



Pesquisa, Teoria e Metodologia - Dossiê

O Procedimento acima de qualquer suspeita

A procedure above suspicion

Jefferson de Souza Bernardes¹

Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro²

¹Professor Adjunto III, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL - Brasil

²Professora Associada, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL - Brasil

RESUMO - Este texto caracteriza-se como um ensaio a partir do documentário "Solitário Anônimo" de Débora Diniz. O "Solitário" nos apresenta problematizações ao optar por não querer viver, por se deixar morrer. Trava uma luta diária com a equipe para que seus direitos sejam respeitados. Entre coações, uso da força e resistências da equipe em relação às condições do "Solitário", propomos uma conversa sobre nós, educadores da área de saúde e nossas experiências com a formação e as práticas profissionais, mais especificamente, na atenção e gestão da educação em saúde. Propomos associar cuidado a: ser leve, estar em movimento e ser vetor de informação (produzir sentidos). Leveza associada à precisão e à determinação. Sermos precisos e determinados na relação com o outro. Em outras palavras, os movimentos que permitem produções de singularidades. O outro lado desta moeda é a rigidez dos procedimentos protocolares, das ações tecnicistas. Perguntamos se é possível, e desejável, o estabelecimento de relações entre trabalhadores e usuários a partir do princípio da leveza no cuidado? Leveza que pode ser gerada da dialogia, dos encontros e das alteridades. Argumentamos que a educação formal nos moldes atuais, não dá conta desta questão e tomamos por base a orientação da Política Nacional de Educação Permanente para avançar nos desenvolvimentos da educação em saúde. Trabalhamos, portanto, com formação ampliada e o uso de diversas tecnologias do cuidado tendo duas metas principais: 1) trabalhar a saúde como um direito; 2) recuperar a condição da clínica e sua capacidade de acolhimento e de cuidado.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Planejamento de Assistência ao Paciente; Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT - This paper is characterized as a dissertation from the Débora Diniz's documentary "Lonely Anonymous". The "Lonely" presents problematizations choose not to want to live, by letting die. Fights a daily battle with the health's team so that their rights are respected. Among constraints, use of force and resistance of staff in relation to the conditions of "Lonely", we propose a conversation about us, educators and healthcare our experiences with human resources formation and professional practices, more specifically, in the care and management of education health. We propose to associate care: being light, being in motion and being vector information (making sense and effects). Lightness associated with precision and determination. To be precise and determined in relation to each other. In other words, the movements that allows production of singularities. However, due to the rigidity of the protocol procedures and actions technicians, ask if it is possible, and desirable, the establishment of relations between workers and health users from the principle of lightness in care? Lightness that can be generated from the dialogical relations, the meetings and alterities. We argue that formal education in current patterns, does not take regard this issue, and based on the guidance of the National Continuing Education to advance the development of health education. Work, therefore, expanded training and the use of various technologies of care with two primary goals: 1) to work as a health rights; 2) recover the clinical condition and its ability to host and care.

Keywords: Health Education; Patient Care Planning; Human Resources Formation.

Liberdade é pouco. O que eu desejo ainda não tem nome.
(Clarice Lispector)

A educação visa melhorar a natureza do homem, o que nem sempre é aceito pelo interessado.
(Carlos Drummond de Andrade)

1. INTRODUÇÃO

A abertura de nosso texto com as frases de Lispector e Drummond expressa nossa preocupação, enquanto educadores, inspirados e impactados com o "Solitário Anônimo", um documentário de Débora Diniz¹, que nos provoca a pergunta: o que e para que ensinamos?

Propomos uma conversa sobre nós, educadores da área de saúde e nossas experiências com a formação e

as práticas profissionais, mais especificamente, na

Autor correspondente

Jefferson de Souza Bernardes

Universidade Federal de Alagoas.

Av. Lourival Melo Mota S/N –

Campus A C Simões BR 101, km 97,6.

Maceio, AL – CEP: 57072-970.

Telefone: (82) 32141336.

Email: jbernardes.ufal@gmail.com

Artigo encaminhado: 21/05/2013

Aceito para publicação: 27/07/2013

atenção e gestão da educação em saúde.

Nossos encontros cotidianos, cada vez mais, são marcados pela sensação de que a vida está pesada, o tempo acelerado, os problemas avolumando-se... A ausência de diálogo e de encontros com as pessoas e a intolerância ou a indiferença são marcas maiores dos tempos. “É o peso nosso de cada dia”.

