

PARTICIPAÇÃO E SERVIÇO SOCIAL: EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE EM SOBRAL/CE¹

*PARTICIPATION AND SOCIAL WORK: EXPERIENCE TRAINING COUNCIL OF
LOCAL HEALTH SOBRAL/ CE*

Roberta Menezes Sousa²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo a reflexão e análise da experiência de intervenção do Serviço Social durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), no processo de formação de um Conselho Local de Desenvolvimento Social e de Saúde (CLDSS) para a formação do Conselho Local no território do Centro de Saúde da Família do Bairro Alto da Brasília. O Serviço Social realizou uma capacitação com (as) usuários (as) e profissionais de saúde para exercerem a função de conselheiros (as), objetivando estimular a comunidade para o efetivo exercício da democracia e participação social na saúde, através das discussões sobre a situação local de saúde, a organização política da comunidade e a abordagem de temas referentes à saúde. Por fim, destacamos a contribuição do trabalho do assistente social na organização e no fortalecimento das instâncias participativas e de controle social na saúde e os desafios postos para o exercício profissional no âmbito deste espaço sócio ocupacional.

PALAVRAS-CHAVE: Participação. Saúde. Residência. Serviço Social

ABSTRACT

This article aims to reflection and analysis of the experience of Social Services intervention during Multidisciplinary Residency in Family (RMSF) Health in the process of formation of a Local Board of Health and Social Development (CLDSS) for the formation of the Local Council in the territory of the Center for Family Health Bairro Alto from Brasília. The Social Work conducted a training with users and health professionals to play the role of counselors, aiming to stimulate the community for the effective exercise of democracy and social participation in health, through discussions about the local health situation, the political organization of the community and the discussion of topics related to health. Finally, we highlight the contribution of the work of the social worker in the organization and strengthening of participatory committees and social control in health and the challenges posed to professional practice within this occupational social space.

KEYWORDS: Participation. Health. Housing. Social Work.

¹ Este artigo está apoiado no trabalho de conclusão de curso, de mesmo título, da Especialização em Serviço Social, Trabalho e Ética Profissional da Universidade Estadual do Ceará.

² Mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social (PPGSS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail roberta_menezes@hotmail.com. Telefone 85 97465042.

INTRODUÇÃO

O tema da participação social pressupõe que seja analisado no contexto histórico do estado brasileiro desde as lutas pela sua redemocratização. Assim, destacaremos os anos de 1970 e 80, como marco do ressurgimento da sociedade civil³, tendo grande expressão de suas conquistas a Nova Constituição Federal de 1988, que define a participação social comunitária como fundamental para a efetivação do Estado Democrático, através das organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis, conforme o artigo 204.

A década de 1980 representou uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde. A realização da VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, a primeira aberta à participação popular, marcou o reencontro do governo, movimento sanitário e movimentos populares e significou um avanço para o Projeto de Reforma Sanitária brasileira. Definiu o conceito amplo de saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde”, produto “das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (PUSTAI, 2004, p. 71).

A nova concepção de saúde destaca o papel dos determinantes sociais na estruturação do processo saúde-doença, no reconhecimento da influência dos fatores socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais sobre as condições de vida e de saúde

³ As conceituações sobre a Sociedade Civil remontam ao início da modernidade, com significados distintos do ponto de vista das posições teóricas, contextos históricos e formas de autoridade política. Atribui-se a Aristóteles a origem do respectivo termo, como uma comunidade “possuidora de um ethos compartilhado pelos membros que a constituíam” (GOHN, 2008, p. 62). Na concepção liberal, sociedade civil era sinônimo de Estado. Em Hobbes (1588-1679) e Locke (1632-1704), a sociedade civil está em oposição ao estado natural da humanidade, e surge a partir de um contrato entre os homens que origina a sociedade, assim como o Estado (GRUPPI, 1983). Para Rousseau (1712-1778), o contrato constitui a sociedade civil, sem implicar numa sociedade política. O órgão soberano é a assembleia, em que se exerce a soberania (Idem, 1983). Para Hegel (1770-1831), o Estado é fundamento da família e da sociedade civil. No pensamento de Marx (1818-1883) a sociedade civil é entendida como um conjunto das relações econômicas que explica o surgimento do Estado, e arena da luta de classes, com a emergência de duas classes antagônicas, a burguesia e o proletariado. Gramsci amplia a noção de Estado para além de um aparelho repressivo para assegurar a dominação da classe burguesa sobre o proletariado. Parte, portanto, do conceito de sociedade civil para designar o conjunto de organismos privados responsáveis pela difusão e confronto de ideologias, como espaço principal de disputa pela hegemonia entre as classes sociais para dirigir moral, intelectual e politicamente a sociedade em geral (GONH, 2008). O significado de sociedade civil vem se transformando no contexto atual, ampliando seu leque de atores sociais. No cenário neoliberal a sociedade civil passou a ser mais um complemento ou substitutivo do Estado, com transferência de suas responsabilidades na prestação de serviços sociais públicos para distintos segmentos da sociedade civil, organizações privadas e filantrópicas.

das populações, para além do estado de ausência de doenças. Aponta ainda para a mudança do modelo assistencial e na tradução das necessidades de saúde, como “produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural” (NOGUEIRA, MIOTO, 2009, p. 12).

O relatório final da VIII Conferência serviu de base para a elaboração da seção II que trata da saúde no texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei N° 8080/90, com o lançamento das bases doutrinárias de um novo sistema público de Saúde.

Foram construídos os três referenciais para a Reforma Sanitária Brasileira, a saber: um conceito amplo de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a instituição de um Sistema Único de Saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade, frutos de um “processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros” (MATTA, 2007, p. 61).

