saúde de uma equipe. É um encontro para troca de saberes, invenções, experimentações que auxiliem a equipe a ampliar sua clínica e lidar com a subjetividade dos usuários e da própria equipe (FIGUEIREDO, 2005).

A Clínica Ampliada (CAMPOS, 2003) propõe que a doença seja colocada entre parênteses (sem Doença Total) (BASAGLIA, 1985; AMARANTE, 1996), ressaltando o Sujeito e sua reprodução social (cidadania ativa e protagonismo social) (BASAGLIA, 1985). A singularidade do indivíduo, dentro de um contexto social específico: união do saber seguro das estruturas técnicas à imprevisibilidade do cotidiano, a singularidade do Sujeito e contexto, reconhecendo o limite de qualquer saber estruturado. Considera-se que contextos sócio-econômicos específicos, como interesses econômicos e de poder, determinam uma potencialidade reduzida para resolver problemas de saúde, impossibilitando uma prática efetiva; geralmente baseia-se no trabalho 'queixa-conduta' e resulta em políticas de saúde inadequadas, alienação do trabalhador, controle social (CAMPOS, 2003). A Clínica Ampliada propõe uma Clínica do Sujeito com eixo na construção de Vínculo e responsabilização, reconhecendo a existência de fluxo de afetos (transferência) nas relações usuário-trabalhador e trabalhador-trabalhador (CAMPOS, 2003; ONOCKO CAMPOS, 2005).

Dessa maneira, o Apoio Matricial no PSF contribui para aumentar a capacidade resolutiva da equipe local, superar a lógica dos encaminhamentos e desresponsabilização em saúde. Com isso, espera-se evitar práticas que levem à medicalização do sofrimento humano,

promovendo equidade e acesso e garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades, potencialidades e singularidades de cada usuário (FIGUEIREDO, 2005).

Conforme documentos do Ministério da Saúde, o PSF tem como objetivo a reorganização da prática assistencial, com atenção centrada na família, a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 2006). Mendes (1996) e Sousa (2001a) consideram que o PSF é mais que um programa: é uma estratégia de alteração da lógica de prestação à assistência (prática médica flexneriana) na constituição de um novo modelo de atenção à saúde e provocação de transformações internas do sistema.

Através do ACS, uma pessoa capacitada da própria comunidade e integrada à equipe de saúde local, o vínculo comunidade-serviços seria formado e ampliado, a demanda real advinda da comunidade seria detectada e seria melhorada a capacidade da população cuidar da sua própria saúde e resolver seus próprios problemas, em um processo de educação mútua entre a população e os ACS (SOUSA, 2001).

Dado o trabalho do ACS desenvolver-se em determinado território circunscrito, encontra-se as mais adversas demandas de saúde e condições sócio-econômicas. Território entendido como espaço de identidades, trajetórias pessoais, coletivos organizados, movimentos sociais, ação deliberada das pessoas e atuação protagonista (CAMPOS, 2005). Assim, considerando o caráter social das doenças (NUNES, 2000), vê-se que o trabalho dos ACS no território permite transformar e problematizar a realidade aparente do cotidiano das condições de vida das pessoas, compreender na sua complexidade, na essência; é transformar a “paisagem em problema” (MENDES, 1996).

Diante essas considerações, pode-se fazer alguns questionamentos: sendo o ACS responsável por ações de educação, promoção e prevenção em saúde, entre outras, como possibilitar que realmente ele transforme a paisagem em problema e estranhe o que vê no contato cotidiano com a comunidade? Temos o “agravante” que o ACS também faz parte dessa paisagem, pois vive no contexto em que trabalha, vivencia as questões do território como trabalhador e morador. Oury (1991) fala da necessidade de se estar advertido para poder extrair do campo cotidiano coisas essenciais e perceber nuances de ambiência; vemos que além da técnica, é preciso estar sensibilizado para uma determinada demanda num serviço de saúde, ou seja, como o profissional vai captar o que chega, como vai traduzir e perceber como

uma necessidade social. Assim, como sensibilizar o ACS para certas demandas e dificuldades que muitas vezes a própria família vivencia? Como adverti-lo? Qual capacitação é oferecida para tal? Como o funcionamento da equipe e do território poderia ajudar nesse sentido?

