

# **FORMAÇÃO E CAMPO DE PRÁTICAS**

**Quando equipes e usuários  
interagem na educação  
pelo trabalho em territórios  
complexos: renovando  
conhecimentos e práticas da  
formação e do trabalho em  
saúde**

**Alcindo Antônio Ferla,  
Erica Rosalba Mallmann Duarte,  
Alexandre Medeiros de Figueiredo.**

## **Introdução:**

As políticas de saúde para a área da educação têm sido espaço de tensão entre diferentes concepções sobre como aprender em diferentes cenários e como organizar o trabalho no interior de serviços e sistemas de saúde. Nesse espaço as tensões provêm de distintos interesses, concepções diversas e também da fragmentação institucional na regulação dessas questões. O processo de reforma sanitária no Brasil, que constituiu o sistema de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), tornou-o também responsável por ordenar a formação e o trabalho no setor e essa definição está registrada na Constituição Federal. Sem prejuízo das competências dos demais atores, que, nesse caso, incluem outros ministérios (da Educação, do Trabalho, da Ciência, Tecnologia e Inovação, pelo menos) e outros organismos da sociedade (Conselhos Profissionais, Conselho Nacional de Educação), além das instituições de ensino, com graus diversos de autonomia, conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, cabe ao SUS competências no ordenamento da formação e do desenvolvimento científico e tecnológico do setor, assim como da rede de saúde.

O reconhecimento da necessidade de maior protagonismo do Sistema Único de Saúde no ordenamento da formação e do trabalho na saúde decorre de diversas questões. Uma primeira, sem dúvida, é de ordem epistemológica e diz respeito aos questionamentos contemporâneos sobre o desenvolvimento científico e tecnológico e sua capacidade de fortalecer a vida e os modos democráticos e saudáveis de viver. Como registra Boaventura Santos (2004), o tempo atual é marcado pelo maior acúmulo de conhecimentos científicos da história e por níveis significativos de injustiça social e violência, o que desfaz uma relação construtiva entre ambos. Segundo o autor, a racionalidade vigente é indolente: tem uma impotência auto-

prescrita, por considerar exteriores as questões complexas do cotidiano; é arrogante, na medida em que se considera incondicionalmente livre para exercer-se; opera numa razão metonímica, reivindicando-se como única forma de racionalidade; e não se aplica a pensar no futuro por considerar o futuro uma extensão linear do presente. Entre outras consequências, Boaventura Santos (2004) destaca uma certa tendência da ciência contemporânea de desperdiçar as experiências como depositárias de outras racionalidades diversas daquela vigente. Os problemas do cotidiano requerem novas abordagens para sua superação e, na saúde, não é diferente.

Entretanto, é preciso, sem dúvida, também considerar que o desenvolvimento do sistema de saúde contemporâneo, e utilizamos o SUS como situação visível e vivida por aqueles que se ocuparam de constituir as experiências constantes da presente coletânea e por aqueles que desenvolveram iniciativas no âmbito dos programas que compõem o escopo de sua abrangência, teve um movimento evolutivo indiscutível nos últimos anos: incorporação de segmentos sociais excluídos de acesso e de protagonismo na sua implementação, produção de conexões de serviços e práticas com serviços territorializados em localidades onde as pessoas vivem e constroem sua saúde, desenvolvimento de serviços diversificados que reivindicam novos modos de organizar o trabalho no seu interior e, mesmo, o acúmulo de uma crítica importante à racionalidade vigente e à visibilização de novas ideias sobre a produção de saúde e modos de abordá-la.