Com o veto presidencial, no âmbito da Constituição de 1988, aos artigos que normatizavam a participação popular como possibilidade de influir sobre as políticas públicas de saúde, houve uma reação da sociedade civil garantindo a regulamentação da Lei 8142/ 90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, com a definição de duas instâncias de participação, os Conselhos e as Conferências de Saúde.

Em sua concepção inicial, participação é definida como a gestão da sociedade civil organizada no âmbito do planejamento e fiscalização das políticas estatais (BRAVO, OLIVEIRA, 2004), enquanto possibilidade da sociedade civil influir sobre as políticas públicas de saúde, de forma deliberativa em todos os níveis através dos conselhos e conferências⁴. A definição dessas duas instâncias foi regulamentada pela Lei 8142/ 90, dispondo sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, introduzindo uma nova concepção de controle social, enquanto “participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais” (BRAVO, OLIVEIRA, 2004. p. 11).

⁴ As conferências são eventos periódicos para discutir as políticas sociais e propor diretrizes de ações servindo para orientar a implementação das políticas e alimentar as discussões nos conselhos (BRAVO, 2009).

Desde então os conselhos⁵ são concebidos como espaços contraditórios, de exercício da democracia participativa, de forma paritária entre sociedade civil e prestadores de serviço (públicos, privados e filantrópicos) com o objetivo de discutir, elaborar e fiscalizar as políticas sociais. Representam uma nova relação entre movimentos sociais e Estado que podem alterar a condução e o gerenciamento das políticas públicas. Sobre a contraditoriedade desses espaços, o termo aponta a sociedade civil como um terreno de disputa, conflito e luta entre projetos classistas diferenciados, em busca de hegemonia. Gramsci quando fala de hegemonia salienta “a função dirigente, a conquista do consenso, a ação de tipo cultural e ideal” (GRUPPI, 1983, p. 78) das classes dominantes sobre as classes subalternas, expressando a direção e consenso ideológico.

Estes espaços públicos nos quais ocorrem processos decisórios podem configurar-se enquanto *locus* de interesses heterogêneos que representam projetos políticos em contraposição, podendo tornar-se espaços de consenso, quando converge o interesse de todos, permitindo a elucidação dos conflitos e a viabilidade da negociação e do acordo (BRAVO; OLIVEIRA, 2004). Ainda é possível que se caracterizem pela reprodução de práticas clientelistas e populistas no trato da coisa pública.

A qualidade da participação dos sujeitos é uma questão que não está dada de início, assim sendo, faz-se necessário instrumentalizar os sujeitos para que tenham capacidade de interferir nas decisões públicas mediante uma intervenção qualificada e propositiva no sentido de exigir direitos e exercer pressão sobre o poder público.

Além da qualificação, Bravo e Matos (2009) chamam atenção para a fragilização da representação da sociedade civil em que muitas vezes os verdadeiros usuários são substituídos por segmentos constitutivos das classes médias e a sub-representação dos sindicatos nos conselhos, além da pouca articulação entre trabalhadores da saúde e representação dos usuários. Para os respectivos autores, as dificuldades e desafios a serem enfrentados pelos conselhos, decorrem

Da cultura política presente ao longo da história política brasileira que não permitiu a criação de espaços de participação no processo de gestão das políticas sociais públicas, havendo o predomínio da

⁵ Os conselhos de saúde estão divididos nos três níveis nacional, estadual e municipal e são compostos por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não-governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS. Os Conselhos de Saúde (CS) são espaços deliberativos e atualmente, funcionam em todas as unidades da Federação brasileira e chegam a mais de 5.700 (<http://conselho.saude.gov.br>).

burocracia, com ênfase nos aspectos administrativos e técnicos, como também nas práticas políticas, visando a cooptação da população, o populismo e o clientelismo (BRAVO, MATOS, 2009, p. 10).

Ressalta-se que nos anos 1990, as noções de participação e sociedade civil percorrem os caminhos da ressignificação neoliberal sofrendo deslocamentos e redefinições em seu sentido, com profundas transformações em seu conteúdo gestado nos anos 1980. Em Simionatto (2009), no contexto neoliberal “a sociedade civil despolitiza-se, deixa de configurar-se como terreno da ‘grande política’, de sujeitos coletivos que buscam interpelar e alterar o Estado” (*ibid.*, p. 155), para substituir várias funções estatais, como sujeito de cooperação, abstraindo-se das relações Estado-sociedade, dos conflitos e das disputas de projetos de classes antagônicas.

A participação social com a roupagem de “participação solidária” passa a enfatizar o voluntariado e a responsabilidade social dos indivíduos e empresas, esvaziando o sentido coletivo da participação social. A solidariedade “é despida de seu significado político e coletivo, passando a apoiar-se no terreno privado da moral” (DAGNINO, 2004, p. 102) e despolitizando o tratamento da desigualdade e da pobreza.

Neste contexto de transição para os anos 90, concomitante aos avanços do movimento democrático e popular brasileiro, começa a operar as incidências da crise do capitalismo na sociedade brasileira, que teve como ponto de partida os anos 70, em âmbito mundial, com o fim do período designado de “anos dourados” do capitalismo e, portanto, de sua longa fase de expansão.

A implementação da política macroeconômica nos estados capitalistas, ganha contornos desastrosos nas economias mais débeis com o aumento do desemprego, a baixa de salários, precarização das relações de trabalho, flexibilidade do emprego, o refluxo dos movimentos sociais e o ataque aos direitos sociais, trazendo de volta formas de exploração que estavam no passado.