Fala-se aqui da realidade do funcionamento do PSF no contemporâneo, muitas vezes inserido em regiões de miserabilidade e violência. Onocko Campos (2005) fala da singularidade e intensidade da vida nesses contextos; o contato com tal realidade coloca em xeque o conhecimento científico e técnico. Tais contextos sócioeconômicos, a situação de pobreza mostra que as questões sociais atravessam os encaminhamentos clínicos que são designados a um serviço de saúde. Como lidar com tal realidade que muitas vezes limita o grau de intervenção? Vemos que as políticas públicas garantem um tal modelo de funcionamento do PSF que passa, poderíamos dizer, perto do ideal. No contexto macro da política do PSF, como já dito, o programa é considerado como uma estratégia por alguns teóricos, porém o que vemos realmente acontecer é ser imposto como uma norma, visto, por exemplo, os incentivos financeiros do Piso de Atenção Básica e ser único modelo ofertado e recomendado de atenção à saúde primária pelo governo federal. Porém, mesmo assim, com os princípios de regionalização e descentralização da gestão no SUS, os municípios têm autonomia de implantar ou não, diante o contexto em que se encontra. Assim, como garantir e oferecer condições para que esse ideal seja implementado no contexto real de vida das populações? A Saúde Pública e Coletiva encontra-se num dilema pois falta arcabouço conceitual ou categorial para apoiar os trabalhadores nesse percurso. Transformar realmente o PSF numa estratégia e não numa norma que deve ser implementada a quaisquer custo e condições. Estratégia no sentido do que nos traz o Dicionário Aurélio: “2. *Arte de aplicar os meios disponíveis ou explorar condições favoráveis com vista a objetivos específicos*” (2000). Por exemplo, tomando o caso específico dos ACS, quais são os espaços possíveis para ele discutir e refletir sobre as situações vivenciadas? Qual o apoio e conhecimento para as ações desenvolvidas por ele num ambiente tão complexo? Cabe a nós multiplicar os oferecimentos na relação equipes-população (ONOCKO CAMPOS, 2005).

Aqui também consideramos que em toda relação há um fluxo de afetos, uma relação transferencial. Num serviço como o PSF, exige-se que os profissionais coloquem-se em contato com as famílias e os indivíduos, que conheçam cada singularidade de cada caso acompanhado do território. Que acompanhe as pessoas ao decorrer da vida, com o modelo de

serviço e equipe de referência, justamente priorizando a formação de vínculo profissional-indivíduo. Isso exige certo grau de disponibilidade e certo modo de funcionamento do serviço que considere e possibilite que a questão transferencial seja discutida e colocada em análise. Criação de Espaços Coletivos (CAMPOS, 2005) que viabilizem falar sobre isso. No caso específico dos ACS, como o já dito do “duplo-papel” exercido por eles – morador-trabalhador – é interessante questionar quais espaços possíveis de ser considerado o que vivenciam com a comunidade, como lidam com a subjetividade produzida nessa relação e como se utilizam dos recursos e instrumentos existentes (ou não-existentes!) e função profissional no serviço de saúde. Considerando o ACS um intelectual orgânico, no sentido gramsciano, como sustentar que ele permaneça uma figura da comunidade no serviço (e não o contrário!) e oferecer dispositivos para desempenhar seu papel, em certo sentido, de representante dessa mesma comunidade cotidianamente no serviço, responsável pelo desenvolvimento das ações de saúde no território?

O concreto: discussões a partir do olhar dos ACS e o grupo como espaço e tempo

No decorrer do processo com os ACS, eles discutiram, principalmente, as dificuldades que surgem nas visitas domiciliares, em razão do despreparo e sentimento de impotência em responder às demandas populacionais, essas, muitas vezes, relacionadas às questões sócio-econômicas. Aqui pode-se retomar a questão de quais são os recursos oferecidos para que o ACS desenvolva seu trabalho: nota-se que quando há falta desses recursos o sentimento de impotência frente à complexidade das demandas da comunidade no cotidiano do serviço de saúde reflete diretamente na atuação com as famílias, com preconceitos e discriminação social; são os “bêbados”, os “drogados”, os “pinel”, as “vagabundas”, os “poliqueixosos”, entre outras denominações que ultrapassam o Sujeito a ser cuidado como tal e obscurecem sua existência. Denominações que puramente demonstram a falta de espaços e cuidado adequado ao que existe nas relações; questionar de onde vem o preconceito, por quê, o que mexe com o que há de mais interno no trabalhador, em real contato com a população, com os sentimentos, com o estar no mundo e nas relações.