Esse contexto chama a atenção para a necessidade de mudanças na formação das profissões da saúde, como também abre um novo campo de reflexões (CECCIM; FERLA, 2008), responsável pela proposição de novos dispositivos e novas políticas, considerando as discussões gerais sobre a formação

profissional e do trabalho, mas também incorporando as questões e experiências singulares da área da saúde. Entre outras características, essas “novidades” destacam o local como desafio para a territorialização de arranjos de saber e configuração de práticas, constituindo visibilidade para problemas até então invisíveis ou subalternos na produção de conhecimentos e na formação de trabalhadores. Tomamos o desafio de refletir, nesse ensaio, sobre temas como a complexidade necessária ao saber-fazer no cotidiano dos serviços e o protagonismo desejável das equipes e dos usuários na síntese de conhecimentos e tecnologias, mas também sobre a potencialidade desse protagonismo na formação dos profissionais. Tornar visível essas potencialidades tem a pretensão de auxiliar na *travessia de fronteiras* necessária à formação e ao trabalho (CEC-CIM; FERLA, 2008) e também demonstrar a relevância das experiências do cotidiano para a produção de conhecimentos e tecnologias mais prudentes e capazes de organizar de forma mais decente (inclusiva, democrática, cidadã) o trabalho em saúde, tarefa para a qual nos associamos aos relatos captados nas experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que compõem essa coletânea.

### **Articulação teoria/prática e integração ensino/serviço: repetição ou criação?**

Uma questão relevante quando se pensa em mudança no ensino das profissões da saúde tem sido enunciada em diversos escritos e análises como um problema de articulação entre teoria e prática. A expressão “teoria” normalmente designa, ao mesmo tempo, o conhecimento científico sistematizado e disponível, principalmente no espaço acadêmico (relativo à

Verdade, portanto) e o ensino profissional, normalmente enunciado como a transmissão do conhecimento e da técnica, ou a subjetivação pelo conhecimento. Não por outro motivo, a certificação da formação profissional se dá ao final do trânsito nos cursos ou, no limite, pela comprovação da capacidade de trânsito no campo de conhecimentos da profissão, por meio de testes cognitivos. A expressão “prática”, por sua vez, enuncia o mundo do trabalho e seus fazeres, idealmente capazes de utilizar-se das melhores evidências da ciência e da técnica. Há uma hierarquia visível entre essas duas dimensões, uma vez que deficiências no mundo das práticas constituem aspectos secundários na legitimação profissional: deficiências no trânsito acadêmico resultam na postergação ou impossibilidade de titulação; deficiências no campo das práticas, exceto se relativas ao domínio das técnicas, dificilmente resultam em grandes efeitos na carreira profissional, como se vê com frequência na imprensa e no cotidiano dos serviços sobre comportamentos desabonadores de alguns profissionais dirigidos aos usuários. Essa não parece ser a forma mais potente – sequer a forma mais condizente com o processo de formação e de atuação – de pensar nas articulações entre a educação e o trabalho. Há um espaço mais amplo e, de certa forma, desconhecido entre a teoria e a prática. A produção de conhecimentos, que dá base ao que se chama de “teoria”, tampouco está descolada de práticas e das escolhas e desdobramentos políticos que são associados à prática. A transmissão da teoria é, essencialmente, uma prática e uma política, que inclui e exclui conhecimentos e técnicas na formação a partir da perspectiva dos atores que detêm mais poder para essa decisão. Embora essa reflexão pudesse ampliar seu foco para o debate epistemológico mais contemporâneo sobre o conhecimento e sua articulação com os fazeres do cotidiano, interessa-nos aqui refletir especificamente sobre o

contexto da saúde e suas implicações na análise do aprender e do fazer (no sentido das práticas profissionais). Esse é o campo de incidência mais direto dos projetos PET e Pró-Saúde e o núcleo de análise mais diretamente envolvido nas experiências aqui contempladas.

Uma questão que emerge imediatamente, quando se enuncia que há necessidade de articulação entre “teoria” e “prática”, é que parece dado como fato uma separação estrutural entre o ensino e o trabalho. Imediatamente se formula a ideia, bem frequente nas políticas da educação e da saúde para a formação profissional na área, de que é necessário aproximar o ensino com os serviços. É preciso refletir com maior densidade sobre essa questão, que, assim, genérica e sem uma devida problematização, soa falsa do ponto de vista histórico e epistemológico, sendo que seus desdobramentos com frequência resultam em reiterar o já instituído.

