

Artigos de Atualização e Divulgação

DIMENSÃO POLÍTICO PEDAGÓGICA DA ÁREA DA SAÚDE

Update and Disclosure articles

THE POLITICAL PEDAGOGICAL DIMENSION OF THE HEALTHCARE FIELD

Fernanda Oliveira Sarreta*

<http://lattes.cnpq.br/9852924287537869>

Iris Fenner Bertani**

<http://lattes.cnpq.br/5996564050509324>



CAMINE: Cam. Educ. = CAMINE: Ways Educ., Franca, SP, Brasil - eISSN 2175-4217 - está licenciada sob [Licença Creative Commons](#)   

RESUMO: O artigo discute os desafios na conquista do direito universal e integral à saúde, uma preocupação mundial, e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se dá num contexto em que as políticas públicas são orientadas pelos ideais neoliberais, segundo a lógica do mercado, ferindo os princípios constitucionais. Analisa a educação continuada em saúde como estratégia política para a formação dos trabalhadores da saúde explorando sua dimensão pedagógica como um caminho para fortalecer a participação e a democratização nas relações entre os atores.

Palavras-chave: políticas públicas. trabalhador da saúde. educação em saúde.

ABSTRACT: The article discusses the challenges in the conquest of the universal and integral right to health – a worldwide concern – and the implantation of the Brazilian Health Unique System (*Sistema Único de Saúde* – SUS) that occurs in a context in which the public policies are guided by the neoliberal ideals, according to the market logics, wounding the constitutional principles. The article also analyzes the permanent education in health as a political strategy for the formation of the health workers in its

* Doutora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social na UNESP, Campus de Franca. Membro do QUAVISSS. Assistente Social da Secretaria Municipal de Saúde de Franca/SP.

** Professora livre docente do curso de graduação em Serviço Social e do Programa de Pós Graduação em Serviço Social da UNESP - Universidade Estadual Paulista - Campus de Franca.

pedagogical dimension as a way to fortify the participation and the democratization of the relations among the actors.

Keywords: public policies. health workers. education in health.

INTRODUÇÃO

A implementação dos serviços públicos, que efetivamente garantam melhoria da qualidade de vida e de saúde da população, são desafios não apenas locais e regionais, mas mundiais. O debate que envolve a conquista do direito universal à saúde, pode fornecer elementos para novos caminhos e indicações alternativas sobre as condições de participação social, mudança do modelo de atenção, da educação em saúde, e formação profissional. A necessidade da introdução destes aspectos nas ações de saúde vem sendo ressaltada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, ao chamar a atenção da comunidade mundial, afirma que a mesma tem recursos financeiros e tecnologias suficientes para lidar com a maioria desses problemas, e alerta que esta incitação requer vontade e compromisso político para:

[...] utilizar conhecimentos e construir sistemas de saúde robustos para o tratamento e a prevenção de doenças, e a promoção da saúde da população. O desenvolvimento de trabalhadores de saúde capazes, motivados e apoiados é essencial para superar as dificuldades que impedem o alcance de objetivos de saúde nacionais e globais. (OMS, 2006, p. XVII)

O Relatório Mundial de Saúde 2006 (OMS, 2006), apresenta uma avaliação da força de trabalho global de saúde e propostas de cooperação entre as sociedades e seus recursos – humanos, financeiros, tecnológicos, científicos; uma análise detalhada da importância do investimento nos trabalhadores de saúde como um dos desafios prioritários para o século XXI; enfoca que “o desenvolvimento da força de trabalho é um processo contínuo que está sempre aberto a melhorias” (2006, p. 29). As estratégias para fortalecer esse processo envolvem: aumentar a construção de instituições de educação pública, sobretudo de faculdades de saúde pública; garantia da qualidade da educação, apontando o crescimento do setor privado na educação; necessidade da

intervenção do Estado na regulamentação profissional; a revitalização das capacidades de recrutamento para intermediar as demandas, e as necessidades de saúde pública. De maneira geral, a OMS (2006, p. 30) orienta estratégias para “agir agora, antever o futuro e adquirir capacidades críticas”, mas que por si só, são “insuficientes para lidar com as realidades dos desafios da força de trabalho de saúde hoje e no futuro”. Devem, portanto, ser complementadas “em pelo menos três fontes: conhecimento e aprendizado; acordos e cooperação; e capacidade de resposta às crises da força de trabalho”.

