

UNIDADE 2

MÓDULO 4

2 O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PARTE II

A integralidade, assumida como uma ação social, resulta da permanente interação dos atores sociais na relação entre demanda e oferta, em distintos planos de atenção à saúde, como o plano individual – em que se constrói a integralidade no ato da atenção individual – e o plano sistêmico – no qual se garante a integralidade das ações na rede de serviços, em que aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados (PINHEIRO, 2001).

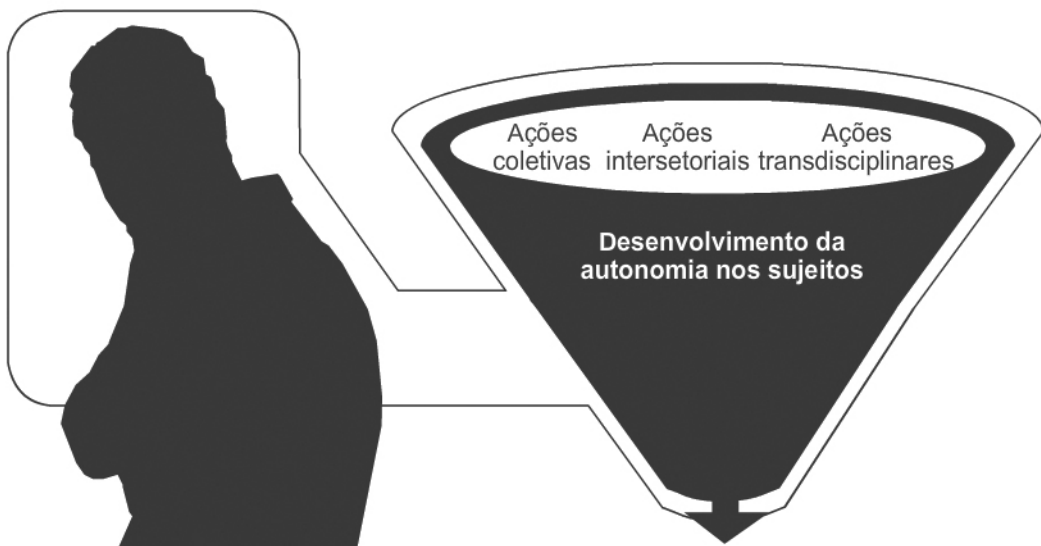
Objetivos de Aprendizagem:

- a) compreender os conceitos da intersectorialidade e sua importância para o processo de trabalho das equipes de saúde da família;
- b) discutir os aspectos conceituais e operacionais da gestão do cuidado e da atuação participativa, bem como a relevância para o trabalho das equipes de saúde da família.

Você também continuará a sua reflexão sobre o processo de trabalho da equipe saúde da família, abordando a intersectorialidade, a gestão do cuidado e dos serviços de saúde, assim como a importância da participação social. Será reproduzida aqui a concepção norteadora da participação social, em que Estado e sociedade (profissionais de saúde e comunidade) atuam como interlocutores legítimos no processo decisório e, dessa forma, ampliam a eficácia de suas deliberações.

2.1 A Atuação Intersectorial em Saúde

A saúde precisa ser entendida como um problema social que não pode ser abordado em dimensão setorial, por estar a saúde interligada e dependente dos demais aspectos que estruturam a sociedade. Os problemas sociais se manifestam e são identificados setorialmente, mas a solução depende da atuação de mais de uma política pública setorial (Diagrama 13). A complexidade do setor saúde não permite uma abordagem fragmentada dos problemas (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006, PAULLI, 2007).



Resultados satisfatórios na resolução de problemas sociais.

