



# **I Integrando Universidade e Sistemas Locais de Saúde: Experimentações, Memórias e Produções da Educação pelo Trabalho**

**Alcindo Antônio Ferla  
Heider Aurélio Pinto**

## Introdução

A integração entre a formação profissional e os sistemas de saúde não é novidade, uma vez que nasce com a formação em escala dos profissionais, já no final do Século XVII. Foucault (1989) registra que a formação e a produção de conhecimentos no modelo biomédico nascem no interior do hospital assistencial no final da Idade Média, juntamente com o processo de transformação do mesmo em equipamento de cura (“hospital médico”). Para o autor, a “formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas” (FOUCAULT, 1989, pág. 107). Nesse contexto, o hospital, que é o principal equipamento do sistema de saúde, passa a ser, também, lugar de produção e transmissão de saber e de formação. É o reconhecimento da complexidade dos fenômenos que produzem a saúde e a doença e a compreensão, ainda que parcial, das relações do território com a vida e a saúde das pessoas, que torna o saber e a formação no interior de um serviço, no caso o hospital, insuficientes para desenvolver as capacidades profissionais necessárias para a atuação no interior de sistemas e serviços de saúde.

Do final da Idade Média até os dias atuais, aumentou a compreensão sobre as relações entre a saúde e os modos de vida, entre políticas públicas e produção de qualidade de vida e saúde, foram produzidos diversos outros imaginários sobre o estar saudável e sobre o cuidado. Sobretudo, há uma enorme diversidade de serviços e pontos de atenção no que se denomina de sistemas de saúde, reivindicando capacidades profissionais diversas e conectadas não somente com o avanço do conhecimento e da tecnologia, mas também com capacidade de produzir sínteses entre demandas, necessidades e ofertas. Se o ensino da saúde em larga escala nasceu no interior de um

serviço, o hospital em seu processo de transformação, agora há uma enorme diversidade de modalidades de serviços e de conexões entre eles, cujo elo de integração é o trabalho, a ação dos profissionais nas diversas atuações. A própria designação de “hospital” inclui uma diversidade de formas organizativas e arranjos tecnoassistenciais que desafiam a aprendizagem e a tornam, necessariamente, parte do trabalho. Não é possível conceber a formação profissional em nossos dias, seja para a atuação no sistema de saúde contemporâneo, seja para as diferentes prospecções que são feitas, no interior de um equipamento assistencial ou mesmo no interior das instituições formadoras.

As novas disposições para a articulação entre ensino e sistemas de saúde, além de priorizar o contato com o cotidiano de redes e territórios, com a diversidade dos modos de ocupar o espaço e produzir saúdes, também se conecta com a produção de inovação nesses cotidianos, como se produzem os revezamentos e as redes de produção de saberes úteis para o trabalho. Não é suficiente propor uma relação entre formação e trabalho distante do que propõe a política do SUS para o ensino e o desenvolvimento do trabalho, ou seja, a educação permanente em saúde, quando esta opera como política e como modo de produzir a aprendizagem (CECCIM; FERLA, 2008), concebida como transversalidade entre os saberes e os fazeres no cotidiano. A educação permanente é aprendizagem no cotidiano do trabalho, voltada aos problemas do cotidiano, e é também aprendizagem significativa, que pertence às experiências e existências dos atores envolvidos.

A educação permanente em saúde tornou-se política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS) por decorrência da compreensão de que há mais complexidade na produção de saúde e na organização do sistema

de saúde do que os conhecimentos disciplinares das ciências e as formações especializadas das profissões. Articulações entre a formação e o trabalho tornam-se necessárias como política do SUS pela visibilidade das consequências da desarticulação entre o trabalho necessário no desenvolvimento do nosso sistema de saúde e as capacidades laborais dos seus atores do cotidiano. Um bom exemplo é a criação de serviços com modelagens tecnoassistenciais inovadoras, como na rede substitutiva de saúde mental, e a dificuldade de ocupá-los com processos de trabalho inovadores no cuidado; ou mesmo a incapacidade de escuta da participação social e reconfiguração dos processos de gestão a partir dela. Principalmente em tempos de restrições financeiras, onde as políticas sociais e a produção de cidadania são sempre consideradas parte do que pode ser reduzido, gerando, paradoxalmente, mais demandas para o sistema de saúde.