O peso do cotidiano é discutido por Bauman² com a ideia de liquidez, argumentando que a sociedade (tempo, comunidade,...) está cada vez mais líquida: as relações se desfazendo e se esvaindo na palma de nossas mãos.

Propomos aqui, discutir o cuidado associado com a leveza para lidarmos com as questões da saúde, da vida e da morte, apesar desses temas não serem tão leves assim.

O que sugerimos é a leveza próxima ao que Calvino³ nos apresenta em “Seis propostas para o próximo Milênio”: trata-se de um valor a ser defendido contra a petrificação das pessoas e dos lugares. Uma lenta petrificação que não poupa nenhum aspecto da vida, “como se ninguém pudesse escapar ao olhar inexorável da Medusa”³.

Leveza é definida como: leve; está sempre em movimento; é um vetor de informação³. A leveza produz sentidos em tudo que toca, pois é como pássaro em pleno voo, escapa a todo o instante para outros ares.

A leveza apresenta-se como forma de resistência, pois o peso da vida está em toda a forma de opressão: “a intrincada rede de constrições públicas e privadas acaba por aprisionar cada existência em suas malhas cada vez mais cerradas”³. E Calvino³ continua, “cada vez que o reino do humano me parece condenado ao peso, digo para mim mesmo que à maneira de Perseu eu deveria voar para outro espaço”.

Mas, a leveza também se apresenta como forma de criação, pois a melancolia é a tristeza que ficou leve e o humor é o cômico que perdeu peso corpóreo³; aquela dimensão da corporeidade humana, que põe em dúvida o eu e o mundo, com toda a rede de relações que os constituem e todas as histórias que daí se derivam.

Essa leveza está nas falas do “Anônimo” (protagonista do documentário), que cena após cena, enquanto resiste aos cuidados das enfermeiras, transforma o drama pesado de sua história em melancólica ironia: “por que a banana é torta?”; “não serviria para ser japonês” (referindo-se provavelmente

aos kamikazes); “o passado é um montanha de lixo, um monturo de lixo”; “a morte é surpreendente”.

A leveza, portanto, pode ser associada com precisão e determinação. Seremos precisos e determinados na relação com o outro. Sentido oposto a vago e impreciso, leveza, desta forma, nos remete à produção de singularidades.

Seremos precisos no trato com o outro. Estabeleçermos uma relação singular. Não a precisão do cálculo, do duro, da certeza, mas a precisão da pluma que é o fiel da balança.

O sentido oposto, a dureza exacerbada, é o que encontramos no cotidiano de nossas práticas, nas ações tecnicistas, nas quais o procedimento é o mais importante, aquilo que está prescrito como técnica padrão a ser usada nas mais diversas situações.

O que move as equipes de saúde para o enfrentamento de questões como a de nosso “anônimo”? A “resistência” do outro às ações de “cuidado”, boa parte das vezes, é envolta por égides morais e legalistas. A ação é automática, mecânica, dura, procedimental, prescritiva. É possível estabelecer nesta relação o princípio da leveza no cuidado? Leveza que pode ser gerada a partir da dialogia, encontros e alteridades?

2. FORMAÇÃO AMPLIADA: ENTRE REDUACIONISMOS E ERUDIÇÃO

Como instruir para o cuidado na educação formalizada? Como discutir questões que ultrapassem os limites morais, deontológicos e éticos? Como desenvolver um projeto civilizatório que em seu centro tenha uma proposta libertária para o ser humano? Afinal, não podemos esquecer, o Sistema Único de Saúde é claramente uma proposta civilizatória. Apresenta princípios que orientam a sociedade para alguns nortes e não para outros.

Silva^{4,5} e Veiga-Neto^{6,7} apresentam os limites da educação formal para o desenvolvimento de pessoas. Outros discutem as relações entre a educação e o campo do trabalho em saúde, como Ceccim^{8,9,10} Ceccim; Feuerwerker¹¹ e Spink¹².

A educação formalizada, boa parte das vezes, reduz o ato de aprender a procedimentos mecânicos e automáticos, produzindo um trabalhador que vai perceber o outro como um corpo-objetificado, destituído de histórias, fantasias, medos, sentimentos etc.

Na confluência entre o campo da Educação e da Saúde atualmente no Brasil, há a Política Nacional de

Educação Permanente, criada pela Portaria n. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 200413, do Ministério da Saúde: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”.