Diagrama 13: Resolução de problemas sociais

A abordagem intersetorial de problemas sociais incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, e considera o cidadão na sua totalidade, numa clara relação com a concepção de integralidade em saúde. Ou seja, uma atenção integral à saúde, cujos determinantes extrapolam o setor, só é possível a partir de uma ação articulada com os demais setores sociais (JUNQUEIRA et al, 2004; PAULI, 2007). Portanto, a efetividade da ação intersetorial depende da observância de uma atuação articulada cujos objetivos e estratégias de operacionalização incluam participação e organização de diversos atores sociais e a troca de saberes, o que, em si, potencializa o resultado da ação.

A intersectorialidade não é um processo espontâneo, depende de uma ação deliberada. Tampouco é facilmente implementada. Constitui uma nova concepção de atuar em saúde, que mexe com interesses de grupos, dentro e fora do setor. Por outro lado, com a integração de saberes e experiências, os profissionais e os grupos populacionais passam a ser considerados como sujeitos capazes de perceber os seus problemas de maneira integrada e identificar soluções adequadas à sua realidade social. Todo esse movimento possui uma relação próxima com a concepção de planejamento estratégico, que será abordada na próxima unidade.

Você deve estar refletindo sobre a complexidade da implantação de ações intersetoriais em seu espaço de trabalho, não é mesmo? Deve, ainda, estar refletindo se é possível promover ações intersetoriais a partir da Atenção Básica.

Pois eu já lhe digo que é possível, sim.

Diante das dificuldades de articulação com outros setores, do ponto de vista macro da gestão, Paulli (2007) sugere que se inicie a atuação intersetorial em pequenas parcerias, nos projetos comuns, pontuais e, assim, paulatinamente, se amplie o potencial resolutivo.

Ademais, ao entender a Atenção Básica como uma estratégia flexível, caracterizada através do primeiro contato entre paciente e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna, sistemática e continuada e que é responsável pela articulação dos diversos pontos da atenção dos prestadores de cuidados, dentro e fora do setor saúde, não podemos prescindir da intersectorialidade como um eixo estrutural de nossa atuação.

Concordamos com a visão de Paula, Palha e Protti (2004) de que a atenção básica tem capacidade de articular os vários setores presentes, tanto no nível mais operacional – ações de saúde diretamente ofertadas à população – como nos níveis regional e central. A partir de uma perspectiva de planejamento ascendente e com potencialidade de articular setores fundamentais, pode-se desencadear mudanças mais efetivas e duradouras para o setor saúde.

Porém, alguns elementos são fundamentais para que esse potencial se efetive. Para isso, é preciso:

- a) superar a fragmentação e a compartimentalização do processo de trabalho dentro do setor saúde, centrado no modelo biomédico, e incorporar uma cultura de cooperação e de complementaridade dos diferentes saberes;
- b) adotar a intersectorialidade como um processo integrado de transformação da assistência, articulado com a população;
- c) entender que Saúde da Família é um projeto novo e vem enfrentando dificuldades na formação, capacitação e articulação dos sujeitos, além de haver pouca articulação entre as políticas sociais em prol de um objetivo único.

Trata-se de um processo que está sendo construído e requer a formação de uma rede de apoio. Esse discurso enfatiza que um dos objetivos da intersetorialidade é a formação de uma rede – conceito que extrapola a articulação apenas do trabalho em equipe ou setorial – para, através dessa rede, promover uma articulação de pessoas e instituições que, de maneira compartilhada, buscam soluções para a superação de problemas sociais.

Reflexão:

Vamos refletir um pouco? Antes de continuar seus estudos, analise e faça algumas anotações:

Como você vê a intersetorialidade em sua Unidade de Saúde?

Que aspectos precisam ser potencializados para avançar nessa direção?

Como processo articulado e integrado de formulação de políticas públicas, a intersetorialidade pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais, e caracteriza-se pela corresponsabilidade de diferentes atores sociais e governamentais. A promoção da saúde, como atribuição do Sistema Único de Saúde, só poderá ser implementada se entendermos o setor saúde como estratégico para o desenvolvimento de novas alianças ou parcerias. Nesse sentido, necessitamos incorporar com maior clareza as discussões sobre a intersetorialidade na prática cotidiana dos profissionais da saúde, sem que isso se transforme em responsabilidade exclusiva dos trabalhadores e sem perder de vista o potencial que eles têm.