A catalisação do conhecimento, ao servir como apoio para pesquisas embasadas na realidade de saúde atual e possibilidades de projeção para o amanhã, pode ajudar a eleger as melhores práticas e habilidades para solução de problemas como compromisso político coletivo. A investigação nesta área engloba, portanto, uma instância coletiva de reflexão e representa aquisição de saber que pode melhorar a saúde das pessoas, uma vez que a indagação constante da realidade organiza e orienta critérios para essa demanda da sociedade. É neste caminho que a formação comprometida com o conhecimento técnico-científico e políticas educativas baseadas no diagnóstico da região visam à formação de profissionais capacitados a atuarem como sujeitos, agentes das necessárias mudanças de mentalidades, ação e resultados concretos para a população.

Entendendo saúde condicionada e determinada pelas condições de vida e trabalho de uma dada população, parece que as soluções possíveis passam pelas novas propostas de revisão do modo de fazer saúde. Uma focalização prioritária na atenção primária e prevenção é apontada como o único caminho para que os países consigam implantar os ideais de universalização, participação comunitária e integralidade. Implica na decisão do investimento político em um bem social, que por sua profundidade nos resultados e pela amplitude da abrangência na vida da população pode ser considerada um bem maior, a saúde.

SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA

A reação da sociedade brasileira na busca de seu espaço legítimo na área da saúde deu-se por meio do processo participativo e estratégias mobilizadas por ocasião do Movimento da Reforma Sanitária e construção do SUS. A adoção dessas propostas na Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), como política pública foram efetivadas por meio de programas. Toda sua elaboração visava a aproximação das medidas de saúde à população brasileira, como um direito.

Saliente-se que a questão da saúde vista de modo isolado dos condicionantes e determinantes sociais, inviabiliza a luta por sua efetivação com qualidade. Este aspecto pode ser percebido pelo afastamento da temática da pauta das reivindicações trabalhistas e da descrença generalizada de sua própria força no embate social. A materialização prática no dia-a-dia dos serviços está pautada pelo descaso político, o que pode ser verificado na falta de incentivo e esclarecimentos sobre o SUS, acrescentada pelos baixos salários pagos aos funcionários da saúde.

Esses fatores retiraram, aos poucos, o relevo necessário para o funcionamento do serviço público de saúde, que passou a sobreviver resistindo contra a falta de recursos, condições de trabalho precárias e cobranças sociais elevadas. Como nenhum desses componentes motivacionais acontece, completa-se o quadro de carências: o atendimento do SUS torna-se um serviço prestado por trabalhadores pobres para doentes pobres, distanciando o aspecto integrado dos princípios constitucionais e o conceito ampliado de saúde. (Bertani; Sarreta; Lourenço, 2008)

Campos (2006) destaca que o SUS apresenta uma nova configuração para o desenho da saúde pública brasileira, em especial pela ampliação da descentralização. Mas, como o próprio autor mostra em outro estudo, o viés dado pelo modelo ainda não assumiu integralmente os princípios do SUS, uma vez que permanecem hegemônicos em nossa sociedade “[...] restos do antigo modo de organizar a atenção, [...] centrado em hospitais, especialistas, com pequeno grau de coordenação e de planejamento da assistência” (2007, p. 303). Para que ocorra de fato a incorporação dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, é necessário a formação de novas práticas e saberes. Trata-se de um movimento que passa pela objetivação do trabalho no interior

do SUS, apontado pelas condições e exigências das novas demandas, onde a formação é um instrumento para encaminhar o trabalho, numa perspectiva coletiva e de promoção da saúde.

