

PERCURSOS FORMATIVOS EM TERRITÓRIO

Aventuras e percursos de educação pelo trabalho configurando vivências na formação de profissionais de saúde

**Miriam Thais Guterres Dias,
Daniel Canavese de Oliveira.**

*“O simples não existe: só há o simplificado”
(Gaston Bachelard)*

Introdução

Este livro traz à tona diferentes percursos que demonstram a expansão de um Sistema Único de Saúde (SUS) vivo, permeado pelas mudanças que envolveram, nos últimos anos, os cursos da área da saúde e pelo esforço do Ministério da Saúde, que ampliou a interação entre o ensino e os espaços no mundo do trabalho. Nesse sentido, foram selecionados relatos em dois blocos que expressam caminhos testados e aperfeiçoados em outros paradigmas formativos, a saber: o primeiro, sobre os diferentes percursos formativos e sua articulação nos territórios; e um segundo com experiências do trabalho na área da saúde.

As universidades brasileiras ocupadas na formação das profissões de saúde têm experimentado, de modo heterogêneo, favorecer as ações de ensino-pesquisa-extensão em sintonia com a construção e o fortalecimento do SUS. Assim, evidenciam-se a organização de versões das diretrizes curriculares, a abertura de campi e cursos da área da saúde no interior do país, a criação da graduação em Saúde Coletiva e, também, a indução de projetos pedagógicos inovadores e sensíveis a relação ensino e prática.

Em consonância, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SG- TES) apoiou esse movimento com a apresentação em 2012 do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pro-Saúde, e dos editais do Programa de Educação pelo Trabalho (PET). Ambos tem como característica a integração entre os diferentes cursos, além de um intercâmbio

de experiências entre professores, estudantes, usuários(as) e profissionais do serviço. Considerados elementos potentes, favoreceram um processo capilar no país de novos olhares para o processo formativo e de trabalho.

A presente edição traz os desafios do ensino, da prática interprofissional, da interatividade com a realidade, da intersectorialidade, da inovação e da diversidade metodológica que procuram avançar em desafios múltiplos. Os relatos aqui expostos têm um ponto em comum de alta relevância: apresentam e discutem a realização e reflexões sobre ações de promoção e prevenção realizadas na Atenção Básica em Saúde, a partir do desenvolvimento dos projetos PET-Saúde. Esta constatação pode parecer óbvia, no seu significado de algo superficial e simples, pois a política de saúde no país já produziu uma significativa expansão da atenção básica. Mas como já disse Gandin (1994, p. 157) há uma “vitalidade no óbvio”, pois provoca o questionamento quanto as razões e explicações de determinados eventos ou situações.

Ao retomar o título que propusemos, na aventuras e percursos da educação pelo trabalho, organizamos duas reflexões. A primeira, sobre o contexto e transformações ocorridas na política de saúde e formação profissional e, a segunda, um breve convite a vivências com os olhares do pensamento complexo e da pesquisa-ação.

1. Reflexões sobre a política de saúde, formação profissional e educação pelo trabalho

Nessa sessão uma discussão sintética se procurará fazer, que nos faça percorrer brevemente, como uma viagem de curta duração, às transformações realizadas no país nas políticas de saúde, com o intuito de situar os avanços produzidos e os

dilemas ainda existentes, frutos das relações produzidas historicamente entre sociedade e Estado.

Inicialmente, é preciso considerar que a política de saúde é uma política pública, com o governo colocando em ato seus propósitos para viabilizar agendas de inovação política ou para responder a demandas de grupos de interesse. (COSTA, 1998). Esta peculiaridade da política pública expressa o grau de relação com a mobilização e organização de coletivos que defendem seus projetos societários, cuja trama de negociação e relação com as condições sociais e econômicas no momento vão desenhar a forma de oferta de bens e serviços à população.

As políticas de saúde no país se constituíram sob a égide liberal cujo interesse era garantir as condições necessárias para a reprodução da força de trabalho, e não na perspectiva dos direitos e dos cuidados dignos aos indivíduos, realidade que vai determinar as primeiras ações estatais no setor de saúde brasileiro. Por um longo período, a saúde consistia em ações distintas para públicos específicos, com [...] “a medicina para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a saúde pública, para prevenir doenças, prolongar e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária”. (MERHY; QUEIROZ, 1993, p. 04)

O Estado foi expandindo o modelo de assistência em saúde com ênfase no modelo assistencial hospitalocêntrico de alta tecnologia e da prática especializada (ALMEIDA, 1997) através da assistência médica previdenciária, criado pelo Estado para o contingente de trabalhadores(as). Concomitante, o movimento pela medicina preventiva e social no Brasil é potencializado com a difusão das ciências sociais como base da análise do fenômeno saúde/doença, corroborado pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, quando a Atenção Primária de

Saúde é definida como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população.

