



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
EDUCASAÚDE

GICELAINÉ JACOBSEN ALBRECHT

**CONTROLE SOCIAL E SUA INTERAÇÃO COM OS
CURSOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE**

PORTO ALEGRE 2013

Gicelaine Jacobsen Albrecht

**CONTROLE SOCIAL E SUA INTERAÇÃO COM OS
CURSOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE**

Trabalho apresentado como pré-requisito para conclusão do curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde. Parceria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o Grupo Hospitalar Conceição.

ORIENTADORA: Prof^ª Ms. Caren Bavaresco

PORTO ALEGRE

2013

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas.....	4
RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Objetivos.....	10
2. METODOLOGIA.....	11
3. DESENVOLVIMENTO.....	12
3.1 Um breve histórico.....	12
3.1.1 O controle social.....	12
3.1.2 Os conselhos de saúde.....	14
3.1.3.. As residências multiprofissionais.....	18
3.2. Integrando formação em saúde e controle social.....	20
4. DISCUSSÕES E RESULTADOS.....	23
4.1. Controle Social e as residências.....	23
4.2. Analisando os PPPs.....	24
4.2.1. Projeto Político Pedagógico.....	25
4.2.2. Currículo.....	25
4.2.3 Análise dos PPPs.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
6. REFERÊNCIAS.....	30

Lista de Abreviaturas

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva;

BDTD- Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações;

BIREME- Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências de Saúde;

BVS- Biblioteca Virtual em Saúde;

CNS – Conselho Nacional de Saúde;

CNRMS- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;

DEGES – Departamento de Gestão da Educação em Saúde;

PPP- Plano Político Pedagógico;

PROCON – Promotoria de Direitos do Consumidor;

RMS- Residência Multiprofissional em Saúde;

SCIELO- Scientific Electronic Library Online;

SGTS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde;

SUS – Sistema Único de Saúde.

RESUMO

O conselho de saúde é uma das formas de controle social e, na medida em que houver maior participação da população e dos profissionais de saúde envolvidos nestes espaços de construção do Sistema Único de Saúde poderá haver uma transformação na gestão de políticas públicas.

O incentivo a maior participação dos profissionais de saúde principalmente dos residentes nestes espaços de controle social, tanto em espaços formais, quanto informais talvez seja a chave para a mudança em direção à qualificação profissional para o SUS.

Esta pesquisa buscou analisar a interação entre controle social e as residências em saúde, mais especificamente as residências multiprofissionais. O objetivo desta visa verificar a atuação do controle social na formação de residentes em saúde e relacionar a existência ou inexistência desta interação com os currículos das residências multiprofissionais.

Constitui-se em uma pesquisa qualitativa e será realizada a partir da análise de pesquisa documental, utilizando-se como base artigos sobre o tema publicados em BIREME (Centro Latino americano e do caribe de informação em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), BDTD (Biblioteca Digital brasileira de Teses e Dissertações), livros referentes ao tema e a pesquisa em saúde, e plano político pedagógico de quatro residências em saúde do município de Porto Alegre.

Considerando análise realizada, conclui-se que o fato de as instituições formadoras de residentes incluírem em seus projetos políticos pedagógicos o tema controle social não é garantia de que haja participação social efetiva, porém estes espaços de participação quando devidamente estimulados poderão facilitar o processo de reflexão a respeito das práticas de saúde, de compartilhamento de saberes, bem como de poderes; em direção à saúde pública que queremos.

Palavras Chave: Participação Popular, Controle Social, Formação em Serviços de Saúde, Conselhos de Saúde.

ABSTRACT

The Health Council is one of social control forms and once it has a bigger participation from the population and health professionals involved in these spaces of the Unified Health System, a transformation on the management of public policies can happen.

An incentive for a bigger participation from the health professionals, mainly from those residents on these formal or informal social control spaces, maybe it's a key for a professional qualification focused on the Unified Health System.

This research sought to analyze the interaction of social control and health residency, more specifically the multiprofessional residence in health. The objective of this research is to check the performance of social control in the healthcare resident training and relate this with the educational program of multiprofessional residences.

It's a qualitative research and will be conducted through the analysis of documentary research, using as base papers published in the BIREME (Latin American and Caribbean informational center on Health Sciences), Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Online Library on Health), BDTD (Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations), books and researches about the theme and the political pedagogical plan of four residences in health from Porto Alegre city.

Considering the analysis accomplished, the conclusion is that the fact of health institutions incorporate on the residence pedagogical project the theme of social control, it doesn't ensures effective social participation. However, if these participation spaces have more incentive, it could help in the reflection about health practices and knowledge sharing, leading to the public health we want to have.

Key words: Popular Participation, Social Control, Formation in Health Services, Health Council.

1. INTRODUÇÃO

A participação no Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva do ‘controle social’ foi um dos eixos dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa conferência, a participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor da saúde”. O ‘controle social’ é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização (Ceccim et al, 2002). Esta conferência teve importância histórica, na medida em que reformulou o sistema de saúde readequando o processo formativo aos princípios do SUS e sendo um marco da participação popular nas conferências de saúde.

As discussões e debates que ocorreram na VIII Conferência precederam a promulgação da Constituição Nacional de 1988, que em seu artigo 200 regulamentou o Sistema Único de Saúde e suas competências, a Lei Orgânica da Saúde de 1990, que em seu artigo 6, estabeleceu a regulação da ordenação dos recursos humanos, assegurando políticas para a capacitação e formação de recursos humanos voltados para o SUS; e já na IX Conferência em 1992, primeira conferência após a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, houve a reiteração da necessidade de estabelecer política de formação de recursos humanos, da mesma forma que em todas as Conferências de Saúde que ocorreram posteriormente.