A Política Nacional de Educação Permanente¹⁴ (PNEP) adota a estratégia de Integração Ensino-Trabalho-Cidadania para redirecionar o modelo formativo do país. Incorpora em seus programas e ações, diretrizes tais como a participação popular (por meio do controle social) e a gestão democrática da política (descentralização). Provoca modificações nos processos de organização do trabalho, no cotidiano dos serviços de saúde e nas próprias práticas formativas dos cursos de graduação. Nesta perspectiva, várias são as ações e os programas desenvolvidos em parcerias com as instituições formadoras e as Secretarias de Saúde dos municípios.

Uma das diretrizes centrais é a reorientação da formação por meio dos currículos integrados, que se caracterizam por uma opção educativa que permite: a integração ensino-trabalho-comunidade implicando em uma imediata contribuição para esta última; a integração professor/aluno na investigação e a busca de esclarecimentos e propostas; a adaptação a cada realidade e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social¹⁵.

Alguns autores têm atentado para os limites dos modelos educacionais, como Spink¹², que aponta para a necessidade de uma formação ampliada que possibilite práticas profissionais fundamentadas mais em erudição do que no saber técnico, ao considerar a complexidade das experiências no campo da saúde. Para a autora: “é a familiaridade com questões que são culturalmente, historicamente e direta ou indiretamente relacionadas com a organização cotidiana da atenção em saúde que irá ancorar práticas cotidianas políticas e éticas”¹².

A prática profissional, desta forma, é aprimorada pela formação ampliada, que tradicionalmente chamamos de “capital cultural” ou erudição¹².

O desafio ao qual nos deparamos é: como trabalharmos a política de educação permanente em termos de processos de “capital cultural” ou “erudição”? Capital Cultural ou erudição toma por base os processos dialógicos de compartilhamento e produção de histórias, culturas, códigos linguísticos, éticas, vidas que atravessam o cotidiano das pessoas. As operações da participação popular,

descentralização, transparência, enfim, de controle social na gestão são fundamentais neste processo.

Segundo Spink¹² “(...) se a familiaridade com repertórios histórica e culturalmente contingentes é necessária, a erudição é certamente um modo de aquisição de habilidades comunicativas nos encontros entre profissionais de saúde e usuários”.

E continua, afirmando que para possibilitar uma melhoria nas práticas em saúde exige-se comunicação: “o que demanda uma compreensão mútua dos repertórios usados para dar sentido aos assuntos que envolvem saúde e doença. Trata-se de ações em contextos locais e geralmente face a face”¹².

Por outro lado, Merhy¹⁶ focaliza o trabalho em saúde categorizando três tipos de tecnologias que permeiam o processo: as tecnologias duras, leve-duras e leves. As primeiras seriam as máquinas, laboratórios e todo o arsenal *hard* implicado na produção de saúde. As segundas seriam os conhecimentos técnicos e saberes constitutivos das subjetividades. Por último, as tecnologias leves, que são as maneiras como as relações se constituem, os processos de comunicação, de acolhimento, formação de vínculos e produtores de autonomia. Entretanto, estas últimas nem sempre são estabelecidas com a leveza proposta por Calvino³.

Influenciados por essas discussões no campo da formação, desenvolvemos um projeto intitulado Dialogia e Humanização, no qual temos inserido nos espaços das Unidades Básicas de Saúde, uma proposta que se orienta na contramão da tendência de pedagogizar, de forma exclusiva, os processos de humanização no campo da saúde. Para isso, dois processos têm sido fundamentais: a escuta e a dialogia.

Definimos escuta como a possibilidade do trabalho com a fala e o espaço do acolhimento. A escuta não se caracteriza por ser passiva, ao contrário, atenta e direcionada para uma ação orientada sempre pelas demandas e desejos das pessoas. Enquanto dialogia, fundamenta-se nas interanimações dialógicas¹⁷, conceito que abarca os usos e efeitos da linguagem, levando em conta as formas como falamos, posicionamos o outro e somos posicionados pelo outro, para os endereçamentos de nossas falas, para as relações de poder, dominações/submissões e hierarquizações que aí se estabelecem. Múltiplas vozes compõem os discursos que delimitam: quem fala (vozes), para quem fala (endereçamento), o que fala (conteúdo, repertórios) e como fala (gênero discursivo).