Esta situação da saúde foi um dos pilares do movimento da reforma sanitária no Brasil que desafia o Estado para a construção de um modelo de atenção integral à saúde que contemple os níveis da promoção, prevenção e assistência nos diversos pontos de complexidade organizacional dos serviços, na perspectiva de superar os ainda vigentes modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista e modelo sanitarista. (TEIXEIRA, 2010)

O ideário que inspirou a Constituição Federal de 1988 via a mobilização social que lutou com a bandeira de que Democracia é Saúde, e fundou o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a consagração do direito à saúde como preceito constitucional e a existência de um arcabouço jurídico-legal pleno, de cunho universalista e igualitário. Contudo, a Década de 1990 foi um período histórico eivado de contradições no contexto econômico (SOARES, 2001) e político brasileiro: a conquista do direito da escolha livre dos governantes e a construção de um consenso mínimo sobre direitos sociais a serem efetivados ocorreram, paradoxalmente, no ambiente de ajuste econômico e de reforma das estruturas do Estado, implicando na retração do financiamento das políticas sociais e no agravamento das históricas desigualdades sociais.

A reforma do Estado tem desregulamentando e flexibilizado o trabalho e a gestão, alterando a relação público-privado existente no serviço público. E, com a lei da responsabilidade fiscal, obrigando os municípios e estados a compor variadas formas precárias de vínculos no trabalho.

Esta situação reflete-se na ausência de uma política de recursos humanos no SUS, com suas diferenças estruturais entre

as esferas de governo, e a multiplicidade de relações de trabalho nos serviços, agravando as condições de trabalho, com “uma grande desestruturação do serviço público, devido às práticas de terceirização sem critério e por muitas vezes ilegal. (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 197). A consequência está no prejuízo na oferta qualificada de serviços e ações de atenção na saúde para os cidadãos brasileiros.

O esforço da política pública e da mobilização de diversos coletivos despendido até o momento atual produziu um sistema de saúde de magnitude ímpar para um país continental com determinadas peculiaridades sociais, econômicas e políticas. A institucionalização do SUS calcada em seus princípios e objetivos significou uma nova abordagem de concepção, de estrutura e de assistência à saúde para os gestores, trabalhadores(as) e usuários(as), produzindo, entre outros efeitos, uma “expansão da capacidade instalada na assistência em saúde; municipalização dos empregos; maior qualificação da equipe de saúde”. (MACHADO et al, 2011, p. 105)

O avanço da atenção básica é um indicador para se medir o tamanho do SUS: 60,02% de proporção de cobertura populacional nacional estimada por Equipe de Saúde da Família, e 5.381 municípios com Equipe de Saúde da Família, de um total de 5.570. (PAIM, 2015). A expansão do mercado do trabalho do setor representa mais de 11% do mercado formal brasileiro, setor “constituído por atividades eminentemente intensivas em mão de obra, a despeito mesmo do intenso dinamismo com que novas tecnologias são crescentemente incorporadas às suas práticas”. (GADELHA et al, 2012, p. 157)

O trabalho dos profissionais da saúde é determinante para a o alcance da integralidade da atenção. Esta questão se amplifica com as peculiaridades das atividades do trabalho em saúde a partir da presença do usuário, por ser uma “fonte de

variabilidades e imprevistos, aumentando as exigências sobre o trabalhador”. (GOMES, et al, 2005, p. 113)

A situação de saúde no Brasil (MENDES, 2010) se caracteriza por uma tripla carga de doenças, com 2/3 determinada por condições crônicas; uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; a forte predominância relativa das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada, e forte crescimento da violência e das causas externas. Esta é a realidade a ser enfrentada por variadas profissões com formação universitária e técnica no setor da saúde, o que deriva na relevância da formação profissional para o setor.