Esta pesquisa é muito interessante e atual.

Vamos lá!

Acesse o site e leia o artigo: GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php/script_sci_serial/pid_1413-8123/Ing_pt/nrm_iso. Acesso em: 10 mar. 2010.

2.2 A Gestão do Cuidado e dos Serviços de Saúde

O processo de descentralização dos serviços de saúde, como princípio organizativo do SUS, não se limita à transferência de responsabilidades e recursos ao gestor municipal.

O espaço social, enquanto rede complexa de processos socio sanitários, propicia a construção de novas práticas de saúde. A equipe de saúde da família é a responsável pela apropriação desse espaço e a implementação de ações que assegurem a melhoria das condições de saúde da população que nele habita.

Um dos fatores que promovem a efetivação da programação de saúde, conforme a realidade de uma determinada comunidade, é a Gestão Local do Cuidado e dos Serviços. É necessário criar mecanismos de articulação entre as atividades da equipe de saúde e os demais setores envolvidos para que haja a garantia do cuidado aos usuários.

O âmbito da Estratégia Saúde da Família compreende uma gestão participativa, descentralizada, que parte de uma realidade local. A ela cabe planejar as ações estratégicas, de acordo com os princípios estabelecidos.

Como forma de garantir o princípio de integralidade das ações de saúde proposto pelo SUS, espera-se o delineamento de um método, ou modelo de gestão, que promova a articulação e a interface de dois eixos – a gerência do serviço e a gerência do cuidado.

A integralidade máxima estará assegurada na medida da articulação entre a integralidade efetivada no “microespaço” de trabalho das equipes (gerência de cuidado) e a integralidade efetivada

no “macrocontexto” da rede de serviços (gerência dos serviços) (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

Para Campos (1997, 2000), um dos grandes problemas na efetivação dos programas de saúde está na forma como os trabalhadores estão inseridos na construção e na discussão do processo de trabalho.

Uma organização fragmentada, vertical e autoritária, centrada na produtividade das ações e no controle e cumprimento de regras administrativas, promove a alienação do profissional. Esse profissional não se vê envolvido com o processo do cuidado como um todo, tendendo a não se responsabilizar pelo objetivo final da própria intervenção, comprometendo, conseqüentemente, o resultado da ação.

O desafio gerencial presente nessa perspectiva consiste em programar formas de participação e envolvimento dos diferentes atores no contexto da saúde, buscando aproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho, para que haja a integração entre os profissionais que gerenciam o cuidado e o serviço de saúde.

A gerência do cuidado emerge nas organizações públicas de saúde como uma tendência para modificar o processo de trabalho nesse setor – partindo do trabalho individual para um trabalho transdisciplinar – e reafirmar a necessidade de responsabilidade, autonomia, e vinculação que as equipes de profissionais devam assumir para promoverem a saúde (Diagrama 14).