A participação em saúde ficou estabelecida no Art. 198 da Constituição, regulamentada pela Lei 8080/90 e complementada pela Lei 8142/90, fixando-se assim a prática do controle social por meio de Conferências e Conselhos de Saúde. Esta participação, institucionalizada pela Lei 8.142/90, tem como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo e através dos conselhos – instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados, na sociedade civil e nos demais segmentos (gestores públicos, filantrópicos e privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam o ‘controle social’.

O controle social passa a ser novamente o centro dos debates, na XI Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no ano de 2000, com a seguinte chamada: “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na atenção a saúde, com controle social” e desde lá vem se falando a respeito de estratégias que dêem conta da implementação do SUS.

A XI Conferência se destacou por trazer mais uma alternativa de integração entre a formação em saúde, gestão setorial e controle social no SUS expressa como mesas regionais e estaduais de discussão a serem coordenadas por Conselhos Regionais e os Conselhos Estaduais de Saúde. Houve um esforço em comprometer a Universidade com a construção e consolidação do SUS, criando-se novos profissionais, mais adequados às exigências sociais de qualidade da atenção em saúde.

Surgiram nos debates recomendações para que ainda se incluía a formulação de critérios rígidos para a abertura e fechamento de cursos na área da saúde; a aprovação de abertura, fechamento e localização de cursos com base em pareceres dos Conselhos de Saúde; e a inclusão da participação social nos Conselhos Superiores das Universidades, a fim de garantir a relação entre a formação e as necessidades sociais de tratamento e cuidado em saúde, sendo que a aproximação do controle social dos órgãos formadores foi proposta mais uma vez.

O desenvolvimento do processo de implantação dos mecanismos institucionais de controle social do SUS possibilitou avanços significativos na gestão participativa realizada sob enfrentamento de obstáculos importantes. O mais importante destes, esteja talvez relacionado à diluição do poder do gestor ao submeter ao Conselho, suas decisões e ações. O caráter deliberativo do Conselho, condição essencial para a efetividade do controle social, ainda não é exercido na maior parte dos nossos municípios e estados (De Cristo,2012). Segundo Soratto (2010), é possível desencadear um processo de participação popular e controle social em saúde, ainda que incipiente, em um microterritório de atuação, garantindo assim um Sistema Único de Saúde mais ético e equânime.

O 'controle social' envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da maioria da população (Bravo e Correia, 2012). A participação comunitária precisa ser mais ampla que os espaços formais de controle social, ampliando alianças entre os movimentos populares, organizações não governamentais e órgãos públicos de controle; só assim será possível que os Conselhos possam desempenhar seu papel, formando uma nova relação da população com o estado garantindo, assim mudanças na sociedade (Batagello et all, 2011).

Segundo Ceccim (2002), apesar de todas as Conferências de Saúde defenderem em seus relatórios muitas propostas no sentido de qualificar os trabalhadores de saúde para o SUS, se avançou muito pouco na construção de sistemas de avaliação do ensino para detectar sua adequação e adesão às necessidades dos serviços, dos usuários e do sistema de saúde bem como seu ajustamento ao controle social no SUS e ao atendimento às necessidades de aprendizagem dos alunos. A avaliação e a participação efetiva do controle social junto à formação são importantes para se dimensionar a adesão dos programas e projetos aos ditames ou necessidades dos próprios usuários do SUS.

Para Pekelman(2008), os caminhos para uma ação educativa emancipatória são múltiplos e passam pela leitura dos contextos, na análise dos fenômenos, na capacidade de analisar os aspectos da produção de saúde. O serviço de saúde pode e deve ter uma aproximação entre seus vários atores, tendo como papel fundamental problematizar e construir em conjunto os saberes superando o senso comum, sendo importante que os profissionais de saúde estejam inseridos nos espaços de participação nas comunidades; sejam eles formais ou informais.

Atualmente as residências são consideradas; se não como a melhor, uma das melhores formas de ensino em serviço. O incentivo dado pelos ministérios de saúde e de educação constitui-se em um fator facilitador do processo de formação de residentes. A qualidade destes cursos de residência multiprofissionais tem sido preocupação constante das instituições formadoras; e o incentivo das relações entre os diversos atores deste processo e o controle social pode ser uma boa estratégia na busca de qualificação profissional (Fajardo et al, 2010).

Para Cecim(2002), o retardo no cumprimento da legislação existente no que se refere à mudança nos currículos mínimos dos cursos de nível superior e de especializações voltadas para a formação de profissionais de saúde, tem sido um entrave na transformação da ideologia hegemônica e à implementação dos princípios de equidade, integralidade e humanização do SUS.

O trabalho que será apresentado a seguir foi desenvolvido com a perspectiva de demonstrar a importância dos espaços de participação popular na formação em serviços de saúde; e por que não, despertar uma maior integração entre os profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde.

Estes espaços de participação podem ser utilizados tanto por profissionais quanto usuários do sistema de saúde para ampliar as conquistas no sentido de propor mudanças e qualificar os atendimentos à população. Justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa através da necessidade de haver inter-relação entre os vários atores do sistema de saúde e da participação destes nos espaços de participação popular que já estão instituídos.

1.1 Objetivos

Objetivo Geral:

O objetivo principal da pesquisa foi verificar a atuação do controle social na formação de residentes.