O processo de elaboração das relações interpessoais passa, necessariamente, pelo espaço de escuta e de diálogo. Aproxima-se também dos argumentos de Benevides, quando ela afirma que a escuta e os processos dialógicos não estão dissociados da política, compreendida aqui como a vida na pólis, no cotidiano das cidades¹⁸.

Desta forma, consideramos que os processos de humanização e a integralidade na atenção à saúde são alcançados à medida que o desenvolvimento das pessoas pode ser considerado como central, e implicado na reflexão conjunta das suas próprias ações no cotidiano.

No projeto, referido anteriormente, não nos propusemos estabelecer um grupo terapêutico com os profissionais e estudantes. O trabalho foi delimitado às práticas e ao desenvolvimento das pessoas e, portanto, na constituição de espaços para contribuições e trocas dialógicas, que poderiam enriquecer o trabalho de todos, contribuindo com a integração ensino-trabalho-cidadania.

Nesse sentido, argumenta-se que um processo de humanização deveria partir de escutas e processos dialógicos que identifiquem as demandas, a partir de um processo de reflexão e construção coletiva, que possibilitem provocar modificações nos processos de trabalho.

Em suma, os processos de humanização (e de integralidade na atenção) não deveriam ser definidos exclusivamente em torno de mecanismos técnico-pedagógicos que se manifestam em conteúdos didaticamente distribuídos. Neste campo os procedimentos pedagógicos tradicionais são limitados.

A metodologia utilizada nesse projeto tem sido oficinas culturais (Teatro do Oprimido, Literatura de Cordel, Hip Hop, Bordado e outras manifestações culturais locais), desenvolvidas por especialistas, nas quais participam professores, profissionais da saúde, usuários e estudantes. Tais oficinas são propostas a partir de um processo de diálogo e negociação entre esses diversos atores.

Uma das oficinas, Histórias e Bordados, objetiva a ressignificação do tecido esgarçado da vida dos participantes, por meio da literatura e bordados, promover a articulação entre narrativas pessoais e coletivas. Nestas oficinas, os participantes, por meio de rodas de conversa, produzem sentidos, rememorando a infância, juventude, mas também ressignificando vivências presentes. O grupo funciona com diálogo, acolhimento e leveza. A mão da oficinaira ou oficinairo (especializados neste trabalho) conduz o

grupo de forma a produzir saúde pelas narrativas e articulações com a cultura, saberes e práticas locais.

Os processos e resultados dessas ações aproximam-se de Calvino³, que encontrou na literatura a função existencial que tanto procurava: a busca da leveza como invenção e forma de resistência ao peso do viver. Essa experiência nos leva a refletir sobre a importância de uma busca permanente em nossos cotidianos: da literatura à cultura, das narrativas às histórias e folclore, da arte às múltiplas formas de criação. A partir desses movimentos, ingressamos, possivelmente, no campo da formação ampliada e da erudição.

Trabalhar com a formação ampliada e as diversas tecnologias traduz-se na operação de tecnologias de relações. O trabalho em saúde promove processos de subjetivação no ato em si. Daí a importância de serem produzidos e problematizados.

Com a formação ampliada e o ensino das diversas tecnologias do cuidado, duas metas são apresentadas: 1) recuperar a saúde como um direito e não como um dever; 2) recuperar a condição da clínica e sua capacidade de acolhimento e de cuidado.

No primeiro caso, o direito à saúde parece ter se tornado um dever: o dever de manter-se saudável: “a transferência de responsabilidade pela saúde de cada um de nós individualmente, fomentada por repertórios morais e econômicos, cria um espiral que amplifica o próprio sentido de saúde”¹². No segundo caso, parece termos perdido nossa capacidade de escuta e acolhimento. O caminho das tecnologias do cuidado pode nos ajudar a redesenhar esta trajetória, dependendo das demandas e dos contextos locais, das histórias, culturas, desejos e singularidades.

O objetivo é produzir uma clínica baseada nas demandas do usuário e não nas necessidades do profissional. Uma clínica em que o outro não se reduza a um mero objeto a ser controlado pelos mandatários do Estado. Uma clínica que não linearize o tempo e a história das pessoas, que lide com a complexidade que é a vida.

Uma clínica que resgate repertórios que estão desaparecendo de nosso cotidiano: tristeza, melancolia e desistência da vida, que têm sido substituídos por outros, com sentidos outros: depressão, “síndrome consuptiva” e tantos mais.