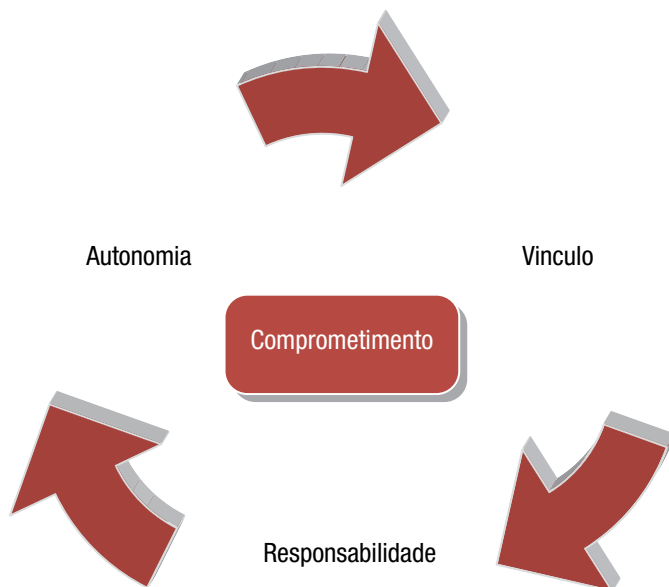


Diagrama 14: Comprometimento

A gerência do cuidado, segundo Fekete (2000), consiste na capacidade técnica, política e operacional que uma equipe de saúde possui para planejar a assistência aos usuários, no plano individual ou coletivo, promovendo a saúde no âmbito biopsicossocial. E, ao gerenciar o cuidado nessa perspectiva, são necessários:

- a) programação de ações que dependem da clínica e da epidemiologia, como campos de saberes a serem explorados pelos profissionais de saúde;
- b) desenho das ações programadas;
- c) aplicação de normas, regulamentos e rotinas que orientem a organização de todo o processo de trabalho.

Ao mesmo tempo, Franco (2003) denomina a gerência do cuidado como **projeto terapêutico**, conceituando-o como um conjunto de atos de saúde, pensados para resolver determinado problema apresentado pelos usuários de um serviço de saúde, com o objetivo de produzir o cuidado.

Entretanto, para que isso aconteça, é necessária uma gestão democrática dos serviços que permita aos trabalhadores autonomia e tomada de decisão partilhada, para uma melhor condução do processo.

Na produção do cuidado, as necessidades apresentadas pelos indivíduos ou coletividades devem ser “ouvidas” pelos profissionais de saúde e, com base nelas, os **projetos terapêuticos podem ser desenhados**, tentando responder aos princípios de vinculação, corresponsabilização, equidade e integralidade.

Cecílio (2001) e Fekete (2000) ressaltam que a programação das ações de saúde, ou a elaboração do projeto terapêutico, bem como as respostas às necessidades apontadas pelos usuários, dependem de articulação no núcleo local de assistência e entre os diferentes setores do sistema de saúde.

Perpassando pelos diferentes níveis de assistência, em resposta às necessidades reveladas por usuários, a consolidação de toda essa rede integrada de serviços, elemento estruturante de todo o processo, é denominada por Franco e Magalhães Júnior (2003) como “linha do cuidado”, demonstrada no diagrama 15.

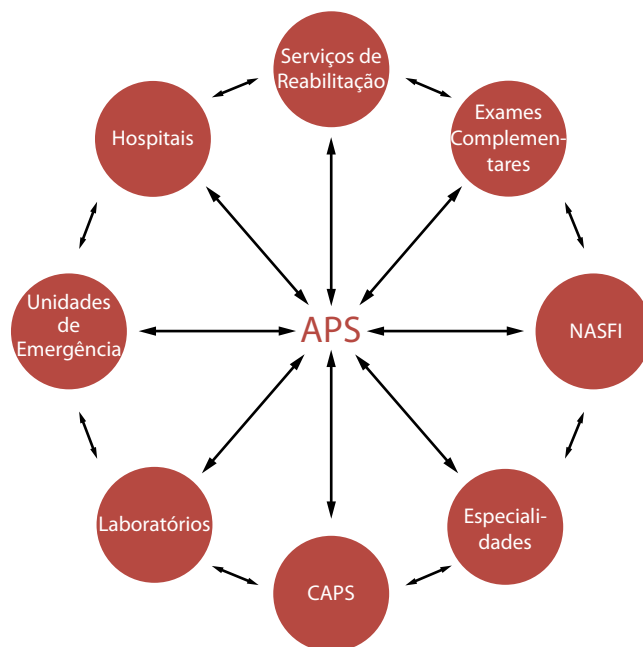


Diagrama 15 – Linha do cuidado

Nesta rede de cuidados, os diferentes níveis de assistência devem ser executados por equipe multidisciplinar, de forma integrada e articulada com outros níveis de complexidade. E, neste contexto, incluem-se os serviços de assistência domiciliar, de responsabilidade da equipe da Atenção Básica e que devem ser realizados dentro de uma programação específica.