Objetivos Específicos: Conceituar controle social e residência multiprofissional, definir as atribuições dos conselhos de saúde em âmbito federal, estadual e municipal de saúde, verificar como acontecem as demandas para os conselhos distritais e municipal de saúde e analisar a existência do controle social no currículo das residências multiprofissionais.

2. METODOLOGIA

Esta pesquisa é do tipo bibliográfica, quanto aos procedimentos técnicos, aplicada, quanto à natureza, qualitativa quanto à forma de abordagem e exploratória, no que se refere à sua classificação quanto aos objetivos. Foi realizada através da análise de artigos postados nas seguintes bases de dados: BIREME (Centro Latino americano e do caribe de informação em Ciências de Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), BDTD (Biblioteca Digital brasileira de Teses e Dissertações) e de documentos como planos políticos pedagógicos das residências multiprofissionais, livros referentes ao tema e a pesquisa em saúde, e legislação vigente. Os descritores utilizados foram: controle social, formação em serviços de saúde, participação popular, conselhos de saúde.

Como critério de inclusão foram utilizados documentos com menos de 10 anos e escritas em língua portuguesa ou espanhola, abordando a temática controle social e residências em saúde. Foram excluídas as referências com mais de 10 anos. Foram encontrados 19 artigos; dentre os encontrados foram selecionados 10 artigos, dentre os planos políticos pedagógicos, foram selecionados 4 devido à disponibilização, de apenas 4 dos 6 planos, pelas instituições formadoras contatadas.

Após a coleta, os dados foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, conforme Bardin (2009), constituindo-se em 3 etapas:

1. Pré-análise: nesta fase foram escolhidos os documentos resultantes da coleta de dados, através de leitura de resumo para seleção dos artigos relacionados à hipótese da pesquisa a ser realizada.

2. Exploração do material: Após seleção dos documentos partiu-se para leitura exploratória do material selecionado.

3. Tratamento dos resultados: Nesta fase houve interpretação dos resultados e codificação dos dados a serem apresentados.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Um breve histórico:

3.1.1 O Controle social

Até o fim da ditadura não se falava em controle social por uma razão óbvia: autoritarismo e participação popular são termos antagônicos. Somente com o início do processo de redemocratização do país, a partir do fim do governo militar na década de 80 é que a expressão “controle social” passou a ser aclamada (Correia, 2009).

A expressão ‘controle social’ tem sido alvo das discussões e práticas recentes de diversos segmentos da sociedade como sinônimo de participação social nas políticas públicas. Durante o período da ditadura militar, o ‘controle social’ da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão. Nesse período, a ausência de interlocução com os setores organizados da sociedade, ou mesmo a proibição da organização ou expressão dos mesmos foi a forma que a classe dominante encontrou para exercer o seu domínio promovendo o fortalecimento do capitalismo na sua forma monopolista. Com o processo de democratização e num momento político efervescente houve o ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários, criando-se um contraponto entre um Estado ditatorial e uma sociedade ávida por mudanças.

Segundo Correia (2009), o Brasil começava a deixar para trás um passado de vinte e um anos de repressão, censuras, prisões políticas, extradições, desaparecimentos e assassinatos dos seus cidadãos. E para implantar uma nova consciência política e social na “Nova República”, o Congresso Constituinte se reuniu para promulgar a mais “cidadã” de todas as Cartas Magnas, a fim de celebrar os ideais de liberdade pelos quais o país tanto ansiava.

Os anos 1980 trouxeram para o cenário nacional uma nova forma de participação, que passa a ser praticada através de gestões colegiadas e representativas e a ser vista como direito de cidadania. Essa participação institucionalizada produzia militantes que desenhavam um sistema único e descentralizada de saúde garantindo

espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde. A participação social surgiu no Brasil com um movimento das classes operárias e dos sindicatos; e culminou com a institucionalização dos Conselhos.

Vários conceitos para a expressão “controle social” foram surgindo ao longo da história alguns inclusive, como sendo um poder estatal utilizado para realizar a manutenção da ordem social ou para construir ordens e identidades sociais específicas.

A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do ‘controle social’ no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos –, do acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade.

O controle social pressupõe um avanço na construção de uma sociedade democrática e que determina alterações profundas nas formas de relação do aparelho de Estado com o cidadão. Através da reforma e modernização do aparelho do Estado é possível se criar mecanismos capazes de viabilizarem a integração dos cidadãos no processo de definição, implementação e avaliação da ação pública.

Na teoria política, o significado de ‘controle social’ é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado. Desta forma, o ‘controle social’ é contraditório – ora é de uma classe, ora é de outra – e está balizado pela referida correlação de forças (Correia, 2009).

A participação popular pode ser expressa através das conferências e os conselhos de saúde que funcionam nas três esferas do governo: federal, estadual e municipal, sendo que em muitos municípios, existe outra opção de participação direta da sociedade no SUS, que geralmente é denominado de conselho gestor.

Os conselhos gestores funcionam em ambulatórios e hospitais com o objetivo de acompanhar o funcionamento das unidades de saúde e zelar pelo atendimento das necessidades da comunidade de sua região (Arantes et al, 2009). Estes conselhos

gestores foram instituídos com a recomendação, segundo deliberação da X Conferência, de que sua existência e funcionamento nos hospitais filantrópicos e universitários, e nos serviços conveniados fossem vinculados à renovação do convênio com o SUS.