O SUS enfrenta problemas que envolvem o acesso e a qualidade do atendimento, comprometem o modelo de atenção proposto e sua legitimidade. Como caminhos possíveis, o Ministério da Saúde tem implementado estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e práticas para potencializar a atenção integral, resolutiva e humanizada. Dentre as alternativas em desenvolvimento, a Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004) foi arquitetada para formação e desenvolvimento dos trabalhadores, reafirmar os princípios democráticos do SUS e atravessar suas diferentes ações e instâncias. Construída para valorizar as experiências concretas, com referência nas características locais, incentiva o desenvolvimento da autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção da saúde. Visa apontar o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com dispositivos que ampliam os espaços para diálogo, integração, troca de experiências e conhecimentos, e a busca de respostas e soluções coletivas para problemas que impedem a atenção integral e de qualidade.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Embora a consolidação do SUS e sua avançada proposta de reforçar a participação da sociedade e a descentralização dos serviços apresentem-se como uma nova via para se construir saúde, as formas de encaminhar as questões no cotidiano ainda reproduzem o modelo de atenção curativa e as práticas centralizadoras e autoritárias, tradicionais no Brasil desde o período da colonização. Essa é a primeira oportunidade de formação dos trabalhadores pela ótica da educação continuada em saúde que, ao se tornar política pública, evidenciou a possibilidade de eles receberem informações que respondem às necessidades vivenciadas na prática.

Esta perspectiva não constitui propriamente uma novidade, pois desde a criação e os primeiros esforços de implantação do SUS há o imperativo da formação de recursos humanos em saúde, na execução dos novos paradigmas apontados. Esta

necessidade também tem sido constantemente apontada nos eventos científicos da área da saúde, de onde se dirigem moções aos órgãos públicos para adequar o atendimento e a qualidade dos serviços prestados. O progresso significativo nessa direção foi a transformação de projetos dispersos de capacitação em Política Nacional, para nortear o desenvolvimento do SUS (SARRETA; BERTANI, 2006).

Os limites das iniciativas públicas voltadas à implantação definitiva do conceito ampliado de saúde ainda não foram bem elaboradas e compreendidas pelos sujeitos envolvidos nesta área, e nem ao menos pela sociedade em geral. Sobretudo, que esse esforço de ruptura e superação do modelo curativo não se realiza de forma simplista, já que representa em si uma quebra dos paradigmas tradicionais da saúde. O **porquê não está dando certo** é explicado, no senso comum, como uma fase inicial de implantação, levando-se em consideração que o SUS completou 20 anos em 2008: tempo demais para quem dele precisa, tempo de menos para imprimir uma mudança de direção social tão radical (BERTANI; SARRETA; LOURENÇO, 2008).

Centrando nesses relevantes aspectos para a implantação do SUS, pode-se considerar que a educação continuada em saúde, ao receber regulamento de política pública, passou a necessitar o compartilhamento de responsabilidades na condução, acompanhamento e avaliação da sua implementação. O destaque da educação como componente estratégico da gestão no SUS, para promover transformações efetivas na formação dos trabalhadores, tem em vista aproximar o ensino e a prestação dos serviços, bem como estes à realidade dos usuários. Para fortalecer essa concepção e efetivar o conceito ampliado de saúde, a participação dos diversos atores é essencial.

O importante diferencial da política é a construção coletiva de estratégias de trabalho comprometidas com as necessidades de cada local e região mediante a problematização das práticas, visando a recuperar as ações e desenvolver a autonomia e a participação ativa. Assim, o modelo que se pretende implantar, entende a educação como um elemento fundante, indo além de capacitações e treinamentos isolados e voltados para problemas imediatos. Na nova concepção, a se construir, diz o texto do Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde, “o alcance das mudanças desejadas supõe um processo interativo e participativo nas relações cotidianas, principalmente quando marcadas por compromissos éticos, com o melhor

acolhimento da população e com a promoção da autonomia dos usuários” (BRASIL, 2005, p. 43).