Com essa perspectiva, desde as atribuições do SUS definidas pela Constituição Federal, está o ordenamento da formação de trabalhadores para atuação no sistema de saúde, mesmo compartilhando essa responsabilidade com o Ministério da Educação e o sistema educacional como um todo. A prerrogativa legal de “ordenamento da formação de recursos humanos em saúde” (BRASIL, 1988) pelo setor da saúde inclui ações que envolvem a regulação, o apoio, o fomento, a manutenção e o direcionamento de políticas educacionais para o setor. Por ordenamento da formação, compreende-se o desenvolvimento de ações educativas realizadas por meio do trabalho em saúde, cooperação técnica interinstitucional e, especialmente, políticas de ensino, de pesquisa e de extensão educativa com abrangência aos ambientes de gestão e de atenção à saúde (CECCIM; FERLA, 2008). A educação é tanto uma importante “ação meio” - no sentido de estratégias empregadas para a

mudança das práticas, atitudes, olhares etc. – como uma “ação finalística” na saúde - incide sobre a cultura de saúde da população e dos trabalhadores, seja no cuidado, seja na gestão e na própria formação.

## **Políticas de Integração ensino/aprendizagem e o cotidiano dos sistemas de saúde**

A diretriz de integração entre o ensino e o trabalho no cotidiano dos sistemas de saúde não está apenas registrada nas políticas de saúde. Também algumas políticas no setor de educação para ordenamento da formação em saúde vêm sendo dedicadas ao provimento e fixação de profissionais. Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) são iniciativas relevantes desde a segunda metade do século passado. Particularmente a partir dos anos 2000, diversas iniciativas de indução a mudanças na formação das profissões da saúde foram desencadeadas conjuntamente pelos Ministérios da Educação e da Saúde e com mobilização de entidades, entre as quais a Rede Unida (ALMEIDA, 2003). No final da década de 1990, foi produzido um movimento forte, envolvendo órgãos governamentais, associações de ensino, conselhos profissionais e os Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação para o debate sobre a formação em saúde, gerando a proposição de Diretrizes Curriculares Nacionais para substituir a estratégia anterior de definição de Currículos Mínimos para as profissões, considerados excessivamente duros e contextualmente inadequados para seguir orientando a formação. Essa iniciativa, formalizada pelo Conselho Nacional de Educação, deslocou o pensamento sobre a formação para as realidades locais, estimulando que as práticas de ensino fossem abertas às diversidades políticas, culturais e sociais e que os currículos fossem mais flexíveis, articulados com os sistemas de saúde, com a ideia do trabalho

em equipe e com a integralidade da atenção, induzindo novos modos de articulação entre instituições de ensino e o Sistema Único de Saúde (CHAVES, 2014). Para Chaves, essas mudanças abrem brechas para reconhecer a formação para além dos currículos planejados, estimulando propostas e práticas pedagógicas permeáveis a percursos de formação singulares e conectados fortemente com o trabalho no interior dos sistemas de saúde, “desde que professores e estudantes estejam, efetivamente, implicados na complexidade do ensinar e do aprender” (CHAVES, 2014, P. 330).