Para Silva (2008) a legitimação do controle social pela Constituição brasileira em 1988 foi influenciada pela perspectiva gramsciana de análise do Estado e da sociedade civil. Compreendendo-se que esta própria sociedade civil é sujeito responsável pelo controle exercido sobre o Estado, destacando ainda que, no contexto brasileiro, o controle social é a possibilidade de ampliação da cidadania, principalmente no que se refere à construção da democracia.

Os conselhos constituem espaços de controle social, sendo que este conceito é compreendido, segundo, Batagello (2011), como a capacidade da sociedade civil de promover um enfrentamento moral que permite uma ponderação entre as decisões tecnicamente orientadas, as juridicamente balizadas e as socialmente desejadas.

3.1.2. Os Conselhos de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) existia como um órgão consultivo do Ministério da Saúde, cujos membros eram indicados pelo Ministro de Estado. A Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, instituiu o CNS, reformulou o Ministério da Educação e Saúde Pública, e debatia apenas questões internas. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental.

Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O CNS era composto por 17 membros e as funções de secretaria eram exercidas por servidores do próprio Ministério da Saúde. Em 1959, o Decreto n.º 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou o número de conselheiros para 24.

O Decreto n.º 847, de 5 de abril de 1962, reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta. O número de conselheiros passou para 27.

O primeiro ato da reunião do CNS é a instalação do Plenário com maioria absoluta (número inteiro imediatamente superior à metade do total dos membros do Conselho). Ressalvados os casos que exigem quórum especial, o quórum de deliberação do Conselho é de maioria simples, respeitando o quórum mínimo de instalação, que atualmente é de 25(vinte e cinco) conselheiros.

O plenário do Conselho Nacional de Saúde – CNS é o fórum de deliberação máxima das políticas de saúde, com grande repercussão no país. O cumprimento dos passos regimentais nas reuniões do mesmo contribui para garantir qualidade e transparência nas decisões, e promove a participação democrática e a autonomia representativa dos conselheiros. As decisões são colegiadas, preferencialmente por consenso. Dentre as atribuições dos conselheiros destaca-se:

- Conhecer o regimento;
- Ter responsabilidade de estudar e apreciar as matérias do Plenário;
- Zelar pelo bom desenvolvimento das ações do Conselho.

A participação em saúde ficou estabelecida no Art. 198 da Constituição, regulamentada pela Lei 8080/90 e complementada pela Lei 8142/90, que fixou a prática do controle social mediante um movimento que passa pelas Conferências e Conselhos da Saúde, configurando um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas públicas, especialmente as da saúde.

O conceito definido por lei para os conselhos de saúde: são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos do SUS, que têm entre suas atribuições a atuação direta na formulação e proposição de estratégias, bem como o controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

Os Conselhos de Saúde têm função ampla, com caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde da instância federativa correspondente. O papel fundamental dos Conselhos é exercido nas decisões quanto às prioridades sanitárias e à fixação de diretrizes para a atuação do Executivo na atenção à saúde da população. A existência das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde é coerente com pelo menos três ideias principais:

1. A necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa);
2. O esforço de construção de uma gestão participativa, pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade;
3. A necessidade de acúmulo de capital social, para propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais.

No processo de criação e reformulação dos conselhos, o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deve garantir a paridade de representação do segmento dos usuários em relação aos demais segmentos. Destacando-se que todos os representantes no conselho devem ser indicados por seus pares de acordo com sua organização ou fóruns realizados de forma independente (BRASIL, 2003).

De acordo com Resolução nº 333, o conselho de saúde é composto por representantes dos segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, e conforme Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, estabelecido em resolução nº 407, de 12 de setembro de 2008 e 435 de 12 de agosto de 2010; possui as seguintes competências:

Subseção I

Art. 10 Compete ao Conselho Nacional de Saúde:

I - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

II - estabelecer diretrizes a ser observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

III - elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS;

IV - aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;

V - propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

VI - acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;

VII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País;

VIII - articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área da saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais;

IX - fortalecer a participação e o controle social no SUS.

Importante destacar as duas últimas competências do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que a VIII além dos cursos de graduação, os cursos de pós-graduação, assim como as residências multiprofissionais deverão surgir com vistas a suprir às necessidades da sociedade e a IX que mais uma vez enfatiza a necessidade de se aumentar a participação da população nos espaços de controle social.

Em relação à composição dos conselhos de saúde, há uma determinação da legislação em que a paridade da representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados no conselho. As vagas devem ser distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representantes de governo e prestadores de serviços, destacando que todos os membros do conselho devem ser indicados por seus pares (BRAS IL, 2003).

Os Conselhos de saúde, considerando-se suas várias instâncias, são apenas algumas das formas de participação social, estas são formas institucionalizadas de controle social; porém além dos conselhos e conferências de saúde, a população pode recorrer a outros mecanismos de garantia dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, por exemplo, o ministério público, a comissão de seguridade social e/ou da saúde do Congresso Nacional, das assembleias legislativas e das câmaras de vereadores, a Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon), os conselhos profissionais etc. A denúncia através dos meios de comunicação – rádios, jornais, televisão e internet – também é um forte instrumento de pressão na defesa dos direitos.

As residências multiprofissionais em saúde poderão se tornar excelentes formas de participação popular na medida em que forem incluídos em sua grade curricular espaços de controle social; e de que estes espaços forem valorizados tanto por residentes e gestores como pela população em geral.