Ora, como bem nos recorda Foucault (1989), a “ciência das doenças” (tomaremos a precaução de não denominar de *clínica*, ou pelo menos de qualificar essa como a clínica da biomedicina) nasce no interior do serviço, associada ao trabalho realizado no mesmo. De um serviço muito específico, é verdade, o hospital assistencial da Idade Média, que, com as transformações em diferentes áreas da sociedade europeia do final do Século XVIII, se transforma em “hospital médico”. Essa transformação incidiu sobre os processos de trabalho no seu interior: de um trabalho cotidiano voltado para a assistência espiritual aos doentes e desassistidos, para um trabalho sistemático voltado à cura das doenças, com mudanças significativas no perfil e na organização dos seus agentes. Até meados do Século XVIII, os personagens mais importantes no seu interior são filantropos religiosos em busca de respostas espirituais e a partir de então são profissionais da saúde, buscando anali-

sar, compreender e incidir sobre a doença. A clínica nasce no hospital como ciência e como intervenção sobre as doenças e permanece assim na vigência da lógica biomédica. Até nossos dias, mesmo em diferentes cenários de prática, essa é a abordagem predominante. (FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011). Ocorre que o hospital foi transformado também no serviço assistencial mais relevante do sistema de cuidados naquele período, uma vez que outras práticas e outros saberes até então vigentes foram perdendo legitimidade para a atenção ofertada à população. Portanto, em meados do Século XVIII a formação, a produção de conhecimentos e tecnologias e o trabalho de assistência às doenças ocorria no mesmo local: o hospital médico. Ou seja, ele é, ao mesmo tempo, o local de exercício do trabalho com os doentes, o laboratório de desenvolvimento de conhecimentos e técnicas e o “campo de práticas” para a aprendizagem, com uma particularidade: os atores se repetem e, portanto, o trabalho opera também como experimentação para a produção de conhecimentos e para a formação. No início do Século XX, essa designação é atualizada pelo chamado *Relatório Flexner*, que assim valida esse cenário como central à formação e propõe a aprendizagem no seu interior como a educação cientificamente competente. As ideias de Flexner tiveram a capacidade de gerar efeitos na formação médica no mundo ocidental, constituindo-se como padrão a ser seguido pelas escolas e base para a avaliação da formação. (CECCIM; FERLA, 2011).

As transformações do hospital assistencial para o hospital médico, segundo Foucault (1989), são de ordem disciplinar, produzindo uma nova técnica de gestão das pessoas. Entre as transformações que embasam a ciência e a técnica que se desenvolvem nesse período, o autor cita: a distribuição espacial dos indivíduos se altera, de um aglomerado para séries mais

ou menos homogêneas, a partir dos problemas definidos; o controle no trabalho se desloca do resultado para o processo, inserindo os próprios trabalhadores na “arte do corpo” e do seu controle, ou seja, o controle biopolítico não se dá exclusivamente sobre o doente, mas envolve os próprios trabalhadores, para gerar maior eficácia nos gestos; se desenvolve uma técnica de vigilância constante sobre os doentes, que inclui diversos olhares incidindo sobre os indivíduos; e, por fim, se desenvolve um sistema de registro contínuo dos eventos que acontecem com o doente, analisados de forma ascendente, numa pirâmide que torna o exame um instrumento fundamental de individualização (como “portador” de eventos seriados) e de exercício de poder sobre o doente (a essa altura, já constituído como “paciente”: ao mesmo tempo portador de doença e objeto de intervenção médica). As transformações no interior do hospital se articulam com transformações no saber da medicina, que, nessa época, está inserida num sistema epistêmico voltado ao meio, que compreende a doença como fenômeno natural produzido por formas de relação do indivíduo com o meio. Portanto, a intervenção médica deve ser dirigida também ao meio em que o indivíduo se encontra (daí a naturalização da internação e do controle sobre as diversas variáveis da vida do doente no ambiente hospitalar, deslocado do seu meio) constituindo-se como política de gestão da vida. O hospital médico se constituiu também num lugar de formação e transmissão de saber, instituindo a residência de médicos e demais profissionais na condição de autoridades com base na sua experiência cotidiana graças às transformações no seu interior e à vigência desse sistema epistêmico.