A responsabilidade pelas ações de educação na saúde está incluída na Lei 8.080 de 1990, nos termos de “ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde” visando consolidar mudanças nas práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS. Parte da premissa de que as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores(as) no SUS sejam definidas a partir da identificação dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho. (BRASIL, 2009a)

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em 1996, definiu a substituição do currículo mínimo dos cursos de graduação pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), implantadas em 2001, bem como induziu uma maior articulação das Instituições Ensino Superior (IES) com a sociedade, para concretizar a relevância social da ação acadêmica. Em decorrência, ocorreu um novo dimensionamento do ensino na atenção primária à saúde, favorecendo a “dinâmica formativa dos cursos por meio da integração ensino-serviço, com a participação de professores, alunos, residentes, gestores, trabalha-

dores(as) da saúde, usuários(as) dos serviços e comunidade”. (BRAVO, et al, 2014, p.25)

A formação de profissionais da saúde deveria ter como objetivos a “transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”, sendo a melhor síntese para esta designação “a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas”. (BRASIL, 2004, p. 7). Várias avaliações têm sido feitas nas últimas décadas sobre a formação profissional, sendo seus pontos mais críticos uma formação distante da organização setorial e ao debate crítico sobre o cuidado na saúde, com pequena relação com a realidade social e epidemiológica da população. Os currículos são fragmentados e não inseridos nos serviços públicos de saúde, divididos em ciclos básicos e profissionais, em geral pouco integrados e dependentes de alta tecnologia. Pouco explorada a abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação no processo de atenção. (BRASIL, 2009b)

O perfil dos egressos dos cursos atuais de graduação em saúde revela um débil compromisso com o SUS e com os aspectos da gestão da saúde, bem como uma frágil “compreensão da necessidade do trabalho em equipe multiprofissional, e fraca formação humanística”. (ALMEIDA FILHO, 2013, p. 1.681). Para corroborar esta avaliação, se registra uma vivência refletida de estudante de graduação de curso da área da saúde: “sempre aprendi na vida acadêmica o tratamento adequado para ‘doenças, mas até hoje nunca aprendi dentro da universidade o remédio mais simples e de fácil aquisição para a maioria das doenças: o ouvir e falar””. (BATISTA, 2006, p. 55).

Variadas políticas públicas na saúde e na educação foram criadas e implementadas para qualificar e mudar a situação com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido, como REUNI, PRÓ-SAÚDE (ALMEIDA FILHO, 2011) e o PET-Saúde, nas suas diferentes ênfases temáticas a partir de 2005. Estudos que pesquisaram resultados do PET-Saúde detectaram que o mesmo “conseguiu alcançar objetivos importantes como a integração ensino-serviço, a vivência da interdisciplinaridade no âmbito da APS, as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos, e o desenvolvimento de pesquisas direcionadas às necessidades do SUS”. (PINTO et al., 2013, p. 2206). Para ilustrar os avanços já existentes na política de formação de forma articulada nos serviços de atenção básica, se registra outra vivência refletida de estudante de graduação de curso da área da saúde: “quando saímos do Hospital [...] é que nos deparamos com o óbvio e o cotidiano e nos damos conta de que eles ficaram durante um bom tempo esquecidos em alguma gaveta de algum serviço de saúde”. (CARVALHO, 2006, p. 99).

Pode-se concluir que o sistema local de saúde não é mais apenas o lugar da aplicação do conhecimento e da técnica, mas o lugar da aprendizagem, [...] da capacidade de aposta e transformação do próprio trabalho, a disponibilidade das equipes em refletir sobre o cotidiano e construir soluções para as questões que o atravessam. (FERLA et al, 2015, p. 17).

2. Outros olhares em saúde: pensamento complexo e pesquisa-ação

Ceccim e Ferla (2009) fazem-nos o convite: “o ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver”. Viver é uma aventura.

O ideário de precisão, disjunção e especialização da ciência cartesiana atravessaram a área da saúde, muitos dos quais configurados no modelo biomédico, permitindo avanços. Contudo, são prementes lacunas, para citar algumas, como aquelas encontradas nas práticas interprofissionais, nas divergências sobre percursos terapêuticos ou na execução local de diferentes políticas públicas.

Os atuais desafios do processo de determinação social e biológica de saúde e do processo de adoecimento, da questão da educação em saúde e do mundo do trabalho configuram um convite para caminhadas com outros olhares: de abertura, articulador de diferentes saberes, que contemple a incerteza e a emergência dos fenômenos e suas abordagens. Diante desse panorama o pensamento complexo configura-se como uma via possível. Almeida-Filho (2005) afirma que esse outro paradigma não apenas é uma forma para explicar fenômenos conhecidos, sobretudo uma abertura da ciência àqueles outrora excluídos.

O pensamento complexo, segundo Morin (2015), anima-se pela aspiração a um saber não fragmentado, não compartimentado, não redutor e que considera possível a incompletude do conhecimento. Desse modo, a complexidade é uma maneira de tecer junto e em conjunto. Isso implica em construções e (re)construções de saberes com os contextos.