3.1.3. As Residências Multiprofissionais em Saúde

Segundo Fajardo (2010), a partir da segunda metade da década de 1970, surgiram, no Brasil, as primeiras experiências de formação em Pós-Graduação Multiprofissional em Saúde, sob a forma de Residência. Esta modalidade de formação especializada representa uma das estratégias para repensar o processo de formação em saúde.

O Ministério da saúde, no ano de 2003 criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e o Departamento de Gestão da Educação na saúde (Deges), tendo este a finalidade de ordenar a formação de trabalhadores para a áreas da saúde, propondo assim a Residência Multiprofissional em saúde (RMS) como um projeto nacional. Havia a compreensão de que o trabalhador deveria ser sujeito dos processos de gestão, formação, atenção e participação social, centralizando-se no usuário e suas necessidades, contrapondo-se ao modelo hegemônico, médico-assistencial (BRASIL, 2011).

Segundo relatório final do IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (2011) a Residência em Área Profissional da Saúde foi oficialmente instituída no Brasil pela lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, é destinada às categorias da área de saúde, excetuando-se a médica. A referida lei, em seu parágrafo 2º estabelece que esta residência seja desenvolvida em regime de dedicação exclusiva, com supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Este programa surgiu para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde recém-formados no mercado de trabalho, mais especificamente para o SUS. Podendo funcionar em instituições ou serviços de ensino superior, com a orientação de profissionais de saúde preferencialmente qualificados para este fim.

Conforme a lei 11.129, em artigo 13, ficou instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, sendo esta voltada para a educação em serviço.

A residência para ser multiprofissional deverá ter um programa constituído por, no mínimo, três áreas profissionais de saúde, conforme resolução CNRMS nº 2/2012 e estruturada de forma que haja integração entre um eixo transversal comum entre todos os campos profissionais e os eixos específicos a cada núcleo profissional.

O I Seminário Multiprofissional em Saúde foi realizado em 2005 e teve como objetivo iniciar a reflexão sobre temas como as estratégias para se construir a multidisciplinaridade; construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde, composição da Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

Logo em 2006, na cidade do Rio de Janeiro, foram realizados quatro seminários regionais e o II Seminário Nacional de Residência Multiprofissional, durante o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO), neste evento houve debate e elaboração das diretrizes e princípios que balizaram o movimento pela institucionalização da residência multiprofissional e em área profissional de saúde, bem como a instituição do CNRMS.

No ano de 2008, aconteceu o III Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde e teve como objetivo discutir mecanismos de acompanhamento, regulação e avaliação das residências multiprofissionais e em área profissional de saúde.

O IV Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde aconteceu em 29 e 30 de setembro do ano de 2011; e através de intensos debates entre os atores envolvidos no processo de formação em saúde, teve como objetivo principal refletir sobre os avanços e desafios da política de residências em saúde. Visando à qualificação profissional para o SUS, foram trabalhados temas ou eixos orientadores como: Concepção pedagógica das residências; Gestão, regulação, avaliação e acompanhamento; Política de Financiamento e Participação Social.

3.2 Integrando formação em saúde e controle social

Ao longo do tempo, a participação dos usuários do SUS foi gradativamente aumentando nas Conferências Nacionais de Saúde, sendo que na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, constatou-se que haveria a necessidade, a ser aprofundada junto ao controle social, da criação de novos cursos na área da saúde, tanto de nível médio, quanto superior, conforme documentado no relatório; os Programas de Residência retornaram com a recomendação de que sejam revisados para adequação ao SUS, tenham suas vagas ampliadas e sejam dimensionados para todas as profissões de nível superior ligadas à saúde.

Foram aprovadas, na XI Conferência Nacional de Saúde, no ano 2000, algumas proposições quanto ao Controle Social, assim como articulação dos aparelhos formadores com os segmentos de controle social do SUS e quanto à formação de profissionais, regulação e papel da universidade. Estas recomendações serão transcritas abaixo:

- Que os Conselhos de Saúde e de Educação criem critérios rígidos que regulem a criação de novas instituições formadoras, a abertura de cursos e a ampliação de vagas na área de saúde e, dentre eles, seja considerada a necessidade social de cada

região, em cumprimento à Lei nº 8.080/90, Artigo 6º, Parágrafo III, que diz estar no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. Que a aprovação se dê com base em pareceres dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, ouvidos os respectivos Conselhos de categoria. Recomendar a participação da comunidade nos Conselhos Superiores das Universidades como forma de contribuir, acompanhar e fiscalizar a formação dos profissionais de acordo com as necessidades sociais da população;

- Cumprir a resolução da X CNS, no que se refere a recursos humanos, onde diz: "revisão imediata dos currículos mínimos dos cursos de nível superior, com a participação dos gestores do SUS e Conselhos de Saúde, adequando-os às realidades locais e regionais, aos avanços tecnológicos, às necessidades epidemiológicas e às demandas quantitativas e qualitativas do SUS". Implementar novas diretrizes curriculares para o ensino médio e superior da área da saúde de modo a possibilitar modificação na formação dos profissionais de saúde, de acordo com a política proposta pelo SUS, incluindo e/ou ampliando, no currículo de cursos de formação dos profissionais da área da saúde, disciplinas sobre saúde coletiva;
- Articular mesas regionais e estaduais de discussões entre gestores, conselhos e órgãos formadores sobre a necessidade de adequar a formação profissional ao SUS, coordenada pelos Conselhos Regionais e Estadual de Saúde;
- Integrar e articular as instituições públicas e filantrópicas de ensino com o SUS, fortalecendo as parcerias Universidade-Sociedade de tal forma que as universidades e órgãos formadores em geral também se responsabilizem pela capacitação continuada dos profissionais de saúde após a graduação e que tenham como parte de sua missão institucional, o aperfeiçoamento do SUS em sua região e a educação continuada dos profissionais da rede. Garantir uma escola integrada com o serviço de saúde com gestão democrática e horizontalizada, partilhada com o SUS, que problematize as questões de saúde de sua região, seu país e seu mundo e que atue na proposição de mudanças com e para a sociedade por meio, por exemplo, da extensão. Garantir uma escola que seja orientada para o ser humano, que produza um profissional qualificado e crítico do ponto de vista técnico-científico, humano e ético, atuante e comprometido socialmente com a luta pela