O que Foucault (1989) nos permite compreender é que há um nexos importante entre a transformação do saber e da organização do sistema de saúde no final do Século XVIII e a



constituição de um novo saber sobre as doenças e sobre os modos de tratar os doentes. Esse saber e esse “novo modo” foram fundados (*territorializados*) no interior do hospital, que nesse período passa de assistencial-religioso para médico-curativo. Como todo conhecimento que se fortalece na modernidade, o saber é disciplinar, tende à especialização e, no caso do saber que emerge no interior do hospital, está centrado na visão negativa da saúde, incidindo sobre a doença (na lógica da queixa-conduta, como problema-solução/diagnóstico-procedimento) e a construção epistêmica que se utiliza para compreendê-la naquele momento. As demais concepções e práticas sobre a saúde, os demais códigos e signos para explicar e incidir sobre o adoecimento, outras vivências e significados para o processo de saúde-adoecimento (as “outras saúdes”) que disputavam vigência naquele período, foram perdendo legitimidade tanto no que se refere à utilização para resposta às necessidades de saúde da população como para a produção e acumulação de conhecimentos e a produção de tecnologias para o trabalho. Importante registrar, como nos alertou Madel Luz (2013), que o discurso biomédico produzido nesse contexto tem vigência forte até a contemporaneidade no interior das instituições de formulação e regulação de políticas de saúde, denominadas pela autora de “instituições médicas”.

## **O trabalho no interior do sistema de saúde como desafio complexo à aprendizagem**

Bem, do Século XVIII até os tempos atuais, foram produzidas várias transformações tanto nos sistemas explicativos sobre a saúde e a doença, quanto nos sistemas de serviços de saúde e nas políticas setoriais, assim como nas teorias pedagógicas. Sobretudo, se acumulou uma crítica importante acerca dos limites da racionalidade biomédica para a produção de

saúde. Essas transformações ainda não estão completamente incorporadas no trabalho e no ensino, mas é fato a constatação de que não é um problema genérico de aproximação, senão um conjunto específico de iniciativas de integração e um nível de interação pretendido relativo à superação do modelo de pensamento e práticas vigentes. É fato, também, que as aproximações mais frequentes reproduzem a mesma lógica: o conhecimento e a técnica são apreendidos no ambiente acadêmico e a aplicação dos mesmos, pela repetição em escala, se faz nos serviços, tornados simplesmente “campo de práticas”. Ou seja, tanto a organização do trabalho no interior dos serviços, quanto os modos de organização da formação profissional (seja na sala de aula, seja em outros cenários), são definições políticas tomadas em decorrência dos imaginários vigentes e das condições de pensamento disponíveis; portanto, trata-se de práticas de trabalho no interior dos serviços e práticas de ensino no interior das instituições formadoras. Assim formulada, a questão quebra a hierarquia entre o “saber” e o “fazer” e abre-se para permitir a expressão das disputas que, de outra forma, ficam num plano de invisibilidade que impede ou dificulta o debate e seu próprio desenvolvimento. De toda forma, parece necessário recuperar a articulação inicial, no hospital médico, entre trabalho, ciência & tecnologia e formação, agora considerando que há um conjunto ampliado de serviços e instituições, de natureza diversa e com conexões mais fortes com o cotidiano de vida das pessoas. Essas recomendações também disputam vigência desde, pelo menos, o início do Século XX, afirmando a ideia de que a diversidade de serviços requer variações na formação vigente. (CECCIM; FERLA, 2011).