A partir das DCN, diversas iniciativas foram desencadeadas em conjunto entre os Ministérios da Educação e da Saúde voltadas para a mudança na formação na saúde. Entre elas, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), lançado por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 610, de 23/03/2003, com o objetivo de incentivar transformações dos processos de formação, produção de conhecimentos e prestação de serviços, por meio de inovações curriculares nos cursos de medicina reconhecidos e oferecidos por escolas credenciadas pelo MEC. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), criado por meio da Portaria Interministerial nº 2.101, de 03/11/2005, que teve por objetivo reorientar a formação nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia para oferecer à sociedade profissionais aptos a responder às necessidades da população e do SUS. O Pró-Saúde foi ampliado aos demais cursos da área da saúde em 2007, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019, de 26/11/2007. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação, tem como ob-

jetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF) e constituir-se em dispositivo para qualificação dos profissionais de saúde e de iniciação ao trabalho, estágios e vivências aos estudantes da área da saúde. O PET–Saúde foi alterado para abranger áreas estratégicas do SUS com editais temáticos, por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 03/03/2010.

A relevância da temática da educação e do trabalho produziu mudanças relevantes não apenas no conteúdo das políticas, mas também na estrutura organizacional do Ministério da Saúde e em diversas estruturas de gestão estadual, municipal e em serviços, além de um conjunto de iniciativas para o fomento das mudanças. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inicialmente composta pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e, mais recentemente, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). O DEPREPS foi criado com o Programa Mais Médicos, ao tempo em que, no Ministério da Educação, foi criada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde, no âmbito da Secretaria de Educação Superior (SESu). A reorientação das diversas iniciativas mais pontuais para o ordenamento da formação e do trabalho no Ministério da Saúde foi proposto pela Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (Brasil, 2004). O conceito orientador, nessa iniciativa, foi da Educação Permanente em Saúde, que opera como a política de educação e desenvolvimento e como disposição pedagógica para o aprender no/pelo trabalho e para a aprendizagem significativa (CECCIM; FERLA, 2008a). Especificamente em relação às iniciativas para os cursos de graduação, foi desenvolvido um conceito designado por “Aprender-SUS: o SUS e

os Cursos de Graduação na Área da Saúde”, que se compunha por uma “ética da interlocução cooperativa, participativa e aberta à inovação”, uma “estética do encontro” de instituições de ensino e serviços e produção viva de aprendizagens e por uma “política de apropriação/afirmação” do SUS, do trabalho em equipe e da integralidade (CECCIM, 2010, pág. 133-4). Entre as estratégias do AprenderSUS, foi implementada a iniciativa de Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que mobiliza diversas iniciativas em todo o Brasil, já tendo envolvido mais de 20 mil estudantes no período entre 2012 e 2016.

Dentre as diretrizes e estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicadas em 2009, estão as ações de educação na saúde orientadas pela capacidade de oferta institucional regionalizada, com vistas à superação de desigualdades e considerando as especificidades das diferentes localidades (BRASIL, 2009). Estes conceitos são compartilhados pelas orientações políticas nacionais aos programas de Residência em Saúde. Entretanto, a definição de políticas não é condição automática para a mudança nas práticas e superação de obstáculos no cotidiano, fato que torna relevante o esforço de tornar visíveis as experiências que são desenvolvidas, como se faz nessa publicação.

### **Implementação de mudanças como desafio: a importância de tornar visível e analisar o cotidiano**

A implementação de mudanças sempre envolve uma *travessia* entre o visível/sabido e a fronteira da produção de outras alternativas para aprender e desenvolver o trabalho (CECCIM; FERLA, 2008). Aqui está o interesse predominante na análise que se faz das experiências de articulação entre