A assistência domiciliar é destinada a pessoas com perdas funcionais e dependências para as atividades diárias. A internação domiciliar destina-se a indivíduos em condições clínicas que requeiram cuidados mais intensivos e mais frequentes.



Saiba Mais

Para conhecer melhor o tema, sugerimos a leitura do artigo de: GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=0104-0707&script=sci_serial. Acesso em: 10 mar. 2010.

Em todo esse processo, independentemente das denominações de diferentes autores, o que se busca é uma **gestão integrada** com foco na realidade local e nas iniciativas de novos arranjos institucionais, quais sejam:

- a) ampliação da autonomia e do poder local;
- b) definição de pactos e parcerias locais;
- c) desenvolvimento e revisão de métodos e instrumentos de trabalho;
- d) criação e recriação de sentidos e significados das práticas.

Assim, conforme Fernandez e Mendes (2007), a gestão assumiria uma forma de organização social e de relação entre o político, o econômico e o social, denominada gestão social, em que a adoção da gestão participativa se torna fundamental.



Na Prática

As formas de participação propostas podem ser institucionalizadas em forma de conselhos, ou não institucionalizadas, como nos casos dos fóruns participativos, tais como os comitês locais de gestão ou de projetos específicos. Esse espaço de gestão colegiada proporciona a discussão dos modos de organizar os serviços, dando autonomia aos profissionais e fazendo com que cada um saiba com clareza as suas atribuições.

Nesses espaços, poderiam ser definidos contratos de gestão que delineassem as formas de intervenção, com prazos e metas previamente acordados entre direção e equipes e com a participação de representantes da população, e os resultados seriam acompanhados pelos Conselhos Locais de Saúde ou pelos fóruns.

Alguns autores alertam que, em quaisquer espaços decisórios, devem ser consideradas as dimensões da negociação, da informação, da avaliação e do monitoramento.

A negociação é entendida como um processo dinâmico no qual os acordos podem ser renovados constantemente, na medida em que se ampliam as habilidades e as capacidades de resolução dos problemas, ver diagrama 16:

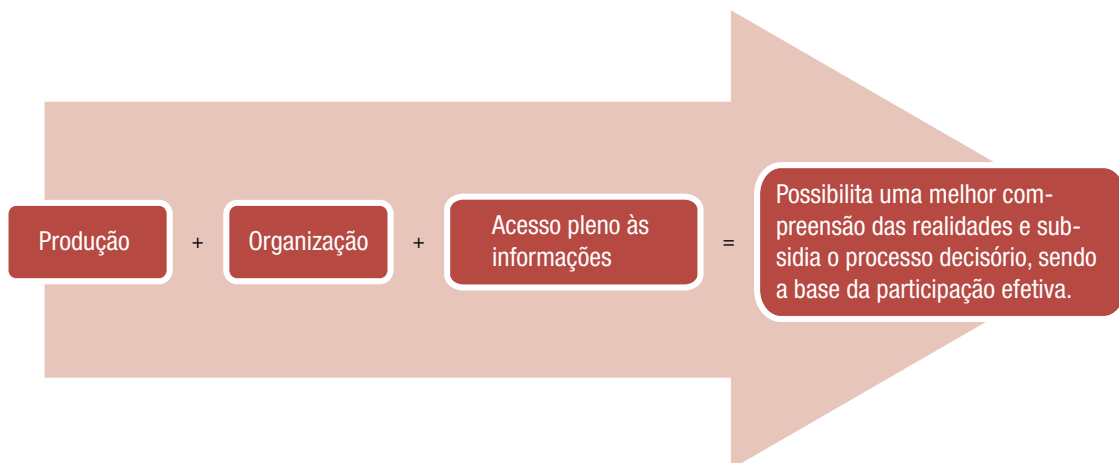


Diagrama 16 – Negociação

A continuidade das ações e dos acordos é indispensável à gestão participativa e integrada para determinar o caminho e identificar os entraves e dificuldades e permite a redefinição de estratégias para o alcance das metas estabelecidas.