Mesmo assim, a potência da diversidade de serviços, com muita frequência, se resume à oferta em escala para a repetição e para o desenvolvimento de capacidades instrumentais para

sua aplicação. Muito frequentemente, não se constitui espaço no contato da formação com os serviços para a produção de novos conhecimentos, para a conexão de redes de saberes de origens diversas, para a adequação do conhecimento e da técnica às diversidades locais, para a prospecção de novos arranjos para o trabalho no seu interior. A experiência acumulada no interior dos serviços não adquire status de estranhar o conhecimento que se projeta sobre ela e é desperdiçada como dispositivo para fazer avançar o conhecimento e as práticas, inclusive na gestão da aprendizagem e do próprio trabalho. O distanciamento entre ensino e serviços não se dá, centralmente, pela falta de contato, mas pela não integração efetiva, ou melhor, por uma integração fixa: o serviço é “campo de práticas” para os conhecimentos e as técnicas aprendidas na sala de aula, que ainda mantém em grande medida a conexão com o seu serviço de origem, o hospital médico. Novamente a ressalva de que não se trata de negar a relevância do conhecimento produzido pela biomedicina até agora, apenas de perceber que a mudança do *setting* de exercício do trabalho também requer ajustes no conhecimento e nas tecnologias que o embasam e, portanto, também na formação dos profissionais. Talvez as questões mais evidentes da inadequação da simples transposição de cenários sem o ajustamento da base epistemológica sejam, justamente, os temas que se concentram nos relatos dessa coletânea: saúde do adolescente, direitos sexuais e reprodutivos, saúde de usuários de drogas, entre outros. A relação saber/poder do conhecimento disciplinar não “pega” nesses segmentos e as estratégias de disciplinamento como preparação para as boas práticas da clínica tampouco se mostram eficazes. O cuidado, nesses casos, requer trabalho em equipe, matriciamento em rede, conhecimento das políticas e da organização dos serviços e de articulações intersetoriais, entre outras.

Entretanto, as “aproximações” mais frequentes ainda partem do suposto de que ensino e serviços não formam um híbrido, no máximo duas faces distintas da mesma moeda, onde há um “meio” sólido e seguro que as separa. Uma efetiva integração parte do borramento das fronteiras entre ambos, constituindo as instituições de ensino e os serviços como correspondíveis pelo desenvolvimento do ensino e dos serviços, e se faz não como relação individual entre o ensino de uma profissão e um serviço, mas com arranjos multiprofissionais e com redes de atenção num determinado território, como sistemas de saúde locais. (FERLA et al., 2015). Não se trata de embaralhar responsabilidades e eliminar especificidades entre ambas, mas de superar a imagem de que a universidade não tem qualquer responsabilidade com o desenvolvimento do trabalho no interior dos serviços, exceto pela pesquisa sobre os mesmos e disseminação do conhecimento, e que os serviços não têm qualquer responsabilidade sobre o ensino, exceto abrir-se como campo de práticas. A conexão com o sentido mais forte da integração requer responsabilidades recíprocas, mas também o borramento dos lugares constituídos para ensino e para serviços, não mais como lugar de teoria (a universidade e a sala de aula) e de práticas (os serviços). O desenvolvimento do trabalho e a inovação pedagógica requerem aproximação e certa dose de aventura, uma vez que o conhecimento está representado, ao mesmo tempo, pela produção científica de uma parte cada vez mais restrita da realidade visível e por um conjunto de relações de poder, retomando o conceito de disciplina em Foucault (1989). O que nos recoloca, na reflexão sobre o que precisa ser mudado, em práticas fragmentadas e relações fixas de poder e pertencimento.

Há limites importantes, bastante visíveis, na lógica disciplinar constituída na origem da clínica biomédica, que quere-