Outra dificuldade relatada pelos ACS diz respeito à difícil tarefa em delimitar o que é/não é atribuição deles. Fica dito que devem ser realizadas as visitas domiciliares e

acompanhamento das famílias, mas muitas vezes não sabem o que fazer além de preencher os protocolos necessários. Por exemplo, qual o sentido de perguntar em toda visita mensal se a mulher fez o exame preventivo de câncer de colo de útero? Porque verificar sempre o quintal de uma casa à procura de dengue se sempre foi uma casa exemplar nesse tipo de cuidado? Porque sempre ver a carteira de vacinação das crianças se já no mês anterior verificou que estava tudo em dia? Nesses aspectos, as visitas domiciliares poderiam ser potencializadas e não se tornar um transtorno para a família que recebe todo mês, as mesmas perguntas e que, muitas vezes, não vê fundamento. Esse também é um ponto que os ACS relatam desmotivá-los, que o sentido do trabalho se perde para eles e a população não entende o porquê daquelas perguntas. Nesse âmbito, CAMPOS (2005) ressalta que o trabalho deve ser visto como meio para atingir necessidades sociais, mas também como espaço para manifestação de desejo e interesses pessoais. Como possibilitar que o ACS desenvolva sua Obra, aproprie-se do que tem como papel e possa transmitir aos usuários?

O que vemos acontecer comumente no PSF é que qualquer “nó” no processo de trabalho é atribuído ao ACS, figura mais “fraca” na hierarquia de profissionais, sem capacitação, geralmente antes desempregados e de classe baixa, porém “bode expiatório” de todo o processo e questões que são difíceis de serem tocadas.

O trabalho em equipe é valorizado por parte dos ACS, que vê com a ajuda dos outros profissionais certo auxílio para realização do seu trabalho. Porém, o que percebe-se é que os outros profissionais entram em ação para resolver o “problema” encontrado pelo ACS, sendo esse muito mais um “encaminhador” das demandas espontâneas. Nesse sentido é que tratamos da necessidade de sensibilização dos ACS para demandas que não chegam à Unidade de Saúde, como por exemplo, uma violência doméstica, e mais, a potencialização dessa figura para além do encaminhamento. Que ele próprio possa agir com o conhecimento que possui ou adquirido através de uma capacitação ou educação permanente. O ACS potencializado em sua função de educação popular da comunidade (FREIRE, 2003) em que está, aproveitar-se no bom sentido do termo, da posição favorável de acesso ao conhecimento em que se encontra no território em que vive, bem como, principalmente, de transmissão do conhecimento popular àquela equipe que possui na maior parte outros valores e costumes, para maior resolutividade das ações desenvolvidas e superação do fosso cultural (VASCONCELOS, 2002) entre equipe-população.