A aposta na transdisciplinaridade como parte de outros olhares para o cotidiano é, sobretudo, um convite para uma ciência menos binária e que contempla os seus múltiplos ruídos. Percebemos que paulatinamente os currículos dos cursos de graduação em saúde tomam essa questão como fulcro para diminuir as distâncias entre ensino e educação pelo trabalho, perfazendo a formação e as práticas em saúde mais exitosas.

Faz mister a ambivalência trazida por Demo (2000) da “certeza da incerteza”: a incerteza traz oxigênio para a captação da realidade. Conforme nos aponta Merhy (2002), o trabalho vivo é feito em outras direções e, indispensavelmente, em ato pois assim modifica e produz algo novo. As diferentes tecnologias leves, concebidas com saberes populares e “não-científicos” e que logram êxito no cotidiano do nosso SUS, demarcam isso. A emergência, portanto, é característica dessa outra forma, digamos, de se fazer ciência. Também contemplas as ações profissionais, de ensino e pesquisa que se demonstram abertas a contradição, a não-linearidade, a pluralidade e a multiplicidade.

Contudo, os caminhos para lidar com o olhar do pensamento complexo encontram-se em desenvolvimento (SCHRAMM, 2010). O campo da saúde constitui terreno profícuo, afinal ocupar-se dele requer lidar com problemas, analisar diferentes lógicas e, as eventuais soluções ou interações, requisitam diferentes habilidades.

Do ponto de vista metodológico e, também, da interação na ciência, a metodologia da pesquisa-ação traz potência às análises e reflexões sobre questões sociais. No que tange a Saúde Coletiva, nota-se a crescente utilização da pesquisa-ação pelos(as) trabalhadores(a) de saúde, os(as) usuários(as) e os movimentos sociais. Paulatinamente diversos grupos tem apostado nessa metodologia como possibilidade de interações mais sensíveis e efetivas.

A concepção da pesquisa-ação no nosso país, influenciada pela pedagogia de Paulo Freire, tem sido fruto de reflexões teóricas apuradas como aquelas de Michel Thiollent (2007). Para além do desenvolvimento de pesquisas que posteriormente são aplicadas, ou seja, as “pesquisas clássicas”, o que se prevê nessa mudança paradigmática é uma interação do(a)

pesquisador(a) com a realidade circundante. Portanto, há uma simultaneidade da execução da investigação e, também, da intervenção.

Segundo Dionne (2007) a distinção entre pesquisa-ação e pesquisa aplicada não se deve apenas a uma diminuição de tempo entre uma pesquisa e a sua proposição. O encurtamento é, sobretudo, entre os envolvidos no processo, que se imbricam e se mobilizam para, no mesmo processo, problematizar, propor, agir e refletir sobre determinado tema ou problema. De caráter didático, uma vez que há particularidades e dinâmicas próprias do que se investiga, o ciclo de uma intervenção contempla quatro fases, a saber: (I) identificação das situações iniciais; (II) projeção das ações; (III) realização das atividades previstas; e (IV) avaliação.

Destarte, o pensamento complexo parece ser indispensável aos atuais desafios da sociedade. Para lidar com o ensino e a interação com situações como a violação aos direitos, a violência, o abuso de drogas, o racismo, a homofobia, a população em situação de rua urge o vívido desejo de aventurar-se com novas dinâmicas na produção do conhecimento.

3. A produção presente no livro

Esta produção apresentada pelos realizadores de projetos PET-Saúde está dividida em duas sessões. A primeira, versa sobre o Percursos formativos em território e a segunda sobre Experiências do trabalho em cena.

No que tange a interdisciplinaridade, como possibilidade para lidar com as complexas realidades em saúde, foram selecionados exemplos vívidos. Assim, são apresentadas experiências como a do cuidado ao diabetes em uma perspectiva ampliada de saúde, com vistas a integralidade e a instituição das redes de atenção à saúde. Na direção da promoção da saúde e

sexualidade, com menor foco em questões normativas selecionamos para a leitura as potencialidades de ações nas áreas de nutrição, odontologia e enfermagem.

A ressignificação de conceitos e práticas, a luz da educação popular, questões muito caras para uma saúde mais sensível e dialógica, são também centralidades em muitos dos relatos aqui selecionados. Assim, por um lado são inspiradores o círculo de cultura, outrora proposto por Paulo Freire, e cuja sinergia com um grupo de gestantes adolescentes. Por outro, ações intersetoriais como o café cultural psicossocial, proporcionam conhecer e compreender como interagir com as diferentes demandas da população em situação de rua.