o ensino e o trabalho no interior dos sistemas de saúde locais: como organizam as travessias entre aprendizagem e trabalho, entre ensino e o fazer cotidiano dos serviços, como superam as distâncias entre as instituições e a fragmentação do fazer institucional. Esses modos de fazer, também são revezamentos do trabalho no cotidiano e os conflitos e dificuldades precisam ser vistos na dimensão micropolítica. Nessa dimensão é possível observar, por exemplo, a organização tecnológica do trabalho e o desenvolvimento de tecnologias, inclusive de tecnologias leves, para superar os impasses do cotidiano (MERHY, 2014) e, entre outras questões, como se desenvolve o trabalho em equipe (PEDUZZI, 2001), que é nó górdio do cuidado e da gestão. Tensões entre o fazer da gestão, do cuidado, da participação e da formação, que constituem o que a literatura denominou como “quadrilátero da formação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), também se expressam e geram saídas que desenvolvem as práticas e produzem conhecimentos e tecnologias úteis, constituindo links construtivos entre a formação e o trabalho. Essas tensões estão na definição da mudança de lógica que se espera da atenção básica no cuidado e nas iniciativas de aproximação ensino e serviços, instituições formadoras e sistemas locais de saúde, que embasam as políticas para a formação nos últimos anos, fortemente reivindicadas pelo SUS, que necessita da mudança no cotidiano do trabalho para seguir seu caminho. Importante lembrar, como nos apresenta Madel Luz (1988), que a matriz do conhecimento que embasa os modos vigentes de formar e fazer saúde está colada num padrão de racionalidade que se distancia dessa expectativa e, portanto, há ousadia e inovação nessas iniciativas.

A tensão entre o ensino e o trabalho no interior dos sistemas e serviços é muito preciosa para pensar no desenvolvimento do ensino e do fazer nos serviços. Embora se trate igualmente

do trabalho (ensinar e gerir/cuidar), algumas reflexões sobre a teoria e prática permitem pensar nas características singulares de cada um desses trabalhos e da potência de sua articulação. Sobre essas questões da tensão entre teoria/prática, um diálogo entre Foucault e Deleuze (FOUCAULT, 1989) acerca do trabalho intelectual e das formas de poder, permite refletir mais profundamente sobre a temática. Deleuze fala da “caixa de ferramentas” como um repositório de conceitos e teorias para serem utilizadas, para que funcionem, em relações não de aplicação, mas de revezamento: “*Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou o momento ainda não chegou*” (Pág. 71). Diz-nos Deleuze que se não se refaz uma teoria, outras são feitas; que as relações “*teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias*” do que mera aplicação de uma sobre a outra. Teorias são sempre locais, relativas a um domínio específico, mas que podem ser aplicadas a outro domínio distinto, em relação de revezamento. Entretanto, “*desde que uma teoria penetre em seu próprio domínio encontra obstáculos que tornam necessário que seja revezada por outro tipo de discurso (é este outro tipo que permite eventualmente passar a um domínio diferente)*”. Teoria e prática constituem reciprocamente relações de revezamento de uma a outra: “*Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro*” (Pág. 69/70). Se há revezamentos, há potência recíproca de produzir mudanças. Por isso, fundamental compreender o trabalho no interior dos serviços e sistemas relevante para a formação profissional não apenas como escala de trabalho para fixar capacidades de domínio tecnológico, mas também como local de produção de conhecimentos úteis e oportunos, ou seja, de desenvolvimento de capacidades profissionais e do próprio trabalho.

Aqui foi inevitável lembrar da produção da Profa. Madel Luz, acerca da tradição emergente no campo da Saúde Coletiva de fazer criativamente o cotidiano dos sistemas locais de saúde e escrever sobre eles, colocando a experiência em movimentos para além das suas fronteiras, já utilizando como marcador analítico as tensões entre teoria e prática que constituem uma dimensão complexa do campo, conforme nos alerta Madel Luz (2009) para falar de sua vitalidade. Provavelmente, essa tensão tem uma escala diferenciada quando se trata da articulação entre trabalho e formação profissional no âmbito da atenção básica, seja pelas características complexas desse âmbito do sistema de saúde, seja pela expectativa de mudanças na modelagem tecnológica vigente do trabalho que está registrado na própria política.