Na saúde, entram em confronto dois grandes projetos, hoje ainda em disputa, o da Reforma Sanitária⁶ e do Projeto Privatista⁷, que mesmo com as conquistas jurídico-constitucionais e a consolidação do conceito de saúde como direito do cidadão e dever do Estado, são questionados pela ideologia conservadora e surgem propostas de contrarreforma na saúde (BRAVO, MATOS, 2009). Os autores consideram que na atual conjuntura o Movimento Sanitário está em recuo, e a defesa do Projeto de Reforma Sanitária tem partido dos conselhos de saúde, conferências, plenárias e conselhos de Secretários de Saúde.

Considerando a atividade investigativa como dimensão inerente ao trabalho profissional do Serviço Social, o presente artigo tem como objeto de reflexão e análise a experiência de intervenção do Serviço Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), no ano de 2010, no processo de sensibilização e organização política da comunidade e dos profissionais de saúde da área de abrangência do Centro de Saúde da Família Alto da Brasília na cidade de Sobral-CE para a formação do Conselho Local de Desenvolvimento Social e de Saúde desta unidade.

Para a formação do Conselho Local, o Serviço Social realizou uma capacitação com (as) usuários (as) e profissionais de saúde para exercerem a função de conselheiros (as), objetivando estimular a comunidade para o efetivo exercício da democracia e participação social na saúde, através das discussões sobre a situação local de saúde, a organização política da comunidade e a abordagem de temas referentes à saúde.

Como forma de organizar e melhor elucidar as ideias e vivências que perpassaram esta experiência interventiva do Serviço Social, dividiu-se este texto em três momentos que se articulam e se complementam no processo da realização desta atividade ocorrida no período de janeiro a abril de 2010.

⁶ O Projeto de Reforma Sanitária tem como uma de suas estratégias o SUS, fruto de luta e mobilização de profissionais de saúde articulados ao movimento popular. O respectivo projeto pressupõe “democratização do acesso, universalização dos serviços, descentralização, melhoria na qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações” (BRAVO, MATOS, 2002, p. 199). Propõe uma nova relação entre sociedade e Estado, através das conferências e conselhos. Na atual conjuntura, esse projeto se constitui numa proposta contra hegemônica.

⁷ O Projeto de Saúde articulado ao mercado privatista configura-se como uma reatualização do modelo médico assistencial privatista. Pauta-se na política de ajuste neoliberal, com contenção dos gastos, racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e focalização. O Estado deverá garantir mínimos para quem não pode pagar, voltando-se o setor privado volta-se para aqueles que têm acesso ao mercado, sendo a principal “a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo função pública, obedece as leis do mercado” (BRAVO, MATOS, 2002, p. 200).

No primeiro tópico, uma breve contextualização da inserção do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a trajetória profissional neste programa. No segundo tópico, relata-se a experiência da capacitação de conselheiros (as) para a formação de um Conselho Local de Saúde e Desenvolvimento Social. Nas considerações finais, algumas reflexões sobre os resultados da presente experiência, bem como a contribuição do trabalho do assistente social na organização e no fortalecimento das instâncias de participação e controle social na saúde e desafios postos para o exercício profissional no âmbito deste espaço sócio ocupacional.

1. O Serviço Social na materialização da política de saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) de Sobral-CE

É no contexto de Ditadura Militar, nos anos de 1970, que se gesta o Movimento Sanitário no interior da Medicina Comunitária, liderado por grupos de intelectuais acadêmicos e instituições, em meio à repressão e perseguição aos movimentos sociais, aos partidos políticos de esquerda e às lideranças mais comprometidas com os ideais libertários e emancipacionistas. Este cenário é marcado pelo esvaziamento da saúde pública, pela pouca eficácia na resolutividade dos problemas de saúde dos cidadãos e pela inexpressividade do campo da educação em saúde em razão da limitação dos espaços institucionais para sua realização.

A constituição da base político-ideológica da Reforma Sanitária brasileira dá-se no cenário de aumento dos gastos dentro da Previdência Social com assistência médica, do esgotamento do modelo médico assistencial privatista, privilégio de práticas curativas e individuais em detrimento das ações coletivas e preventiva, provocando tensionamento político. Era necessário ampliar os serviços de saúde, alocar recursos financeiros e entender aos segmentos que se encontravam desprotegidos, com o objetivo de democratizar a saúde, como direito universal garantido pelo Estado e sob controle social.

Em meados dos anos 80, avança a Reforma Sanitária brasileira com a organização do movimento pela conquista da saúde como direito universal e dever do Estado. Realiza-se, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde que marca o reencontro do governo, movimento sanitário e movimentos populares, com a definição

Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 133-154 jan./ jun. 2012 ISSN 1676-6806

ampla do processo saúde-doença e da construção dos três referenciais para a Reforma Sanitária Brasileira, a saber: o delineamento de um novo conceito de saúde; a saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a instituição de um Sistema Único de Saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. O seu relatório final serviu de base para a elaboração da Seção Saúde da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei N° 8080/90.

O Movimento Sanitário deu início às reflexões críticas das práticas educativas autoritárias e normalizadoras dos profissionais de saúde apontando, ao mesmo tempo, para uma ruptura com o modelo tradicional de educação em saúde⁸. Diante da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), os desafios são postos para materializar uma formação profissional com vistas a atender as demandas do SUS, face ao processo formativo de instituições de ensino alheias a estas novas demandas, à dificuldade para encontrar profissionais com perfil para atuar no novo modelo assistencial de saúde e enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade.