Muitos são os desafios das instituições públicas de saúde em busca desta realidade idealizada: construir modos de gestão que sejam compatíveis com os profissionais da saúde, em suas diferentes linhas de atuação, com os objetivos propostos pelo SUS e com a satisfação do usuário, garantindo a saúde da população de forma universal, com equidade e integralidade.

2.3 A Participação Social

Do ponto de vista conceitual, participação social é o processo mediante o qual os diversos grupos sociais tomam parte nos processos decisórios em uma determinada sociedade. Na perspectiva sociológica, a participação é um processo relacional que promove a mobilização dos sujeitos e opera no campo da construção de identidades. Os atores coletivos se consolidam no curso das ações de reflexão e mobilização em torno de características ou problemas comuns. Nesse processo, constroem e negociam identidade coletiva.

Portanto, participação é um processo de conquista, construído gradativamente e de maneira peculiar nas diferentes sociedades. É um conjunto de ações que possibilita a partilha do poder decisório por meio de negociação e superação de conflitos de interesses (STOTZ, 2009).

A participação social não é um processo de concessão, mas uma conquista no âmbito político, e deve ser encarada dentro da noção da ética da responsabilidade. O SUS é resultado de uma ampla mobilização social, cujas reflexões e negociações consolidaram o ideário do sistema de saúde na Constituição de 1988.

A participação organizada da sociedade no setor saúde se constitui em um dos pilares para a obtenção dos objetivos do Sistema Único de Saúde, assim como a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços.

Cabe aqui destacar que, no escopo da participação social, o termo controle social é configurado com significado distinto daquele originário da sociologia, que designa, **grosso modo**, os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo. A concepção de controle social na saúde refere-se à capacidade da sociedade em estabelecer práticas de vigilância e de controle sobre as ações do Estado.

O controle é exercido pela sociedade por meio da presença e da ação organizada de diversos segmentos ou movimentos sociais.

O exercício do controle social no âmbito da saúde está previsto na Lei n. 8.142/90 (BRASIL, 1990), em que foram definidas duas instâncias colegiadas:

- a) Conselho de Saúde;
- b) Conferência de Saúde.

A Conferência de Saúde é um espaço amplo de discussão e reflexão de diferentes segmentos da sociedade civil organizada sobre os problemas e ações desenvolvidas na área. Dela saem proposições de diretrizes para a formulação de políticas nas esferas de governo correspondentes e configura-se como espaço de consulta à sociedade. Cabe ao Poder Executivo ou ao próprio Conselho de Saúde convocá-la e organizá-la em uma periodicidade não superior a

quatro anos. O Conselho de Saúde é um órgão colegiado composto por três segmentos (Diagrama 17):