O grupo, como um dispositivo de gestão (ONOCKO CAMPOS, 2003), proporcionou espaço e tempo com os ACS para reflexão e intervenção no modo de produzir saúde, ressaltando a historicidade, valores e subjetividades da comunidade e dos ACS. Espaço que viabilizou o processamento daquilo que chega até eles com certo grau de análise e implicação maior com aquilo que produzem. Considera-se que os ACS aumentaram o grau de percepção e clareza acerca das questões institucionais cotidianas envolvidas na equipe, apropriando-se do espaço e papel exercido, posicionando-se perante a mesma. Isso apareceu no contexto grupal de forma encadeada e gradativamente “à consciência”, o que implicou reflexões, questionamentos e mudanças na forma de intervenção e trabalho em saúde de toda a equipe, como, por exemplo, criação de novos grupos de atendimentos clínicos, mudança na recepção de usuários, compromisso da gerência em resolução de conflitos na equipe, comprometimento e maior grau de responsabilização da equipe pelos casos considerados mais “difíceis”. Cabe ressaltar que, os ACS tendo esse espaço de discussão e análise, puderam questionar e provocar algo na equipe. Isso de certa forma “chocou” o modo de trabalho, fazendo com que, conseqüentemente, a equipe passasse a questionar o seu funcionamento, gerando conflitos entre os trabalhadores, que, por sua vez, não tinham esse espaço de trazer para discussão, análise e consciência o processo de trabalho, mas que de certa forma se implicaram em mexer em algo que passou a incomodar. Pode-se dizer, no sentido que se refere Kaës (1991), houve desestabilização do instituído. Sartre (1963) já apontava a possibilidade da construção de *grupos sujeitos* que seriam agrupamentos aptos a lidar com determinações e condicionamentos estruturais e valores hegemônicos de forma mais livre; e assim, considerando as limitações do contexto, criar-se-iam situações mais justas e democráticas. Como diz o poeta Leminsky: “*o problema das nossas soluções*”.

Outra questão notada com os ACS, foi que sensibilizaram-se a outros fatores envolvidos no processo de adoecimento, considerando e entendendo questões sociais como parte da representação de estar ou não saudável, bem como implicando-se com situações e questões antes não colocadas em Roda, como a saúde mental, a drogadicção, risco e vulnerabilidade social. Isso fez com que ampliassem seu campo de ação, com maior grau de flexibilidade e criatividade perante esses fatores, refletindo na atuação cotidiana, trabalho e papel exercido pelo ACS na comunidade em questão, com análise das possibilidades e limites de tal atuação.

Uma das questões pontuadas na ampliação do campo dos ACS foi a potencialização e viabilização do trabalho em rede no território. Quando tiramos o foco da doença e passamos a olhar a saúde, sua promoção, o Sujeito enquanto tal, podemos considerá-lo num campo social, de relações. A atuação dos serviços estaria também pautada pela criação e/ou fortalecimento de *redes sociais de suporte*, na concepção de Castel (1995, 1999), no âmbito individual e coletivo, a partir do contexto micro e macrossocial que o sujeito está envolvido, com o objetivo de que essas venham a se traduzir em uma maior sustentabilidade autônoma do sujeito na complexa estrutura social em que está inserido (BARROS, GHIRARDI, LOPES, 2002). Castel (1995, 1999) compreende as redes sociais e pessoais de suporte como elementos fundamentais na definição de maior ou menor vulnerabilidade daquele que tem uma integração precária ao mundo do trabalho e das relações. A intervenção na base do processo que produz essas situações: contra a exclusão social, decorrente do modo de produção da sociedade capitalista (CASTEL, 1999).

Nesse contexto, o ACS como interlocutor no território, ponte e trânsito entre os serviços existentes, como Centros Comunitários, escolas, ONG's, ou mesmo na criação desses como o caso dos Conselhos de Saúde. Circulando, com olhar ampliado sobre a saúde, em um Campo interdisciplinar com interface com diversos Núcleos e diferentes atores na composição de uma rede de intervenção.

Redes X Políticas Públicas (?)

Para finalizar, essa discussão sobre as redes chama-nos a pensar a respeito do relativo avanço que as políticas públicas de saúde tiveram frente à outras políticas sociais. O Movimento da Reforma Sanitária ganha forças com o movimento e luta pela democratização do Estado brasileiro, nos anos 80, tendo o auge na aprovação da Constituição de 1988 e na implantação do SUS em 1990. Porém, vê-se que com a conquista da cidadania, a Saúde Pública foi onde mais se avançou, como exemplo, o caso da educação, que também é direito de todos e dever do Estado, mas não se amarraram estratégias políticas de implementação e gestão até os dias atuais (SANTOS, 2005). Com o avanço do modelo neoliberal de desenvolvimento, o enxugamento dos gastos nas áreas sociais foi agravando-se, e pregado o desmanche das funções público-estatal e pública da sociedade civil, prejudicando o SUS e

outros setores e políticas sociais (SANTOS, 2005). Assim, a Política Social parece conferir prioridade a ações de curto prazo, iniciativas pontuais e “institucionalidade rarefeita” (VIANNA, 2005), para aliviar situação imediata de pobreza; em detrimento de estratégias que realmente ataquem e erradiquem a pobreza, e da consolidação de instrumentos constitucionais disponíveis/ existentes. Assim, a política deixa de ser entendida como um sistema e passa a ser entendida sob a forma de programas (VIANNA, 2005), principalmente no campo da assistência, como por exemplo a ausência de políticas específicas para moradores de rua.