No cenário nacional, a partir de 2003, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁹ vinculada à Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). No ano de 2005, inicia-se o processo de regulamentação da RMS e a Residência em Área Profissional, instituindo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)¹⁰. Estes programas de residências passaram a receber apoio e investimento do Ministério da Saúde para formar profissionais para o Sistema Único de Saúde.

Em 2007, o Ministério da Saúde com apoio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) definiu orientações e diretrizes para assegurar a Educação Permanente dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde, com destaque para os programas de especialização em serviço/ residências. Nesses programas, o cotidiano de trabalho

⁸ Esse modelo, historicamente hegemônico, pauta-se no referencial biologicista do processo saúde-doença, com foco na doença e na intervenção curativa, primando a mudança de atitudes e comportamentos individuais para a manutenção da saúde, a partir de informações verticalizadas. Os usuários são vistos como indivíduos carentes de um saber sobre a saúde e desconsideram-se os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde (ALVES, 2004).

⁹ Portaria n° 198, de 13 de fevereiro de 2004.

¹⁰ As portarias n° 1.111, de 5 de julho de 2005, n° 1.143, de 7 de julho de 2005 e a portaria Interministerial n° 2.117 de 3 de novembro de 2005 regulamentam a lei de criação e financiamento das RMS. Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 133-154 jan./ jun. 2012 ISSN 1676-6806

ganhou centralidade no processo educativo dos trabalhadores da saúde, no intuito de transformar as práticas profissionais e (re) organizar os serviços de saúde.

A educação permanente é o “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas” (BRASIL, 2009, p. 20) entre ensino-serviço-gestão-control social. Ceccim e Feurwerker (2004) consideram que a Política de Educação em Saúde deve ser capaz de impactar no *ensino*, como importante instrumento para o desenvolvimento técnico profissional e da alteridade com os usuários; na *gestão setorial*, enquanto política pública governamental; na *atenção*, no ordenamento e na articulação da rede de na prestação de serviços de qualidade, pautados na integralidade e humanização; e no *controle social* para o desenvolvimento da autonomia das pessoas e a democratização da condução e gerenciamento da política de saúde.

Romper com a lógica de formações fragmentadas e descontextualizadas tem sido um dos grandes desafios para os Sistemas Locais de Saúde, no desafio de minimizar os distanciamentos e integrar serviço, gestão, controle social e ensino, exigindo das instituições formadoras projetos político-pedagógicos condizentes com as realidades locais, com vistas a uma educação participativa e democrática, capaz de organizar o trabalho em saúde, transformar as práticas profissionais e as relações destes com os usuários (SILVA E SOUSA, 2010).

Em Sobral, a Política Municipal de Educação Permanente inicia-se a partir de 1997, em conjunto com o processo de organização do Sistema de Saúde, onde se apontava a necessidade de criar um ambiente favorável à capacitação dos trabalhadores frente ao novo paradigma da saúde como qualidade de vida e não mais ausência de doença (SOUZA, et.al., 2008).

Outro processo decorrente dessa concepção de saúde foi a criação do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família¹¹ (RMSF), em 1999, com o objetivo de formar e preparar os profissionais do sistema municipal de saúde para a atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um contexto associado às mudanças

¹¹A RMSF é uma estratégia de formação na área de saúde de pós-graduação lato sensu, desenvolvida pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) numa parceria da Secretária da Saúde e Ação Social com a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e o Ministério da Saúde. Atualmente, apresenta em sua composição profissionais das categorias de educação física, enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e farmácia, que atuam nos territórios da zona urbana.
Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 133-154 jan./ jun. 2012 ISSN 1676-6806

políticas e administrativas tendo como premissa a integração entre serviço-ensino-gestão (LIMA, *et al*, 2009).

Sob um novo paradigma de formação, o atual desenho pedagógico que orienta o processo educativo da RMSF de Sobral organiza-se em quatro eixos de aprendizagem, as vivências teórico-conceituais, de território, de extensão da categoria e em produção científica, tendo como marco teórico-metodológico os princípios da Promoção da Saúde, Educação Permanente, Educação Popular e Educação por Competência (MARTINS Jr., *et al*, 2008).

Ao final dos anos 1990, os assistentes sociais entre outras categorias são reconhecidos como profissionais de saúde pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 287 de 8/10/1998¹², que ressalta a importância da ação interdisciplinar, o conceito ampliado do processo saúde-doença e a integralidade da ação.

Como instância nacional de organização e representação dos assistentes sociais o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) homologa a resolução nº 383, em 29/03/1999, que atribui a esse profissional a intervenção nos fenômenos socioculturais e econômicos como expressões da questão social, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde e o qualifica para atuar sobre as dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, dentre elas, a saúde.

O ano de 2001 marca a ampliação das categorias profissionais na RMSF e, conseqüentemente, a inserção do Serviço Social. Dá-se início às reflexões sobre a atuação do (a) assistente social na Estratégia Saúde da Família (ESF), na perspectiva interdisciplinar, no contexto de consolidação da sua intervenção nesse espaço, diante da concepção da determinação social do processo saúde-doença, considerando seu objeto de trabalho, suas competências, a apropriação dos indicadores sociais do processo saúde-doença dos territórios e avaliação da intervenção profissional.

É importante ressaltar que a inserção do Serviço Social no sistema de saúde municipal é anterior a sua entrada no programa da RMSF, já que a partir de 1997 os (as) profissionais assistentes sociais estavam atuando em diversos programas vinculados à Secretaria de Saúde e Ação Social do município de Sobral como a DST/AIDS, Órtese e

¹² O Conselho Nacional de Saúde reconheceu como profissionais de saúde de nível superior, além dos assistentes sociais, os biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

prótese, Criança e Adolescente e Saúde Mental, na busca de um trabalho em conjunto com as equipes dos Centros de Saúde da Família, na tentativa de articular os serviços e demandas de saúde dos territórios (*ibid.*, 2004).