Ante aos desafios metodológicos é possível encontrar percursos participativos e articuladores. A mudança de olhares proporcionada pela pesquisa-ação, estratégia potente que permite agir no campo da prática e investigar sobre ela, permite maiores vislumbres da tríade dita indissociável – o ensino-pesquisa-extensão. Assim, as potencialidades podem ser observadas em temas diversos: na vigilância em saúde, na educação em saúde, no apoio matricial, nas redes de urgência e emergência ou outras redes de atenção.

Os relatos sobre a educação pelo trabalho aqui selecionados são singulares mas, ao mesmo tempo, interconectados com tantos outros, a medida que partilham de processos semelhantes de construção, de prática ou de visões conceituais e paradigmáticas do ensino e do mundo do trabalho em saúde. Fecundos, múltiplos e inacabados são convite para aventuras que demonstram: o SUS desejado depende do que fazemos nos espaços universitários, nos equipamentos de saúde, nos territórios, na vida.

A todas e todos, uma leitura inspiradora.

Referências

ALMEIDA, C. Crise Econômica, Crise do Welfare State e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A Miragem da Pós-Modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

ALMEIDA FILHO, N.M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores(a) em Saúde Coletiva no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1677-1682, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf>

ALMEIDA FILHO, N.M. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. In: VICTORA, CG et al. (orgs.) **Saúde no Brasil**: a série The Lancet, 2011. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, N.M Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade** v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005

BATISTA, DA. Doença não é só o que a gente vê, mas o que a gente “sente”. In: VASCONCELOS, EM; FROTA, LH; SIMON, E. (org.) **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**, 2009 a. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9).

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Aprender-SUS**: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, VAA; CYRINO, EG; AZEVEDO, MAR. Ensino na atenção primária à saúde e as diretrizes curriculares nacionais: o papel do projeto político-pedagógico. In: CYRINO, AP; GODOY,D; CYRINO, EG. **Saúde, ensino e comunidade**: reflexões sobre práticas de ensino na atenção primária à saúde. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

CARVALHO, F. O óbvio negligenciado. In: VASCONCELOS, EM; FROTA, LH; SIMON, E. (org.) **Perplexidade na universidade**: vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

CECCIM, R.; FERLA, A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009

COSTA, N.R. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.

DEMO P. **Certeza da incerteza: ambivalência do conhecimento**. Brasília: Plano, 2000. 184p.

DIONNE, H. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília: Liber Livro Editora, 2007. 132p.

FERLA, AA; ROCHA, CMF; DIAS, MTG; SANTOS, LM. 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 das redes de atenção. In: FERLA, AA; ROCHA, CMF; DIAS, MTG; SANTOS, LM. **Redes vivas de educação e saúde**: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde (orgs.) Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

GANDIN, D. **A prática do planejamento participativo**. 10 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

GADELHA, P; CARVALHO, JN; PEREIRA, TR. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/sa%C3%BAde-no-brasil-em-2030-diretrizes-para-prospec%C3%A7%C3%A3o-estrat%C3%A9gica-do-sistema-de-sa%C3%BAde>.

GOMES, RS; PINHEIRO, R; GUIZARDI, FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO,R; MATTOS, RA. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ: Abrasco, 2005.

MACHADO, MH; KOSTER, I; Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUN-

ÇÃO, AA; BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MACHADO, ME; OLIVEIRA, E.S.; MOYSES, N.M.N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.R.; DAL POZ, M.R.; FRANÇA, T. (Orgs.) **O trabalho em saúde**: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/UERJ, 2011.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. **Ciências e saúde coletiva**, 15 (5): 2297-2305, 2010.

MERHY, E; QUEIROZ, M. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, abr./jun. 1993.

MERHY, E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5a. edição. Porto Alegre: Sulina, 2015. 120 p.

PAIM, JS. **O que é o SUS: e-book interativo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>

PINTO, ACM, et al. Percepção dos alunos de uma universidade pública sobre o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 18(8):2201-2210, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/04.pdf>

SCHRAMM, FR. Pensamento Complexo e Saúde Pública. In: Hortale, A. et al. **Pesquisa em saúde coletiva**: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 85-103, 2010.

SOARES, LTR. **Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina**. Petrópolis: Vozes, 2001.

TEIXEIRA, C. (org.). **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

Thiollent, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 132p.