Isso emperra quando pensamos na formação e trabalho em rede, na ampliação do olhar sobre a saúde, pois se não temos o respaldo de formação de um território possível de trânsito por esses diversos caminhos, fica sinuoso ampliar ações e olhares. As ações de promoção da saúde exigem maior integração da rede em geral, bem como a existência de políticas e serviços para integrarem essa rede, para que as ações não centrem-se só na clínica médica curativa. Um clássico exemplo da saúde mental, refere-se ao cuidado medicamentoso e psiquiatrização do sofrimento psíquico do Sujeito, visto a ausência de ações e interlocução com o social, político, cultural, como investimento em espaços de convivência e cidadania.

Como nos alerta Santos (2005), temos de trabalhar na luta política, na participação da sociedade civil e fabricar estratégias onde a integralidade e a equidade são um caminho para a universalidade, e não o inverso. Isso ajudaria a pensar os limites reais e possibilidades de atuação de uma equipe de saúde perante a complexidade do contemporâneo. O ACS insere-se nesse contexto e pode ser sensibilizado a problematizar a paisagem encontrada.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. RJ: Fiocruz, 1996.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v. 13, n. 2. p.95-103, 2002.

BASAGLIA, F. et al. **A instituição negada**. RJ: Graal, 1985.

BENEVIDES, R. B. Dispositivos em ação: o grupo. In: LANCETTI, A. **SaudeLoucura 6**. SP: Hucitec, 1997. p.183-191.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 fev 2006.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor e o método Paidéia: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional.** Tese (livre-docência). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Campinas, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** SP: Hucitec, 2003.

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

CASTEL, R. Da Indigência à Exclusão, a desfiliação – precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura 4.** SP: Hucitec, 1995. p.21-48.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário.** 2ª.ed. Petrópolis: Vozes; 1999.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde mental e apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP).** Dissertação (qualificação mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Campinas, 2005.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade.** 27ªed. RJ: Paz e Terra, 2003.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura.** 8ªed. RJ: Civilização Brasileira, 1991.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R.; VIDAL, J.P. (orgs.). **A instituição e as instituições.** SP: Casa do Psicólogo, p. 1-39, trad. Joaquim Pereira Neto, 1991. p. 1-39.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

NUNES, E.D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A.M. **Ciências sociais e saúde para o ensino médico.** SP: FAPESP/ Hucitec, 2000. p. 217-229.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** SP: Hucitec, 2003. p. 122-149.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 573-583, 2005.

PICHON-RIVIÈRE, E. **El processo grupal.** Buenos Aires: Nueva Visión, 1975.

SANTOS, N.R. Trajetória da efetivação do SUS: impasses e tendências da gestão pública. In: PESSOTO, U.; CASTRO, I.; KAYANO, J.; JUNQUEIRA, V.; ROCHA, J.; BOARETTO, R.; CORTIZO, C. (orgs.). **O público e o privado na saúde.** SP: Hucitec, 2005. p. 101-110.

SARTRE, J.P. **Crítica de la razón dialéctica.** Buenos Aires: Ed. Losada, 1963.

SOUSA, M.F. **Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo**. SP: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica. In: GONSALVES, E. P. (org.). **Educação e grupos populares**: temas recorrentes. SP: Editora Alínea, 2002. p. 99-116.

VIANNA, M.W. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, A.L.; ELIAS, P.E.; IBÁÑEZ, N. (orgs.). **Proteção social: dilemas e desafios**. SP: Hucitec, 2005. p. 89-122.