mos abordar a partir da ideia de que a produção da saúde e da doença, assim como a organização do trabalho, também tem dimensões menos estruturadas e redutíveis ao conhecimento prévio. O interior do hospital e suas transformações não é o único cenário para conhecer e abordar o processo de produção de saúde (mesmo da doença) e, no tempo atual, provavelmente sequer o que tem mais desafios para a formação e para o desenvolvimento do trabalho. Políticas e sistemas de saúde, assim como a compreensão do processo de produção de saúde, tiveram grande desenvolvimento nos últimos tempos e as produções pedagógicas mais contemporâneas, que embasam as políticas de educação mais recentes, falam de desenvolvimento de capacidades profissionais como experimentação e na produção de conhecimento significativo ao sujeito que aprende. (CECCIM; FERLA, 2008). As transformações na educação em saúde no século XXI apontam, justamente, para a interdependência entre os setores de saúde e educação e para a construção de processos pedagógicos que sejam capazes de produzir sujeitos com saberes, capacidades e atitudes quem respondam as necessidades em saúde. (FRENK et al, 2010). Há ventos de todos os lados soprando em favor de mudanças mais substantivas no fazer cotidiano dos serviços e na formação dos trabalhadores da saúde.

Para seguir nessa reflexão, escolhemos fazer uma aproximação com o conceito da complexidade, inicialmente com a ideia da não redutibilidade das questões do “mundo do trabalho” ao conhecimento disciplinar disponível, revisitando algumas construções intelectuais do campo da saúde. Madel Luz (2009), em ensaio clássico sobre a complexidade do campo da saúde coletiva, nos auxilia nessa reflexão. Diz-nos a autora, revisando contribuições de estudiosos do campo, que há especificidades paradigmáticas que incidem sobre seu de-

envolvimento, além de uma diversidade de disciplinas que o compõem e um hibridismo epistemológico que aponta deslocamento em direção à complexidade. O debate conceitual em torno da saúde, da visão “negativa” (saúde como ausência de doenças) ainda hegemônica, originada nas especialidades médicas (mas também em parte da produção das ciências sociais), para uma visão de positividade, afirmando modos de produção e afirmação da saúde, produz um deslocamento relevante para a refundação do campo, mas também para a vitalidade de sua produção. Luz (2009) enumera um conjunto de tensões que estão na base da vitalidade do campo: tensões disciplinares, inclusive de campos diversos, produzindo um hibridismo epistemológico onde coexistem lógicas de produção do conhecimento e de organização do trabalho; tensões entre a lógica teórico-epistemológica da produção de conhecimentos (interpretativa ou explicativa, dependendo da área disciplinar de origem) e a lógica operativa e pragmática da eficácia, vigente nas práticas voltadas para o controle do adoecimento individual e coletivo. Além dessas, a própria noção do coletivo gera tensões no campo, derivadas da interpretação da Epidemiologia, da Saúde Pública, das Ciências Humanas e de uma certa margem de indefinições, que mantêm vivo o espaço de disputas por vigência na elaboração de políticas até a implementação do cuidado. (GUIMARÃES, 2016).

Na intenção deste ensaio, a inserção da ideia de complexidade como tensão de lógicas diversas e engendramento de arranjos móveis de conhecimento não tem como objetivo principal a crítica à racionalidade vigente da ciência e/ou da biomedicina, mas de destacar, pelos argumentos já listados até aqui, a relevância e a inovação de pôr em interação, na reflexão sobre o ensino e o desenvolvimento do trabalho, os pares conhecimentos/práticas, equipes/usuários, equipes/ensino,

usuários/ensino, saúde/território, conforme enuncia o título. Colocar esses pares em ação para a análise da integração entre ensino e sistemas locais de saúde, na perspectiva da mudança na formação das profissões da saúde, significa dar visibilidade à ausência até agora, retomando a formulação de Boaventura Santos, e aproveitamento das experiências do cotidiano. A relação ensino e trabalho no cotidiano dos serviços é dispositivo da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (“Caminhos para a Educação Permanente em Saúde”), conforme o documento oficial do Ministério da Saúde quando propôs o campo de ação estratégica da “gestão do trabalho e da educação na saúde” (Brasil, 2004). Educação & Desenvolvimento é uma expressão que fala do ensino, da aprendizagem e da construção de práticas em relação de implicação, articulados no cotidiano do trabalho. (CECCIM; FERLA, 2008)