saúde de seu povo. Garantir uma escola que também produza conhecimento (pesquisa) para o sistema de saúde;

- Estabelecer parceria entre Conselho de Saúde, gestores e o conjunto dos órgãos formadores, para definição de prioridades para as demandas de cursos, tanto de graduação como de pós-graduação, para gestores e todos os trabalhadores, estendendo o processo de residência à equipe multidisciplinar. Estimular a viabilização de campos de estágio e atividades de extensão em municípios que trabalhem com diferentes formas de organização dos serviços, promovendo a discussão e proposição de uma nova lógica de atenção à saúde;

A integração *ensino-serviço* foi recuperada com a inclusão da "comunidade", a partir da importância que se passou a dar ao controle social, permitindo que se fale em integração ensino-serviço-controle social.

A XI Conferência nacional de Saúde foi importante no que se refere à consolidação da interface formação-gestão, trazendo desde argumentos para o desenvolvimento de pessoal engajado no Controle Social em saúde até o fortalecimento dos princípios do SUS. Nessa conferência foi proposta, mais uma vez, a amarração do controle social junto aos órgãos formadores, havendo debate sobre o currículo mínimo com a participação dos gestores e dos Conselhos de Saúde (Ceccim et al,2002).

Conforme Bonetti e Kruse (2004), o SUS possui alguns entraves quanto a questões administrativas e assistenciais que poderão ser elucidadas através da revisão da estruturas curriculares no sentido de enriquecê-las com debates relativos à política, legislação e trabalho no SUS, bem como a articulação dos órgãos formadores com segmentos do controle social do SUS.

4. DISCUSSÕES E RESULTADOS

4.1. Controle Social e as residências

Segundo Oliveira e Almeida (2009), houve um fortalecimento dos conselhos de saúde através de encaminhamentos mais concretos, porém a capacidade de deliberações ainda precisa ser fortalecida por capacitação que inclua elementos técnicos, políticos e administrativos, representatividade, fortalecimento da cidadania, divulgação das atividades dos Conselhos, maior mobilização social e articulação entre as várias formas de controle social.

O Controle Social em Saúde é uma estratégia para democratizar o poder, o espaço, o canal de manifestação da participação social regulada e institucionalizada normalmente no aparelho de Estado. Reveste-se de caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas práticas políticas nos aspectos técnicos, administrativos, ambientais e orçamentários, através de deliberações, intervenções e encaminhamentos de decisões referentes às necessidades identificadas pelos representantes legítimos.

Por meio do controle social crescente será possível garantir serviços de qualidade, pois a partir do momento em que o Estado deixa de participar, passando apenas a promovê-los e gerenciá-los, buscará ao mesmo tempo, o controle social direto e a participação da sociedade.

Oferecer controle social à população é governar de forma interativa, equilibrando forças e interesses, e promovendo maior organização das diversas camadas sociais de maneira a buscar melhores padrões de equidade. O controle social deve pressupor um modo de governar onde os cidadãos possam atuar como sujeitos políticos capazes de orientar e fiscalizar a ação do Estado.

Afinal... Quem é o Controle Social? O que faz ou deverá fazer o Controle Social?

Este trabalho pesquisou as questões acima, com a perspectiva de demonstrar a importância destes espaços de participação popular na formação em serviços de saúde. Os Conselhos de Saúde tem como base de sua representação, a articulação com os movimentos sociais organizados e devido a sua diversidade, no que se refere à sua organização, retarda o processo de consolidação do controle social na saúde.

A literatura no Brasil a respeito de controle social, segundo estudo realizado por Cotta et al em 2010, tem demonstrado que ainda há vários entraves para a efetiva participação da sociedade civil nos Conselhos de Saúde, e que o funcionamento dos mesmos, não é semelhante em todo o Brasil, sendo verificado pelos conselheiros um grande desconhecimento das bases legais e ideológicas da participação, facilitando portanto uma maior influência dos gestores locais, no funcionamento e escolha dos membros participantes do Conselho Municipal.

Apesar das discussões e incentivo à interação entre ensino, gestão, atenção e controle social, sendo este quadrilátero tomado como sustentação no processo de formação para área da saúde, privilegiando-se o controle social como organizador de políticas e serviços nessa área; ainda há muito a ser feito para que a participação social seja realmente efetiva (Medeiros, 2010).

4.2. Analisando os PPPs

Antes de apresentar o capítulo a respeito dos Planos Políticos Pedagógicos das Residências em Saúde façamos uma recapitulação, embora brevemente, a respeito de alguns conceitos que poderão ser relevantes para análise dos mesmos.