Com o objetivo de garantir a realização da política nas regiões e municípios do país, a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde foi a constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, como instância interinstitucional, respeitando a diretriz de descentralização, regionalização e participação do SUS. Os Pólos têm a função de articular os atores da saúde para identificar problemas e alternativas de formação, e programar processos de mudanças que atendam as necessidades dos serviços podendo assim, superar o poder hegemônico na saúde.

Do ponto de vista pedagógico, a educação permanente está alicerçada na aprendizagem significativa do trabalho, na problematização das práticas cotidianas e das dificuldades que impedem a atenção integral e a qualidade do atendimento. Berbel (1998) esclarece sua operacionalização, que se articula a partir da observação da realidade concreta, e em seguida, na concentração sobre os impasses identificados e as suas causas num contexto mais amplo, aprofundando a reflexão dos pontos considerados prioritários para serem pesquisados teórica e empiricamente.

A implantação da política, ao privilegiar a utilização da problematização, enquanto metodologia eminentemente participativa considerou-a inclusiva ao trabalho de campo, devendo implicar no envolvimento pró-ativo de todos os atores sociais. A ênfase desta metodologia salienta a contribuição das diferentes práticas, possibilita aos sujeitos interagirem com o meio, com vistas à sua preparação para a tomada de consciência de seu mundo. Tem a finalidade de propiciar a atuação intencional no real e “transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem” (BERBEL, 1998, p. 145).

Importa lembrar que Freire (1974) já havia se detido profundamente sobre a questão da educação, ao identificar o caráter acrítico, autoritário e seletivo da educação formal, reforçando o ponto de vista metodológico da educação libertadora, a qual deve ser construída a partir do diálogo e da participação. As contribuições da prática são, portanto, problematizadas e configuram uma forma do educador estimular o debate e a teorização, numa relação de constante troca entre os sujeitos. A exploração temática deve acontecer num espaço de negação e reafirmação, extrapolando os conteúdos

formais já cristalizados no modo de ensino tradicional, transcendendo para a reflexão, edificando o patamar da “realidade pensada” e levando às proposições de novas intervenções.

Não se trata de um exercício de estímulo de criatividade para resolução de problemas imediatos, mas da provocação de questionamentos reflexivos sobre ações e atitudes profissionais cotidianas, como sujeitos políticos, históricos e culturais, diante do processo de transformação da realidade que se mostra insatisfatória no atendimento da área da saúde. A construção do aprendizado em saúde é complexa e revela a superação de práticas individuais e tradicionais que ao longo dos tempos reforçaram muito mais a erradicação das doenças do que as condições de saúde. Compor e recompor o processo de integralidade na saúde torna necessária a reorganização do trabalho que envolve tanto o gestor, o trabalhador, o usuário, como as instituições formadoras.

Conforme recomendam Bravo e Matos (2004) ao analisar esta ação, ela deve ser realizada em sintonia com o movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela legitimação do SUS; facilitação do acesso aos serviços de saúde; garantia da participação popular e dos trabalhadores nas decisões a serem tomadas. As autoras lembram ainda aos trabalhadores a necessidade de atualização profissional, sistematização do trabalho desenvolvido, e a realização de uma postura investigativa constante sobre temáticas relacionadas à saúde.

Vasconcelos (2002, p. 429) ressalta que o trabalho voltado para o coletivo contribui para a politização das relações sociais, tornando essencial, entre outras medidas, “[...] não só o investimento na capacitação dos profissionais, mas também o resgate na reconstrução da relação entre poder público e sociedade civil”. As forças da sociedade direcionadas para uma mobilização reformista de implantação definitiva do SUS implicam na adesão dos atores sociais como protagonistas. Dentre esses, o mais vulnerável e que tem sido constantemente vitimizado como objeto de um atendimento precário em suas doenças tem sido o usuário.

O bombardeio constante da mídia em geral consolida a opinião pública de que só se sujeitam ao atendimento do SUS aqueles que, em decorrência da pobreza e fracasso social não conseguiram subir um degrau a mais na escada social, destinada

aos mais hábeis e preparados. É a prevalência da meritocracia individualista na escala de valores da sociedade, impondo-se no lugar dos interesses da coletividade. A questão da ideologia neoliberal penetrando nas mais estreitas vielas do cotidiano, direcionando o modo de viver e sentir a própria vida e o direito de todos à saúde, entendida como dever de Estado.