Na perspectiva da educação permanente em saúde, a articulação ensino e trabalho é propícia para a travessia de fronteiras entre o paradigma epistemológico vigente e as necessidades do cotidiano do ensino e do trabalho. Trata-se de tornar os problemas e situações do cotidiano do trabalho em dispositivo de pensamento e análise para as equipes (equipes ampliadas, incluindo os profissionais em formação que estão nos serviços) e com os usuários (indivíduos, grupos e movimentos, no serviço e no território de atuação), produzindo novos e provisórios arranjos de conhecimento, técnicas e tecnologias para a organização de intervenções. Ao tempo em que se faz novas sínteses, se desloca o trabalho para outra dimensão, mais próxima da integralidade; se desloca também o corpo, transformando-o pela aprendizagem. Assim, o conhecimento se torna significativo (CECCIM; FERLA, 2008) para seus agentes, ampliando a capacidade de tomar decisões em cada situação. A educação permanente em saúde amplia a compreensão da abrangência

do trabalho e do ensino na saúde para o quadrilátero formação/atenção/gestão/participação, colocando em movimento esses vértices, como na imagem de uma mandala que se faz presente no cotidiano. (CECCIM; FERLA, 2008). Ao deslocar o pensamento, torna visíveis as interfaces entre ensino e serviço, entre diferentes profissionais da equipe, entre serviços diversos da rede de atenção, entre diversidades que compõem os modos de viver e produzir saúde das pessoas, entre as diferentes dimensões do território em que vivem e atuam. Enfim, nessa perspectiva, equipes e usuários pertencem à miríade de saberes que precisa pertencer às práticas e à aprendizagem e, portanto, são portadores de potência para o desenvolvimento do trabalho e do ensino. A leitura dos textos que compõem essa coletânea, por certo, afirmará a escolha de tornar visível sua contribuição e a relevância de constituir integrações para o ensino como alianças que incluam esses atores.



## Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2\\_vp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vp.pdf). Acesso em 09/11/2016.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Abertura de um eixo reflexivo para a educação da saúde: o ensino e o trabalho. Em; MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio. **Educação Médica: gestão, cuidado, avaliação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2011. Pág. 258-277.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde** [online]. 2008, vol.6, n.3, pp.443-456. Disponível na internet: <http://www.revista.epsv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>. Acesso em 14/03/2016.

FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; LEMOS, Flávia Cristina Silveira. Medicina e hospital. **Fractal, Rev. Psicol.** [online]. 2011, vol.23, n.3, pp.487-500. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v23n3/v23n3a04.pdf>. Acesso em 14/03/2016.

FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, Míriam Thaís Guterres; SANTOS, Liliane Maria dos. Redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo de redes de atenção. Em: \_\_\_\_\_ (Orgs.). **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Pág. 9-21. (Cadernos da Saúde Coletiva, 4). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-cadernos-de-saude-coletiva/cadernos-da-saude-coletiva-redes-vivas-de-educacao-e-saude-relatos-e-vivencias-da-integracao-universidade-e-sistema-de-saude-vol-4-pdf/view>. Acesso em 14/03/2016.

FRENK, Julio; CHEN, Lincoln; BHUTTA, Zulfiqar A; COHEN, Jordan; CRISP, Nigel; Evans, TIMOTHY FINEBERG, Harvey et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, 2010, 376(9756): 1923-1958.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

GUIMARÃES, Cristian Fabiano. **O coletivo na saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. (Saúde Coletiva e Cooperação Internacional, 4). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-saude-coletiva-e-cooperacao-internacional/o-coletivo-na-saude>. Acesso em 16/11/2016.

LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude Soc.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp.304-311. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em: 14/03/2016.

LUZ, Madel Therezinha. As instituições médicas do Brasil. 2 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013. (Coleção Clássicos da Saúde Coletiva, 3). Disponível na internet: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-classicos-da-saude-coletiva/instituicoes-medicas-pdf/view>. Acesso em 14/02/2016.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Em: \_\_\_\_\_ (Org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente**: “um discurso sobre as ciências” revisitado. São Paulo: Cortez, 2004. Pág. 777-821.