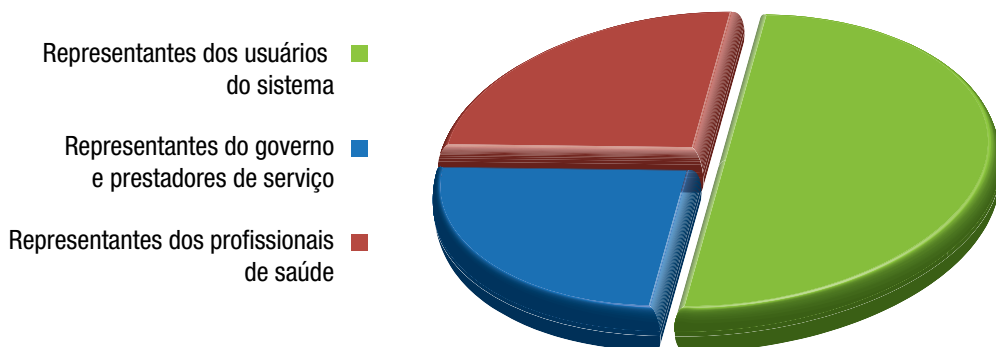


Diagrama 17: Segmentos do Conselho de Saúde

Esse conselho tem caráter permanente, deliberativo, e sua atuação tange à formulação de estratégias e ao controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em cada esfera de governo correspondente.

A regulamentação da participação social no planejamento e controle dos serviços foi normatizada pela Lei n. 8.142/9 (BRASIL, 1990) e as recomendações para sua constituição, estruturação e competências foram definidas pela Resolução n. 33/92, em dezembro de 1992, e reafirmadas pela Resolução n. 333/03, de novembro de 2003, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

A partir daí, os Conselhos de Saúde passaram a se constituir em todo o país e surgiram também outros, como:

- a) Conselhos Distritais;
- b) Conselhos Gestores;
- c) Conselhos Locais.

É inegável que a institucionalização da participação social contribuiu para avanços na consolidação da implantação do SUS e para o processo de democratização da gestão pública. A partir da experiência realizada na área da Saúde é que foram assegurados os mecanismos de participação social em outros setores das políticas públicas.

Com relação à participação social, há que se refletir sobre o tipo de participação e o nível de decisão efetivado; sobre a composição e a representação dos conselheiros; sobre a capacitação dos

conselheiros; sobre o funcionamento do sistema; e sobre a transparência das decisões.

Reflexão

Com base no que você aprendeu até aqui, reflita a respeito das questões a seguir:

Quem, efetivamente, deve compor os conselhos?

Quem deveria participar? A quem deveria representar?

Os conselheiros permanentes (que desde a implantação do SUS ocupam espaços de representação nos conselhos), conformam uma nova categoria profissional?

Os conselheiros deveriam conhecer os aspectos legais e os princípios que devem nortear a organização do SUS?

Você já pensou como é importante a participação de todos?

Ao longo dos seus estudos, você terá a oportunidade de reavaliar suas reflexões e confrontá-las com o conhecimento que irá adquirir até o final do módulo.

Os Conselhos de Saúde constituem-se em espaços contraditórios e tensos à medida que existem diferentes interesses em disputa; nessa perspectiva, são reconhecidos como o “lócus do fazer político” e assentam-se na concepção de participação social.

Assim, participação, pluralismo e cidadania são as características do processo de fortalecimento da sociedade civil na construção de uma nova realidade social (CORREIA, 2000).

Por outro lado, se, no nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões (FORTES, 2004).

A participação e o controle social efetuam-se no exercício da vontade autônoma da coletividade, partilhando o poder de decidir questões públicas. Porém, a existência de formas de participação junto à administração pública não deve ser vista como panaceia. Não é suficiente. Para que haja manifestação dessa vontade, é preciso que se estabeleçam comissões, conselhos ou comitês, pois participar é redistribuir poder político.

Westphal menciona a utilização de formas de participação comunitária baseadas em visões beneficentes, de cunho paternalista, utilizadas em diversas etapas da construção do sistema de saúde. Isso é feito para tentar diminuir as tensões sociais ou integrar as camadas mais pobres aos serviços de saúde. Tais visões estimulam a coesão social; entretanto, não incentivam a busca pela real autonomia da coletividade.

Nesse contexto de múltiplos e divergentes interesses, a presença de diversos segmentos da sociedade nas decisões do aparato de Estado, exercendo o controle social, constitui uma forma de garantir o direito de tornar o Estado, efetivamente, uma “coisa pública”. Torna-se um instrumento de redistribuição do poder do Estado que, mesmo assim, motivado pela beneficência, acaba assumindo formas paternalistas autoritárias.