Essa trajetória representa um esforço dos (as) profissionais de Serviço Social para refletir e construir suas atribuições e competências através das experiências que vem sendo desenvolvidas na RMSF, com fundamentos no Sistema Único de Saúde, na Estratégia Saúde da Família, como sua porta de entrada e no Projeto Ético-Político do Serviço Social.

1.1. A trajetória profissional na RMSF

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), vinculado à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e à Secretaria de Saúde da cidade de Sobral, tem como objetivo formar e preparar os profissionais do Sistema Municipal de Saúde para a atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolver tecnologias, bem como transformar a prática dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, a partir da construção de competências teórico-metodológicas, técnico-operativas, sociais, políticas e humanas.

A concepção do processo saúde-doença que subsidia a formação de residentes reconhece o papel protagonista dos determinantes sociais na estruturação do processo saúde-doença e as necessidades de saúde como produtos das relações sociais e destas com o meio físico, sócio-político e cultural.

Nessa perspectiva, o assistente social atua numa perspectiva interdisciplinar, a partir da compreensão da influência dos fatores socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais sobre as condições de vida e de saúde das populações, para além do estado de ausência de doenças. A determinação social do processo saúde-doença e o novo modelo de atenção à saúde ampliam o espaço sócio ocupacional do assistente social, conferindo-lhe um novo estatuto profissional no campo da saúde (NOGUEIRA, MIOTO, 2009, p. 14), a partir da compreensão dos aspectos gerais que interferem nesse processo.

São inúmeros os desafios do assistente social na atenção primária à saúde. Dentre eles, pode-se destacar a busca de soluções coletivas, através da organização

política da comunidade, da articulação com as outras políticas sociais e a ênfase nas ações preventivas e promocionais, que constituem o princípio do atendimento integral, ao olhar o usuário como um todo e não somente como portador de doenças.

As demandas que chegam ao Serviço Social no cotidiano do serviço de saúde desafiam os limites e competências individuais dos profissionais de saúde, gerando a necessidade de uma atuação interdisciplinar e intersetorial, ou “prática de saúde alargada” (VASCONCELOS, 2001), para atuar na globalidade dos problemas de saúde. Estas demandas relacionam-se às condições de vida real dos usuários e a busca de respostas e estratégias de enfrentamento dos fatores determinantes demandam ações e serviços no eixo da intersetorialidade.

Durante os dois anos na RMSF, atuando nos Centros de Saúde da Família dos bairros da Expectativa, Alto da Brasília e CAIC¹³, o trabalho oportunizou a aproximação da realidade vivida pelos usuários, expressa, geralmente, nas suas falas, corpos, na saúde debilitada, na má alimentação e no desconforto acarretado pelas moradias precárias.

Nas visitas e atendimentos individuais, os usuários buscavam informações sobre os critérios de acesso às políticas sociais e o entendimento porque esses direitos lhes tinham sido negados ou cancelados, em especial os da Assistência Social (Programa Bolsa-Família e Benefício de Prestação Continuada) e Previdência Social (auxílios e seguros); buscavam o serviço de saúde para relatar e solicitar a intervenção profissional nos casos de uso de álcool e drogas na família, situações de violência doméstica contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos; relatos das condições precárias de saúde e nutrição, de situação de fome, desemprego e ausência de renda.

A experiência de trabalho possibilitou a acumulação de certas informações sobre algumas expressões da *questão social*¹⁴ e a percepção de como estas, em particular, o

¹³ A atenção básica do município de Sobral dispõe de 27 Centros de Saúde da Família, onde 14 estão localizados na zona urbana e 13 na zona rural. As equipes de ESF totalizam 48, sendo que 33 atuam na sede e 15 na zona rural (SOBRAL, 2007).

¹⁴ A questão social situa a profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais. Afirma a profissão enquanto ramo de especialização do trabalho coletivo, inscrito na divisão sócio técnica do trabalho, que tem como base de fundação a questão social, “expressão ampliada da exploração do trabalho e das desigualdades e lutas sociais dela decorrentes” (IAMAMOTO, 2008, p. 162). Constitui-se na dinâmica contraditória das relações sociais capitalistas, que se traduz no caráter coletivo da produção de riquezas e da apropriação privada do excedente e da decisão também privada de seu destino. Intrínseca a sociabilidade burguesa e insuprimível sem a supressão da sociedade capitalista (NETTO, 2001), a questão social continua a manifestar-se no contexto atual da mundialização da economia, através de novas configurações provocadas pelas profundas alterações no mundo do trabalho e da relação entre Estado e sociedade civil.

desemprego, a escassez de renda, a baixa escolaridade, a dificuldade de acesso à informação e aos demais direitos sociais, as condições de habitação, os limites no exercício da democracia e da participação, as relações interpessoais exerciam influência no processo de adoecimento da comunidade, nas condições de vida e de saúde.

Enfrentar os determinantes de saúde requer a compreensão do seu papel como protagonista nas condições de qualidade de vida e de saúde das comunidades, da necessidade de enfrentá-los, e que as ações e serviços públicos de saúde organizem-se na perspectiva da participação social na gestão do SUS.

Partindo do pressuposto de que para se promover saúde é preciso reforçar a ação comunitária, e de que é necessário reorientar as práticas dos profissionais para o enfrentamento dos problemas sanitários em sua globalidade, a atuação do Serviço Social e das demais categorias precisam fortalecer a relação educativa com a população e os movimentos sociais locais (VASCONCELOS, 2001).