O que falava o “Anônimo” tinha sentidos: “Botei fora meu nome, não a mim”, numa tentativa desesperada de tomar as rédeas de sua própria vida, de seu próprio corpo. Ele sabe que “morrer não é

como se pensa, enquanto se pensa, morrer é se perder de sua história¹⁹... Nosso solitário se perdeu da sua. Disse isso muitas vezes. Mas, a equipe não escutava: “O passado é uma montanha de lixo”.

O “quadriculamento” da história e do tempo não tem mais sentido para o “Anônimo”, que está fora das amarras disciplinares. Para ele o tempo é o que se esgota no liame fino da batida de seu coração. Parece não se importar com isso. A linearidade do tempo e seu controle, perante os profissionais que o impedem de se levar, o angustia profundamente: “Me deixem em paz. Me deixem em paz. Selvagens”. Com um sussurrar berrante tenta em vão romper o duto da sonda que o alimentará. Cai pelo cansaço, cai pelo sedativo. Perdeu o controle, voltou a tornar-se objeto do outro... corpo controlado e a oposição de seu suplício. Enquanto o suplício traz o sacrifício e a destruição de seu corpo, o controle e a disciplina dos profissionais se apropriam dele capturando seus desejos e demandas.

Estaríamos no campo dos “corpos dóceis”^{20,21}? Disciplina e controle do/no corpo? No campo da Economia Política e dos biopoderes? Como romper os procedimentos e condutas automatizados no campo da saúde e do cuidado?

Se em tempos absolutistas era o Soberano quem detinha o poder para “deixar viver e fazer morrer”, atualmente é o Estado quem detém este controle, mas com outra lógica: “fazer viver e deixar morrer”. Não se busca mais somente a disciplina pelo corpo do indivíduo, mas uma regulamentação, por meio do controle da população. Ou seja, “fazer viver”^{20,21}.

No corpo do “Anônimo” opera o braço forte do “fazer viver”. Sua história é isso: uma ruptura com a hipocrisia e o moralismo em tempos sombrios. Uma denúncia ao braço controlador do Estado, seja pela governamentalidade, seja pelo biopoder.

Este controle das populações e dos indivíduos se processa em torno da união entre a Medicina e a Justiça (dispositivos poderosos do Estado a controlar corpos). Tal mecanismo é apresentado em fala no documentário: “Por ordem judicial ele está sendo alimentado e medicado no hospital”.

Associado aos discursos médico e jurídico há, ainda, o discurso filantrópico (que garante - e garantiu - precariamente durante anos a assistência social e a saúde de camadas excluídas da população). Lúcido, o “Anônimo” aponta o dedo no cerne desta questão: “As pessoas acham que tem o direito de preocuparem-se com outras pessoas”.

A situação é: estaríamos nós dispostos a trabalhar o campo da formação orientando-a para o estudo das várias culturas, as muitas realidades, jogos de poder e tantos outros tópicos caros à vida cotidiana? Estaríamos nós dispostos a modificar nossas relações formativas clássicas, não somente em termos de metodologias de ensino e de trabalho, mas fundamentalmente, em termos de organização e integração ensino-trabalho-cidadania? Para isso não seria necessário problematizarmos como estão estruturados e organizados nossos cursos de graduação e nossas práticas profissionais (mais do que reformarmos ou orientarmos ao SUS)? Será que a atual estrutura educacional dá conta de avançarmos nos propósitos do SUS? Não seria necessário pensarmos formas de diluir fronteiras historicamente erigidas na academia e nos movimentos classistas?

3. SOBRE ENCONTROS E DIÁLOGOS: A GUIA DE (IN)CONCLUSÕES

De fato, não vejo como conciliar a adesão ao sonho democrático, a superação dos preconceitos, com a postura inumilde, arrogante, na qual nos sentimos cheios de nós mesmos. Como ouvir o outro, como dialogar, se só ouço a mim mesmo, se só vejo a mim mesmo, se ninguém que não seja eu mesmo me move ou me comove²².

Três possibilidades que auxiliariam a formação ampliada e a aprendizagem de tecnologias do cuidado: diálogos, encontros e alteridades.

O diálogo não é um meio para se atingir algo. A ressignificação do diálogo, em seu sentido forte, é fundamental para o trabalho em saúde¹⁷.