4.2.1 Projeto Político Pedagógico

Para Veiga (2003), no sentido etimológico, o termo projeto vem do latim *projectu*, participio passado do verbo *projicere*, que significa lançar para diante. Plano, intento, desígnio.

Quando se elabora um Projeto Político Pedagógico, planeja-se o que se tem intenção de fazer, de realizar. Lança-se para diante, com base no que se tem, buscando-se o possível. É antever um futuro diferente do presente.

O projeto supõe rupturas com o presente e promessas para o futuro, um projeto educativo pode ser encarado como promessa frente a determinadas rupturas. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo assim seus atores e autores.

O projeto político-pedagógico é visto como um documento programático que reúne as principais idéias, fundamentos, orientações curriculares e organizacionais de uma instituição educativa ou de um curso.

4.2.2 Currículo

É um importante elemento da organização escolar e implica na interação entre sujeitos que têm um mesmo objetivo e o referencial teórico que o sustenta, ou seja, é a organização do conhecimento escolar.

O conhecimento escolar precisa ser dinâmico, por isso a reflexão dos atores envolvidos no processo de elaboração do plano político pedagógico é importante.

Na organização curricular é preciso considerar alguns pontos básicos:

- ✓ O primeiro é o de que o currículo não é um instrumento neutro.
- ✓ O currículo não pode ser separado do contexto social.
- ✓ A instituição escolar deve buscar novas formas de organização curricular, em que o conhecimento escolar (conteúdo) estabeleça uma relação aberta e se inter-relacione em torno de uma ideia integradora.
- ✓ O controle social é instrumentalizado pelo currículo oculto, sendo este as “mensagens transmitidas pela sala de aula e pelo ambiente escolar”.

A noção de controle social na teoria curricular crítica é mais um instrumento de contestação e resistência à ideologia veiculada por intermédio dos currículos, tanto do formal quanto do oculto.

Segundo Padilha (2013), o PPP se torna um documento vivo e eficiente na medida em que serve de parâmetro para discutir referências, experiências e ações de curto, médio e longo prazo. Sendo um **projeto**, porque reúne propostas de ação concreta a executar durante determinado período de tempo; **político** por considerar a escola como um espaço de formação de cidadãos conscientes, responsáveis e críticos, que atuarão individual e coletivamente na sociedade, modificando os rumos que ela vai seguir e **pedagógico** porque define e organiza as atividades e os projetos educativos necessários ao processo de ensino e aprendizagem.

4.2.3. Análise dos PPPs:

Existem 6 residências multiprofissionais na cidade de Porto Alegre, destes foram selecionados 4 para análise de conteúdo, devido à disponibilização pelas instituições responsáveis por apenas 4 dos 6 contatados, com o objetivo de verificar a presença de alguma referência ao tema “controle social”. As instituições de formação em serviço foram codificadas aleatoriamente pelas letras A, B, C, D, E, F à fim de preservar anonimato das mesmas.

Dentre os PPPs analisados observou-se que o projeto da instituição A faz referência a participação popular, neste caso como sinônimo de controle social, tendo logo no primeiro ano de residência multiprofissional, contato com o tema na forma de Prática de Campo, onde os residentes são avaliados quanto ao interesse, participação e comprometimento nos espaços de controle social, constando nos objetivos específicos deste PPP o item: Estimular a participação nos espaços de controle social.

Na Residência da instituição B o tema controle social aparece em sua matriz curricular no item eixo teórico transversal como parte do conteúdo referente aos princípios do SUS e no Módulo de prática como Instâncias de Controle Social, sendo que

neste módulo os itinerários de prática são o Conselho Gestor Local e Conselho Municipal de Saúde.

Na Residência da instituição C o tema controle social aparece como parte do planejamento de atividades de reflexão teórica para o primeiro ano de residência e de atividade prática de controle social para o segundo ano de residência.

Por outro lado, na residência da Instituição D não está explícito em seu projeto político pedagógico alguma indicação de que o tema seja abordado durante formação de residentes.

Quanto ao Projeto da E e F não foi possível realizar qualquer análise já que um referiu não poder disponibilizar o projeto e outro não ter projeto ainda. Cabe resaltar que o fato de haver dificuldade em obter acesso a documentos que deveriam ser públicos, pode ser também analisado como uma falha no controle social, uma vez que estes projetos deveriam passar pela apreciação do Conselho Municipal de Saúde.

Após análise dos artigos selecionados e Planos Políticos Pedagógicos observou-se que o controle social, quando inserido no contexto das residências multiprofissionais, pode conforme e Pekelman (2008), Fajardo (2010) e Sorato (2010) contribuir para maior qualificação dos serviços de saúde e que estes espaços de participação popular, mesmo informais são uma ótima oportunidade para desfazer os nós ainda persistentes no que se refere a formação em serviço e na melhoria dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde.

Embora haja todo um aparato legal em torno manutenção de espaços de controle social, a falta de informação tanto dos profissionais de saúde como da população a respeito do significado e da dimensão que a participação popular pode tomar no que se refere à gestão de políticas públicas, ainda é um impedimento no sentido de trazer para o cotidiano o controle social, prova disto é a pouca ou em alguns casos nenhuma inclusão do tema nos currículos das residências.

No processo de formação de residentes, a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas de saúde poderão pensar e produzir espaços de saúde, de qualidade de vida, pois se o encontro entre os vários atores envolvidos neste processo for

devidamente estimulado, as residências em saúde poderão demonstrar as suas potencialidades para romper com os paradigmas existentes.