Essa reflexão possivelmente conduziu você a pensar que a construção da participação e do controle social se dá quando cada cidadão se percebe partícipe do processo de construção do SUS e exerce seu direito de controle social sobre o Estado nos microespaços. Daí a importância da Estratégia Saúde da Família.

A ESF possui profunda identidade de propósito com a defesa da participação popular em saúde, particularmente na adequação das ações de saúde às necessidades da população.



Na Prática

Os profissionais que atuam nesta lógica estão especialmente implicados na construção e consolidação das instâncias participativas, particularmente com os Conselhos Locais de Saúde.

Mas seria possível afirmar que apenas a mobilidade do profissional da saúde garante a participação social e a construção das instâncias de controle social? Ou, ainda, é válido afirmar que, ao ser instalado um conselho local de saúde em uma comunidade, ele automaticamente passa a responder pelo controle social das ações de saúde implementadas?

Na verdade, estamos longe de encontrar respostas positivas para essas afirmações. Todavia, a mobilidade dos profissionais de saúde ligados a ESF é um dos muitos elementos que possibilitam a participação e a construção do controle social.

Vamos a mais uma reflexão:

Como está a construção da participação social em sua Unidade de Saúde? Existe conselho local?

Ele atua?

Quais os principais assuntos abordados nas reuniões?

Promover ações que busquem a integralidade da atenção em saúde e patrocinem espaços de construção da autonomia dos usuários pode contribuir significativamente para o processo de participação e controle social. Essas ações configuram-se no exercício de aprender a partilhar e consolidar poder entre profissionais e comunidade.

A integralidade, ao romper com as práticas cristalizadas de entendimento e de realização do processo de trabalho em saúde e avançar na construção de uma prática de cuidar mais participativa, ética, solidária e centrada no vínculo, estabelece o alicerce da participação social.



Saiba Mais

Você pode continuar sua leitura na biblioteca virtual do Ministério da Saúde. Acesse: <<http://bvsmms-bases.saude.bvs.br>>

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você aprendeu os conceitos relacionados à atuação intersetorial em saúde, à gestão do cuidado e dos serviços de saúde, como também a relevância da participação social na efetiva atuação profissional.

Além disso, pôde discutir a respeito do papel dos Conselhos de Saúde na implementação das estratégias de saúde, bem como sobre as possibilidades de potencializar a intersetorialidade nos postos de saúde.

Por conseguinte, você completou a base reflexiva para o planejamento de ação que será desenvolvido no final do módulo.

Mas lembre-se: a sua caminhada não termina aqui.

Você deve acessar o ambiente virtual de aprendizagem e fazer uma revisão completa de todos os conteúdos estudados e disponibilizados especialmente para a consolidação do que foi visto.

Faça todas as atividades sugeridas. Elas foram planejadas para que você tenha um aprendizado significativo na sua prática diária. Depois, siga em frente, até a próxima unidade, onde você aprenderá os conceitos indispensáveis para um bom planejamento estratégico em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei no 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República da União**. Brasília, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 18 fev. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 197-228.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades e saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: [s.n.], 2003.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social?** os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

FEKETE, M. C. A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In: SANTANA, J. P. (Coord.). **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec, 2007. (Saúde em debate, 183).

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e política de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300004&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 16 fev. 2010.

FRANCO, T. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. 6.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MEHRY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. cap. 4.

JUNQUEIRA, L. A. P. et al. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000100004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 16 fev. 2010.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? **Revista Interface**, São Paulo, v. 8, p. 331-348, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

PAULI, L. T. S. **A integralidade das ações em saúde e a intersetorialidade municipal**. 2007. 211 f. Tese (Pós-graduação em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02122008-195835/>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo em construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

STOTZ, E. N. Participação social. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. de O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, jan./mar. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29458.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2010.