Nesse sentido, como profissão que pode contribuir na dimensão do exercício da participação e do controle social, o Serviço Social desenvolveu ações para estimular a participação social na formação do Conselho Local de Desenvolvimento Social e de Saúde nos três bairros de atuação, ressaltando-se no presente trabalho a experiência desenvolvida no bairro Alto da Brasília.

2. O Serviço Social e a formação do Conselho Local de Saúde do Bairro Alto da Brasília

Os Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde (CLDSS) são instrumentos de organização e participação popular com vistas à democratização das relações de poder e o fortalecimento da gestão democrática da política de saúde. Trata-se de uma estratégia de descentralização do Conselho Municipal de Saúde para efetivar sua presença nos bairros ou área de abrangência dos Centros de Saúde da Família de Sobral para provocar uma maior participação do (a)s usuário (a)s e profissionais de saúde na discussão de questões referentes aquela área, por conhecerem melhor os problemas locais e a realidade vivida.

A experiência aqui relatada ocorreu no bairro Alto da Brasília que, segundo IBGE (Censo 2000), abriga 5,3% da população de Sobral, estando dentre os bairros mais populoso, apresenta baixo índice de desenvolvimento humano (IDH).

Ao final de 2009, a equipe profissional do Centro de Saúde da Família retomou as discussões sobre a necessidade de reconstrução do conselho local de saúde do bairro. Algumas ações já teriam sido iniciadas anteriormente para sua formação, voltadas para a sensibilização de profissionais e usuários sobre a necessidade de instituir um conselho local, a eleição de conselheiros e a elaboração do estatuto do conselho.

Após a instituição do conselho houve um afastamento da comunidade e as reuniões não mais aconteceram. Para alguns profissionais, o fim do conselho estava relacionado à dificuldade dos conselheiros em assumirem as responsabilidades inerentes a função e à falta de entusiasmo tanto dos profissionais, como dos usuários para participar desta instância.

A equipe de saúde considerou que seria necessário buscar experiências bem-sucedidas em outros territórios, realizar um planejamento participativo, buscar parcerias para a construção do conselho e realizar uma capacitação em saúde para os futuros conselheiros. Residentes que atuavam neste território fizeram um levantamento dos principais questionamentos e dúvidas da Equipe do CSF Alto da Brasília sobre o CLS. Este consolidado foi encaminhado para o Conselho Municipal de Saúde, que culminou em uma oficina realizada pelo próprio conselho diante das principais dúvidas da equipe de saúde sobre o assunto.

Nas reuniões posteriores, a equipe e os usuários realizaram um diagnóstico sobre a participação e controle social no bairro. Alguns indicadores foram traçados, a saber: a existência de Conselho Local de Saúde; a participação da comunidade; cidadania e democracia e exercício do controle social. Como indicadores de processo seriam realizadas oficinas de sensibilização da comunidade e dos profissionais de saúde sobre a importância da formação de um CLS; a criação do próprio conselho e a capacitação dos possíveis conselheiros (as) sobre o Sistema Único de Saúde. Indicadores de resultado também foram formulados para avaliação deste processo: a formação de uma consciência sanitária; a existência do controle social nas ações e serviços de saúde do CSF; a ampliação do conceito de cidadania e democracia e o aumento da participação da comunidade nas discussões e resoluções dos problemas de saúde do bairro.

Posteriormente, as atividades foram planejadas a partir do diagnóstico da participação e controle social. No processo de discussão sobre as estratégias para formação do conselho local de saúde do bairro, o grupo considerou importante realizar um trabalho de sensibilização da comunidade, mediante atendimentos, visitas

domiciliares e participação nos grupos da unidade de saúde e a realização de um encontro para dialogar sobre participação, controle social e a importância da constituição do conselho local. Ambas as atividades foram realizadas pelo profissional de Serviço Social, a tutoria da RMSF, com o apoio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), profissionais do Centro de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

No encontro ampliado, a comunidade, os profissionais e o Conselho Municipal de Saúde debateram a importância da participação e do controle social na saúde e sobre o CLDSS, com o objetivo de propiciar a escuta da comunidade, desvelando a sua percepção sobre a criação deste espaço e as demandas prioritárias a serem resolvidas. Ao final, se propôs a realização de mais reuniões para discutir a situação local de saúde e os encaminhamentos a serem tomados, bem como a realização de um ciclo de capacitações em saúde com vistas à formação política dos (as) participantes envolvidos no processo de construção deste conselho local, no sentido de instrumentalizá-los para exercerem futuramente uma intervenção mais qualificada, conhecendo seus direitos para reivindicá-los.

No encontro posterior, os participantes dialogaram sobre os principais problemas de saúde que enfrentavam no cotidiano. A falta de água e a segurança estiveram entre as questões mais mencionadas. Outros temas foram escolhidos como prioritários para serem trabalhados durante o processo de capacitação em saúde.

O primeiro tema trabalhado com o grupo foi *Saúde*, que consistiu na construção do conceito ampliado do processo saúde-doença do ponto de vista dos (as) participantes, com a construção de um painel coletivo sobre esse conceito. Este painel foi construído com gravuras e frases que elucidaram a concepção do grupo em torno da saúde. Os participantes destacaram que saúde se relacionava ao acesso à educação, ao lazer, ao meio ambiente limpo, ao acesso aos serviços essenciais de saúde.