Estratégias como divulgar o Sistema Único de Saúde para população em geral, além do direito de participar das deliberações no que tange as políticas de saúde, poderiam de certa forma despertar o interesse das pessoas em participar dos espaços de controle social e facilitar a interação entre os profissionais de saúde e usuários do sistema de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o projeto supõem rupturas com o presente e promessas para o futuro, numa perspectiva de sair de um estado confortável, atravessar certa instabilidade e enfim alcançar uma estabilidade, no sentido de conquistar um estado melhor do que o presente; é uma forma de se materializar as promessas comprometendo assim, os atores e autores envolvidos.

Considerando análise de planos políticos pedagógicos dos cursos de residências multiprofissionais existentes na cidade de Porto Alegre; observou-se que, apesar de muitos incluírem em seu currículo o tema controle social, não existe a garantia de que os profissionais da saúde terão participação efetiva nas diversas instâncias de controle social. Primeiro, porque o fato de o tema ser trabalhado na teoria não significa que seja realizado na prática e segundo, nem todos os profissionais da saúde estão interessados em refletir sobre suas práticas e/ou ações do estado.

A inclusão do tema Controle Social, como disciplina teórica e prática nos currículos das residências em saúde, bem como o reconhecimento pelos gestores deste tipo de atividade educativa participativa poderia viabilizar o processo de reflexão sobre o que as Instituições e as pessoas que atendemos diariamente esperam de nós. O incentivo ao compartilhamento de saberes e poderes constituem-se, atualmente, em uma necessidade no sentido de garantir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (integralidade, equidade e universalidade) e de finalmente aproximar a saúde pública que temos, da que queremos.

6. REFERÊNCIAS

ARANTES, C.I. S; MESQUITA, C.C; MACHADO, M.L. T; OGATA, M.N. **Controle Social na Saúde: discutindo os resultados de uma pesquisa com enfermeiras.** Acta Paul Enferm., 2009,22(4), 417-21.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2009.

BATAGELLO, Rodrigo; BENEVIDES, Luciana; PORTILLO, Jorge A. C; **Conselhos de Saúde: controle social e moralidade.** Saúde Soc., v.20, n.3, p 625-634, São Paulo, 2011.

BONETTI, Osvaldo P.; KRUSE, Maria H. L. **A Formação que temos e a que queremos: um olhar sobre os discursos;** Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 maio/jun;57(3):371-79.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, 2003; 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União.* Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

BRAVO, Maria Inês Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa; **Desafios do controle social na atualidade.** Serviço Social & Sociedade. São Paulo:(109): 126-150, Jan/Mar, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer; **O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva 7(2): 373-383, Porto Alegre, 2002

COTTA, Rosângela M. M.; MARTINS, Poliana C.; BATISTA, Rodrigo S.; FRANCESCHINNI, Maria do C. C.; PRIORE, Silvia E.; MENDES, Fabio F. **O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde,** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1121-1137, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, **IV Seminário Nacional Sobre Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde : Experiências, avanços e desafios,** Brasília-DF, setembro, 2011.

CORREIA, Maria V. C; **Dicionário de Educação Profissional em Saúde,** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009 in <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>

CORREIA, Maria V. C **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde,** Editora Fiocruz, Rio de Janeiro; 2005.

DE CRISTO, Solange Conceição Albuquerque; **Controle social em saúde: o caso do Pará**. Serviço Social & Sociedade. São Paulo: (109): 93-111, Mar, 2012.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA-RS; **Proposta Político Pedagógica para o Programa de Residência Integrada em Saúde**, Porto Alegre, 2012.

FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer Rocha; PASINI, Vera Lúcia. **Residências em Saúde: Fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

GRISOTTI, Márcia; PATRICIO, Zuleica M.A ; SILVA, **Andreia da Participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde: um estudo qualitativo**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(3): 831-840, 2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO; **Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde**, Porto Alegre, 2009.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE; **Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde**, Porto Alegre, 2010.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA – Fundação Universitária de Cardiologia do Rio Grande do Sul; **Projeto Político Pedagógico para o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde**, Porto Alegre, 2011.

MEDEIROS, Amorim R; **A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [2]: 497-514, 2010.

OLIVEIRA, Milca L. de; ALMEIDA, Eurivaldo S. de; **Controle Social e Gestão Participativa em Saúde Pública em Unidades de Saúde do Município de Campo Grande, MS, 1994-2002**. Saúde Soc. São Paulo, São Paulo, v.18, n.1, p.141-153, 2009.

PADILHA, Paulo Roberto; **O que é Projeto Político-Pedagógico (PPP)**- Revista Nova Escola. São Paulo-SP, Ed. 259, Fevereiro, 2013

PEKELMAN, Renata. **Caminhos para uma ação educativa emancipadora: A Prática educativa no cotidiano dos serviços de atenção primária em saúde**. Rev. APS, v. 11, n. 3, p. 295-302, jul/set, Porto Alegre, 2008.

SILVA, J.O.; **Conselhos, Controle social e racionalidade do Estado. Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 43, p. 118-127, Jun. 2008.

SORATTO, Jacks; WITT Rodrigo R.; FARIA, Eliana M. **Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família** . Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1227-1243, 2010.

VEIGA, Ilma P A; **Inovações e Projeto Político Pedagógico: Uma Relação Regulatória ou Emancipatória?** Cad. Cedes, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, Dezembro 2003
Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

ZAMBON, Vera D; OGATA, Márcia N; **Configurações dos Conselhos Municipais de Saúde de uma região no Estado de São Paulo**. Revista Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2011.