Encontros são marcados pela humanização, afinal, em relação às práticas profissionais, fica o desafio de humanizar as relações de trabalho. Resignificar que este desafio “implica não só colocar em análise, a todo tempo, o modo de se construírem os encontros, mas centralmente de tornar visíveis os atos cuidadores e os agires pedagógicos que esses encontros contêm”²³.

Mas, também, ressignificar neste encontro os lugares e posicionamentos do educador em relação à formação ampliada e às tecnologias do cuidado. Afinal, as modalidades hegemônicas de nossas práticas e formação profissional são constituídas sob o manto das ações profissional-centradas, nas quais o outro é um caso a ser enfrentado por tecnologias diversas (intervenções invasivas, procedimentais ou cabalmente protocolares). Nestas, somente o profissional/educador detém o saber-poder²³. A ideia

é não trabalhar o outro como um caso, mas ampliar esta questão para sua história, narrativas, contextos culturais, normas de ser e de viver produzidas para dar conta dos fardos existenciais.

Novas intervenções podem surgir em formas de rede: de se construírem configurações tecnológicas ao atender, projetos pedagógicos ao formar, sistemas avaliativos por satisfação e responsividade e estratégias de gestão democráticas e participativas. Para isso, a grande perspicácia está na construção de um agir micropolítico e pedagógico intenso:

“apoiar as desobediências ao instituído/vigente/hegemônico que as humanizações ensejam (antigos ou novos programas) e aproveitar sua oportunidade de política para ser a causa ou motivo de possibilitar a interferência-em-interação, a circulação e a repercussão das vertentes brasileiras de estudo que inspiram e experimentam o contato vivo com processos cotidianos de encontro e alteridade²³”.

Encontros que produzam alteridades e singularidades. Encontros-acontecimentos que aumentam o poder de enfrentamento de tensões/paradoxos e as potências de produção de vida na organização da atenção à saúde²³.

Acreditamos que este seja o convite ao debate que o “Anônimo” nos apresenta: estamos dispostos e disponíveis a nos enveredar por estas trilhas? Conseguiremos isso sozinhos? Afinal, quem é o solitário nesta história?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diniz D. Solitário Anônimo. Documentário 2007. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=uTZEDtx8noU>. Acesso em 15.04.2013
- Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 2000.
- Calvino I. Seis propostas para o próximo milênio. São Paulo: Cia das Letras; 1990.
- Silva TT, Moreira AFB. Territórios contestados. Petrópolis: Vozes; 1995.
- Silva TT. Desconstruindo o construtivismo pedagógico. Educação e Realidade 1993; 18(2): 3-10.
- Veiga-Neto A. Foucault e a educação. Belo Horizonte: Autêntica; 2003.
- Veiga-Neto A. Currículo e Cultura. In: Curso de extensão Teoria e Prática da Avaliação Escolar 1995. Conselho de Diretores das Escolas Agrotécnicas Federais. Sertão (RS). Disponível em: <http://orion.ufrgs.br/faced/alfredo/sertao.htm>. Acesso em 15.04.2013.
- Ceccim RB. Apresentação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores em educação permanente em saúde: orientação para o curso. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FioCruz 2005; 15-6.
- Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2005; 9(16): 161-177.
- Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc saúde coletiva 2005; 10(4): 975-86.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: revista de saúde coletiva 2004; 14(1): 41-65.
- Spink MJ. Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade. Quaderns de Psicologia 2010; 12(1): 41-56. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsPsicologia/article/viewFile/195769/262551>. Acesso em 15.04.2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. A Educação e o Trabalho na Saúde: a política e suas ações. Brasília: SGTES; 2009. Disponível em: http://portal.salud.gov.br/portal/salud/gestor/area.cfm?id_are_a=382. Acesso em 19.11.2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde. Brasília: PROFAE; 2003.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 2-63.
- Bakhtin MM. Estética de la creación verbal. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2005.
- Benevides R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? Psicologia & Sociedade 2005; 17(2): 21-5.
- Leal G. Psicanálise & Poesia. Disponível em: http://psicanalisepoesia.blogspot.com.br/2009_11_01_archive.html. Acesso em 15.04.2013.
- Foucault M. A “governamentalidade”. In: Foucault M. Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 2003.
- Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
- Freire P. Professora sim, tia não. Cartas a quem ousa ensinar. São Paulo: Olho D’Água; 1997.
- Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface - Comunic, Saúde, Educ 2009; 13(1): 531-42.