O segundo encontro, o grupo reconstruiu a *História da Saúde* a partir da vivência da comunidade antes e depois do SUS. Para conhecer a história de construção do SUS, foi exibido partes o documentário "*Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde*" que conta a história das políticas de saúde no país até a implantação do SUS. Após a exibição, discutiu-se sobre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com destaque para a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social, explicitando o significado de cada princípio e diretriz e sua operacionalidade através de textos com histórias e vivências.

No terceiro encontro pautou-se o tema *Direito de participar e decidir na saúde: a importância da construção do Conselho Local de Saúde e o papel dos conselheiros*, com destaque sobre a conceituação e a importância da participação e do controle social da sociedade para intervir na política de saúde, de forma organizada. A pretensão foi estimular a reflexão, o debate e dar visibilidade ao direito de conhecer, propor, fiscalizar as ações dos gestores e prestadores de serviço de saúde e contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, motivando-os (as) para o exercício da cidadania.

As atividades que se desdobraram na capacitação em saúde e na criação do Conselho Local de Saúde do Alto da Brasília proporcionaram espaços de escuta, diálogo e interação entre comunidade e profissionais de saúde, de fortalecimento da participação e controle social na saúde, no fomento de uma relação democrática, aberta à reflexão e à crítica, geradora de vínculos e de valorização de trocas interpessoais entre usuários e profissionais e na busca de alternativas e soluções para as demandas da população usuária.

Quanto à prática profissional do assistente social, é válido destacar que esta se inscreve no campo de atividades de cunho eminentemente educativo, que incidem no processo de organização da cultura, enquanto elemento político-ideológico. Sua ação profissional, pelo exercício da função pedagógica, concretiza-se sob a forma material e ideológica que se expressam como unidade nas relações entre o profissional e segmentos da população. A dimensão socioeducativa é inerente a prestação de serviços sociais que lhe dão sentido e direção, mediada pelas políticas públicas, pelos processos organizativos e pela luta das classes subalternas (IAMAMOTO, 2007).

Nas atividades exercidas pelo assistente social para a formação do CLS, destaca-se que seu trabalho pautou-se na busca coletiva, com os demais profissionais e comunidade, de entendimento da realidade, numa perspectiva crítica e no encontro conjunto de soluções para os problemas de saúde; na socialização das informações sob a ótica do direito social; e na construção de uma relação usuário-profissional, na perspectiva de fortalecer esse vínculo, para tensionar ou romper com a tradição autoritária e normatizadora dos serviços de saúde em sua relação com a comunidade. Sobre a relação profissional e usuários, Iamamoto (2007) destaca a importância de

Uma relação democrática e aberta à reflexão e à crítica entre os assistentes sociais e os sujeitos que demandam seus direitos e serviços a eles correspondentes sem ofuscar os distintos papéis que

desempenham na relação. Por meio da socialização de informações procura-se tornar transparente, ao sujeito que busca os serviços, as reais implicações de suas demandas –, para além das aparências e dos dados imediatos –, assim com os meios e condições de ter acesso aos direitos (IAMAMOTO, 2007, p. 427).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacitação em saúde deu-se através de processo participativo que permitiu desenvolver uma reflexão crítica da realidade e a proposição de ações, na construção de um sujeito político que opinasse e interviesse nas decisões de saúde para o cuidado de si, de sua família e da coletividade. Constituiu-se em uma estratégia para problematizar os temas trabalhados, socializar conhecimentos, estimular a organização comunitária e a participação. Representou um mecanismo desencadeador da ação participativa da comunidade no enfrentamento dos problemas relacionados à saúde e o fortalecimento da participação e controle social.

A abordagem nas reuniões para a formação do conselho local desenvolveu-se a partir de uma metodologia participativa, com o envolvimento dos sujeitos na produção de conhecimento e aprendizado coletivos, resultando em uma leitura mais crítica da realidade, com a definição de prioridades, estratégias de luta e enfrentamento dos problemas de saúde detectados.

A cada encontro foi possível conhecer as lideranças comunitárias e suas experiências de organização política, os movimentos sociais locais e perceber suas expectativas e interesses em relação à formação do conselho. As reuniões sistemáticas com a comunidade e os profissionais de saúde possibilitaram a construção do conhecimento na sua problematização com a realidade, com o fomento de formas coletivas de aprendizagem e de valorização das trocas interpessoais. Quanto ao vínculo entre profissionais de saúde e comunidade, tornou-se evidente o sentimento de equipe e solidariedade na construção do espírito coletivo de trabalhar “com as pessoas” e não para as pessoas.

Neste trabalho, o Serviço Social na realização das ações profissionais exerceu a função de educador, interferindo no processo de reprodução sociopolítica dos indivíduos sociais, balizado pelo Projeto Ético-político da profissão para o

fortalecimento da noção de direitos junto aos usuários e a possibilidade de ação coletiva em defesa da saúde pública.

A atuação profissional do assistente social pautou-se em intervenções que pudessem gerar vínculo entre profissionais e usuários; nas formas coletivas de aprendizado e de estratégias de luta na busca de alternativas e soluções para os problemas de saúde; na busca de respostas profissionais às demandas, para ampliar e consolidar a cidadania, a justiça social e a defesa dos direitos sociais com vistas à emancipação social, pressupondo uma prática político-pedagógica orientada pelo projeto ético-político da categoria, pela Lei de Regulamentação da profissão e pelo projeto da Reforma Sanitária.

As atribuições e competências dos assistentes sociais na saúde devem estar norteadas por esse conjunto de leis e regulamentações que sustentam legalmente o projeto profissional e de reforma sanitária em todas as dimensões do seu trabalho, seja nos serviços prestados diretamente aos usuários, seja nas ações de mobilização, participação e controle social, na defesa do direito à saúde, tendo como a grande bandeira

[...] a implementação do projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos setenta. Este projeto tem relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais. Identificar os impasses para a efetivação desses projetos deve ser uma preocupação central (CFESS, 2009).