A expectativa de que a mudança do modelo tecnoassistencial na atenção básica seja, de fato, capaz de provocar mudança no modelo de atenção vigente nos serviços e que estrutura, em grande medida, o trabalho realizado no seu interior, não se realizará se a complexidade do cotidiano do trabalho não tiver acolhida nos dispositivos inventados e reinventados para lograr essa mudança. O trabalho no interior dos serviços de saúde ainda está muito dependente dos saberes disciplinares da biomedicina, como nos indicou Foucault desde a transformação do hospital assistencial da idade média para o hospital médico moderno. Madel Luz (1988) nos apresentou ainda mais fartamente as evidências da compatibilidade do modelo de racionalidade científica moderna com o modelo de pensamento da biomedicina, identificando, inclusive, um discurso biomédico nos formuladores de políticas e nas instituições de gestão e, não acidentalmente, constituiu a categoria teórica das “instituições médicas” para designar a reprodução do discurso biomédico no conteúdo das políticas de saúde. O “modelo” da

biomedicina constrói pensamento, que sequestra a inovação; essa é exatamente a potência da sua vigência. O desafio para o cotidiano do fazer no interior dos serviços e instituições de formação é produzir verdadeiras máquinas de diversificação de pensamento, onde as vidas de cada mulher e de cada homem caibam com mais conforto.

## **A integração do ensino com as políticas de saúde como dispositivo para o avanço na implantação do SUS**

Identificar as concepções de aprendizagem e a relevância atribuída ao sistema de saúde (com sua diversidade de serviços e demais pontos de atenção) como “cenários” necessários à formação profissional, assim como perceber que não se trata de ocupar os serviços apenas para o desenvolvimento em escala das técnicas e procedimentos aprendidos no percurso pelos currículos das instituições de ensino não esgota o desafio de compreender e analisar o cotidiano da articulação entre ensino e serviço (aprendizagem & trabalho).

A literatura do campo da Análise de Política (*policy analysis*) nos alerta que é preciso considerar que a implementação não é apenas uma etapa linear que separa as metas e objetivos previstos no desenho de uma política pública aprovada e as mudanças no cotidiano na direção que ela aponta. Embora tenha limites como abordagem analítica, para compreender esse processo, vale recorrer à imagem clássica do “**ciclo** de políticas públicas” como processo não linear de elaboração e implementação que inclui algumas fases, como a formação de uma agenda, a formulação da política, a tomada de decisões, a implementação e a avaliação. A fase de implementação tem adquirido centralidade na literatura mais recente no campo da análise de políticas, mobilizada pelo crescente número de es-

tudos que mostram a distância entre os objetivos pretendidos e os resultados alcançados nas políticas (VAQUERO, 2007). Os “problemas” de implementação não são apenas “desvios de rota” da formulação. Na perspectiva atual, o ciclo das políticas é processual e “o processo de formação de uma política se dá a partir da interação entre formulação, implementação e avaliação” (MENICUCCI, 2006). Na fase de implementação, que tem elevado grau de autonomia em relação à fase de definição, os atores que têm interesses em relação à política, se põe em jogo novamente e podem interferir no percurso da implantação e, inclusive, na produção de diferenças substantivas em relação à concepção original. Abordagens mais recentes chamam inclusive a atenção para analisar a política que é produzida e reinventada naquele ponto no qual o agente governamental e/ou profissional mais descentralizado e capilarizado que atua em uma política pública encontra e se relaciona com a população beneficiária da mesma (LIPSKY, 2010). Nesse encontro também se implementam, formulam e reformulam políticas. Desse fato advém a importância de avaliar e monitorar de forma permanente a implementação, de tal forma que possa gerar subsídios à atuação dos diferentes atores que estão em cena.

Há uma diversidade de atores em cena no espaço da implementação das políticas de mudança no ensino das profissões da saúde. Também há diversidade de interesses que mobiliza esses atores e outros que interferem desde diferentes instâncias. As tensões que são produzidas no cotidiano da articulação entre o ensino e o sistema de saúde não são apenas desvios de rota; são reveladores da relevância atribuída pelos diferentes atores à formação e ao trabalho em saúde e ao que ele produz no cotidiano. Dessa forma, tornar visíveis as inovações produzidas no cotidiano, com os textos que são apresentados à leitura, também não é apenas um ato de erudição.