O núcleo temático mais importante das políticas sociais na vertente neoliberal é o enxugamento do Estado de suas responsabilidades sociais, implicando em retrocessos da cidadania tanto no plano legal quanto no prático, uma vez que acaba ocorrendo a sua restrição e não a ampliação. A discussão de Pereira (2006 p. 109) acerca dos conceitos de cidadania e justiça social analisa o efeito do impacto neoliberal nas suas condições de efetivação, e argumenta que “[...] sob o neoliberalismo, mais do que nunca ficou claro que os direitos de cidadania são de fato direitos dos ricos em um mundo repleto de pobres”. Sua implantação e ideologia, traduzidas no enfrentamento da questão social e suas múltiplas expressões destacam o efeito contraditório observado na implantação das políticas públicas em geral, de garantia dos direitos no plano legal e seu distanciamento no plano prático, provocado pela redução do papel do Estado. Há o progressivo distanciamento entre as medidas de proteção social garantidas no texto legal e as que vêm sendo praticadas, e subordina os direitos sociais à lógica do mercado.

Igualmente, não se trata apenas da negação ou do desconhecimento da proposta do SUS, mas principalmente de uma profunda e arraigada descrença no inespecífico setor público, que se confirma infelizmente, quase diariamente pelos fatos. A idéia social deste sistema de saúde como direito, por partir do pressuposto da universalidade, equidade e atenção integral, surge como conflitante ao modo de viver e de produção predominante na sociedade capitalista periférica de estrutura baseada em condições de desigualdade, individualismo e exclusão social.

O entendimento do SUS costuma freqüentemente ser ligado às condições de custo-benefício na aplicação de recursos, esquecendo-se situações comunitárias de base antropológica e social-cultural e da própria forma de gestão local. Pode-se cogitar que, se o SUS encontra-se ainda muito afastado de sua realização, esta incompletude talvez se deva ao conflito entre os fatores resultantes das formas de envolvimento dos

sujeitos sociais e aspectos resultantes de decisões que não satisfazem propriamente os anseios da população.

Ao se focar a ampliação da responsabilidade com a inclusão das ações de formação, pode-se dizer que, apesar dos desencantamentos “o SUS ainda se move” (Campos, 2007 p. 302), ou seja, o SUS não foi encerrado como direcionamento político nacional, e exige novas formas de se pensar e praticar democracia. Das Universidades, espera-se a demanda da capacidade de repensar as velhas formas de se fazer saúde, apesar dos obstáculos, e o reforço das vantagens ao instar novos significados para a vida da população.

A educação em saúde ao sinalizar o processo de aprendizagem significativa possibilita caminhos alternativos, para que os saberes existentes contribuam para a apropriação do SUS, permitindo a reflexão do mundo do trabalho e das dificuldades que impedem o atendimento de qualidade. Esses aspectos, uma vez destacados, traduzem as necessidades e diferenças de cada local, por meio das **rodas de debates**, funcionando como dispositivo integrador e de inclusão social por meio do SUS.

Outro aspecto preocupante neste desenho é a formação dos profissionais, edificada desde os bancos escolares de forma fragmentada e distante do perfil adequado para o trabalho na área da saúde pública. A busca interligada e sistemática entre áreas parceiras pelo desvendamento das necessidades de saúde da população é indispensável para que, afinal, os processos de trabalho possam ser efetivamente, educativos. Nesse sentido, as práticas de educação devem ser direcionadas para se integrarem às práticas dos serviços públicos de saúde. Acredita-se que este processo possa ter início, por meio da formação permanente dos trabalhadores, estabelecida como possibilidade para a reflexão crítica de sujeitos ativos sobre os processos de trabalho no SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da criação do SUS, a compreensão de saúde não está mais enquadrada apenas nos limites da doença. Há o enfoque, sobretudo, dos determinantes sociais, embora no cotidiano ainda sobressaiam ações embutidas de

antigos valores, e os atendimentos continuam sendo realizados dentro do modelo verticalizado tradicional, sem manifestação de visão de mundo sócio-histórica. Algumas características que ficaram mantidas desse antigo modelo de saúde pública se desdobram na dependência da dinâmica dos serviços técnico-administrativos e burocráticos institucionais, que tanto podem interrompê-los como perpetuá-los.