O cenário de risco para a materialização do Projeto ético-político da categoria e do Sistema Único de Saúde passa a exigir um perfil profissional crítico que articule a dimensão ético-política, pautado no compromisso com os valores e as lutas democráticas da sociedade, a competência teórico-metodológica para uma leitura crítica da realidade e um instrumental técnico-operativo que potencialize as ações na defesa e acesso aos direitos sociais.

Afirmar e materializar compromissos ético-políticos requer necessariamente mediá-los com estratégias e ações concretas que objetivem o Projeto Ético-Político profissional e o SUS, o que vai exigir articulação com outros sujeitos que partilhem desses princípios, outras categorias, movimento sociais, trabalhadores e usuários; garantir a efetivação do direito à saúde através do acesso aos serviços de saúde e a participação popular na formulação, fiscalização e gestão da política de saúde decisões (BRAVO et al, 2009).

Nesse sentido, muitas vezes as possibilidades de realização da ação do sujeito profissional não estão dadas na realidade. É certo que a conjuntura impõe limites, mas cabe aos profissionais apropriarem-se do movimento da realidade e de suas contradições e detectar as possibilidades para desenvolvê-los em “propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 2003, p. 20).

Sendo assim, torna-se central a presença de profissionais críticos e competentes, capazes de conceber e objetivar uma prática educativa comprometida com a defesa e ampliação dos direitos sociais, e com a perspectiva de transformação social e conquista da emancipação humana, no exercício de uma pedagogia da autonomia, na certeza “que é possível mudar, de que é preciso mudar, de que preservar situações concretas de miséria é uma imoralidade” (FREIRE, 2004, p.81), numa educação pautada na solidariedade e na democracia para a busca coletiva de melhorias para a saúde e qualidade de vida dos grupos populares dos territórios de atuação deste profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. M. **Serviço Social e a Organização da Cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set. 2004/fev. 2005.
- BRASIL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. In: **Assistente Social, Ética e Direitos**. Coletânea de leis e resoluções. CRESS/ RJ, 2002
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS/ CONASS**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 2006; v. 9)
- Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP v. 11, n. 1 (13), p. 133-154 jan./ jun. 2012 ISSN 1676–6806

BRAVO, M. I. S. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A.P. (Orgs). **Política Social e Democracia**. 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRAVO, M. I. S., MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. Disponível em www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf. Acesso em: 19 ago. 2009.

BRAVO, M. I. S, OLIVEIRA, R. de O. Conselhos de saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. **Revista Ágora**: Políticas públicas e Serviço Social. Ano 1, nº 1. Outubro de 2004. Disponível em <http://assistentesocial.com.br>

CANUTO, O., *et al.* A inserção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. **Revista Sanare**, Sobral, ano V, n.1, jan./fev./ mar. 2004.

CECCIM, R.B. FEUERWRKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro 2004, vol.14, nº 1, p. 41-65. Disponível em: [HTTP//www.scielo.br.php](http://www.scielo.br.php)

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**: versão preliminar, 2009.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: FACES / Universidad Central de Venezuela, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004

GOHN, M. da G. **O protagonismo da sociedade civil**: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. 2ª Ed. São Paulo, Cortez, 2008. Coleção Questões da nossa época.

GRUPPI, L. **Tudo começou com Maquiavel**: as concepções de Estado em Marx, Engels, Lênin e Gramsci. 4ª Ed. Porto Alegre, L e PM Editores, 1983.

IAMAMOTO, M.V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez. 2003.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social em tempo de capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 2ª Ed. São Paulo: Cortez. 2008.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. In: **Assistente Social, Ética e Direitos**. Coletânea de leis e resoluções. CRESS/ RJ, 2002

- LIMA, F. A *et al.* A trajetória do Serviço Social na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. **Sanare**, Sobral, v.8,n.2, jul./dez. 2009.
- MARTINS Jr.; *et. al.* **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ceará.** **Sanare**, Sobral, v.7, n.2, p.23-30, jul./dez. 2008.
- MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. de M. **Políticas de saúde:** organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz. 2007.
- NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis.** Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2, nº 03. Brasília: ABEPSS. 2001.
- NOGUEIRA, V. M. R., MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais.** Disponível em: www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-4.pdf. Acesso em: 22 out. 2009.
- PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R.J. **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- SIMIONATTO, I. Sociedade civil e lutas sociais na América Latina: entre a harmonização das classes e as estratégias de resistência In: BOSCHETTI, I., *et al* (Org). **Capitalismo em crise.** Política social e direitos. SP: Cortez, p. 152-181
- SILVA, A. L. F., SOUSA, R. M.A roda como espaço de co-gestão da residência multiprofissional em saúde da família do município de Sobral-CE. **Revista Sanare**, Sobral, v.8, n.1, p. 6-17, jan./ jun. 2009.
- SOARES, C. H. A., et al. A Participação social em Sobral-Ce: Experiências que versam sobre gestão compartilhada. **Revista Sanare**, Sobral, v. 9, n. 2, p.7-13, jul./dez. 2010.
- SOBRAL. Secretaria Municipal da Saúde e Ação Social. **Plano Municipal da Saúde.** 2007.
- SOUZA, F. L.; *et al.* A Política municipal de educação permanente em Sobral-CE. **Revista Sanare**, Sobral, v.7, n. 2, p.14-22, jul./dez. 2008.
- VACONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