A intencionalidade aqui é clara: ao suscitar a reflexão sobre a prática e sua sistematização, a aposta é que a afirmação sobre a impossibilidade de fazer a mudança, muitas vezes utilizada como argumento político para sedar os movimentos criativos, perca potência. Mais do que isso, na medida em que os manuscritos são, em verdade, tecnologias disponíveis para o compartilhamento, a força de mudança se fortaleça.

### **Integrando instituições de ensino e sistemas locais de saúde: saberes locais**

Os manuscritos que compõem essa Coletânea agregam reflexões sobre desafios, efeitos e aprendizagens da aproximação entre a formação profissional em saúde e sua instituição de referência, a universidade, e os sistemas e serviços de saúde. Ao tomarem como objeto a reflexão sobre essa aproximação, afirmam-se no marco contemporâneo do debate sobre as relações entre formação e trabalho, qual seja o de que há perentencimento das instituições de ensino aos sistemas de saúde. Portanto, o que está em análise não é apenas o resultado pontual em termos da mudança na aprendizagem de um grupo de indivíduos ou o desenvolvimento de uma ou outra tecnologia para resolver problemas pontuais nos serviços.

O que está em questão são transformações nos modos de funcionamento das instituições e na organização da formação e do trabalho no interior dos serviços, com a invenção de transversalidades para a qualificação da formação e do trabalho. Os manuscritos remetem à ideia de que, ao rever relações fragmentadas e submetidas à hierarquia saber/fazer, há necessidade de educação permanente para qualificar os fazeres da aproximação, com resultados no desenvolvimento do trabalho de formação e de atenção/gestão/participação/formação nos serviços. A Coletânea é composta por duas sessões de experiências: uma

delas, “Experimentações e percurso formativo em território”, contém textos com questões mais gerais relacionadas à interface entre as instituições de ensino e os sistemas de saúde, a produção conjunta de percursos formativos para profissionais em formação e em serviço e o desenvolvimento de tecnologias para o fortalecimento da integração; outra sessão, “Memórias e prática formativa no trabalho”, contém textos com ênfase em questões relativas à aprendizagem compartilhada sobre a formação de redes, o reconhecimento de novos atores e pontos de atenção nos territórios, a produção de fluxos de atenção na flexão cotidiana do debate sobre a regionalização, a ampliação do escopo de atuação no cotidiano do trabalho.

A coletânea contribui para a reflexão dos desafios da integração universidade e sistema de saúde, tanto na dimensão do desenvolvimento do trabalho e qualificação do sistema, quanto na dimensão das mudanças na formação profissional na perspectiva das necessidades do SUS. Ao mesmo tempo, ilustra a relevância de políticas de educação e desenvolvimento do trabalho no SUS e de dispositivos de indução, que fomentam a esperança e o sonho, quer seja em tempos de políticas sociais fortalecidas, onde a cidadania reivindica movimento e ampliação, quer seja em tempos sombrios, onde a afirmação de iniciativas e direitos significa resistência e afirmação da vida.

Boa leitura a todos e todas. Que seja inspiradora para novos fazeres no trabalho de cuidar, de gerir, de ensinar e de participar!

## **Bibliografia**

ALMEIDA, Márcio (Org.). **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab. educ. saúde*, 2008b, vol.6, no.3, p.443-456. ISSN 1981-7746. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 09/11/2016.

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos: sem ensino de graduação em Enfermagem. *Interface* (Botucatu) [online]. 2014, vol.18, n.49, pp.325-336. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0325.pdf>. Consulta em 09/11/2016.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

LIPSKY, M. *Street-level Bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation, 2010.

LUZ, Madel Therezinha. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saude soc.* [online]. 2006, vol.15, n.2, pp. 72-87. Disponível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/08.pdf>.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 4ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 2001; 35 (1): 103-9. Dispo-

nível na internet: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em 09/11/2016.

VAQUERO, B. R. La implementación de políticas públicas. *Dikaion*, n. 16, 2007.