Destaque-se a importância do trabalhador da saúde enquanto sujeito histórico e seu papel de evidência na conquista do espaço dentro dos vários serviços, para a introdução de ações de educação em saúde e participação. As atribuições estabelecidas, bem como as introduzidas na direção da responsabilidade sanitária de cada trabalhador da área, indicam que a atenção em saúde abrange a prevenção e a promoção, ocorrendo nas condições e processos de trabalho.

As respostas dadas pela instituição do SUS às demandas de saúde/doença remetem necessariamente às determinações da questão social e das transformações contemporâneas, bem como ao papel do Estado e da sociedade na sua condução e gestão. Ainda que a Constituição no Brasil tenha incorporado em seu texto os ideais da Reforma Sanitária e legalizado na estrutura do Sistema de Saúde a necessidade da formação dos trabalhadores, não foram concretizadas ações que pudessem indicar a sua efetivação. As constantes críticas e o questionamento persistente das diretrizes do SUS, mais especificamente as que se referem à universalização, a integralidade e a equidade tem encontrado a reação do mercado para estabelecer um modelo de política de saúde de característica privatista. A partir do receituário neoliberal com a restrição do papel do Estado, os recursos são racionados, vulnerabilizando a organização das medidas necessárias à consolidação do seu bem mais precioso, a construção de uma nova consciência sanitária e política, na perspectiva transformadora da área pública.

O compromisso com os aspectos listados no conceito ampliado de saúde adotado no país deixa de ser efetivado na implantação fragmentada das políticas; perpetua-se na falta de integração entre os conteúdos propostos pela Política de Educação Permanente em Saúde; nega os saberes, desejos e experiências acumuladas dos usuários e trabalhadores. A política de saúde vincula-se aos processos econômicos, políticos, culturais e ideológicos; a sua construção enquanto prática social relaciona-se ao modo de desenvolvimento social do país. Neste aspecto, considera-se

condicionante a dimensão político pedagógica nos serviços, tanto para os usuários que buscam o atendimento quanto para os trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. A problematização baseada em problemas: são diferentes termos ou diferentes caminhos? In: **Interface Comunicação, Saúde e Educação** n. 2, fevereiro de 1998, p. 139-154. Fundação UNI/UNESP.

BERTANI, I. F.; SARRETA, F. O.; LOURENÇO, E. A. S. **Aprendendo a construir saúde**: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde. Franca: UNESP/FAPESP, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia em Participativa. **A construção do SUS**: história da reforma sanitária e do processo participativo/Vicente de Paula Faleiros...[et.al]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade - análise do contexto da gestão e das políticas de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. **Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês de Souza.[et al], (org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004, p. 23-47.

CAMPOS. G. W. S. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS): um modo singular de produzir política pública. In: **SERVIÇO SOCIAL & SOCIEDADE**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 132-146.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? In: **Ciência e Saúde Coletiva**. ABRASCO - Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, volume 12, mar-abr. 2007, p. 301-306.

FREIRE, P. **A pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2006** – trabalhando juntos pela saúde. (Acesso em 14 de junho de 2007 www.saude.gov.br)

PEREIRA, P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2006.

SARRETA, F. O.; BERTANI, I. F. A construção do trabalho em equipe do Serviço Social no SUS de Franca/SP. In: **Interdisciplinaridade: integração entre saberes e práticas**. OLIVEIRA, C. A. H. da S.; BERTANI, I. F. (Orgs). Franca: UNESP, 2006. p. 55-78.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.