

## O hospital e a formação em saúde: desafios atuais

Hospitals and health professional education:  
contemporary challenges

Laura Camargo Macruz Feuerwerker<sup>1</sup>

Luiz Carlos de Oliveira Cecilio<sup>2</sup>

**Abstract** *Both the role of hospitals in health professionals education and hospital's needs in terms of professionals for health care and hospital management are changing as health systems move towards quality, comprehensiveness, efficiency and costs control. The article intends to analyze dilemmas and challenges in each of these fields, acknowledging hospitals' complexity, their critical role on healthcare delivery and their deep involvement in the hegemonic orientation for health education and practice.*

**Key words** *De-hospitalization, Comprehensive healthcare, Work in health, Meaningful learning Learning scenarios diversification, Complex organizations management*

**Resumo** *O lugar do hospital na formação em saúde e as demandas dos próprios hospitais em relação à formação de profissionais para atenção e gestão hospitalares estão em processo de redefinição, tendo em vista a busca por qualidade, integralidade, eficiência e controle de custos nos sistemas de saúde. O artigo procura contextualizar os dilemas e tensões em cada um desses campos, reconhecendo a complexidade da organização hospitalar, seu lugar crítico na prestação de serviços e seu profundo envolvimento no engendramento do modelo médico-hegemônico no âmbito das práticas e da formação em saúde.*

**Palavras-chave** *Desospitalização, Integralidade da atenção, Trabalho em saúde, Aprendizagem significativa, Diversificação de cenários de aprendizagem, Linhas de cuidado, Gestão de organizações complexas*

<sup>1</sup>Instituto de Saúde da Comunidade, Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense. Rua Marquês do Paraná 303/ 3o. andar, Prédio Anexo do HUAP, Centro. 24030-210 Niterói RJ. [laura.macruz@gmail.com](mailto:laura.macruz@gmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo.

## Introdução

O hospital está nas duas pontas da questão da formação: como qualquer outro equipamento de saúde, necessita de trabalhadores formados adequadamente – para a gestão e para a atenção – e, ao mesmo tempo, cumpre um papel fundamental na conformação do perfil dos trabalhadores da área da saúde, como espaço privilegiado de aprendizagem durante a formação – técnica, de graduação e de pós-graduação.

Mas o hospital não é qualquer equipamento de saúde. É uma organização complexa – atravessada por múltiplos interesses – que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, lugar de construção de identidades profissionais, com grande reconhecimento social. É também um equipamento de saúde em processo de redefinição, pois, no âmbito público e no privado, estão em debate seu papel e seu lugar na produção do cuidado, em busca de qualidade, integridade, eficiência e controle de custos. Estão em debate, então, as expectativas de gestores e usuários em relação ao hospital.

No âmbito da formação em saúde, também há mudanças significativas, em razão da compreensão atual acerca do papel da vivência no processo de aprendizagem e da compreensão ampliada acerca dos saberes e competências necessários ao trabalho em saúde. Estão, portanto, em debate, o papel do hospital na formação e as expectativas dos formadores em relação ao hospital.

Impossível, portanto, uma abordagem assertiva ao tema. Neste artigo, procuraremos, então, de maneira breve contextualizar e articular todo esse debate, buscando construir uma visão perspectiva da relação hospital-formação.

## A produção do cuidado em saúde

A organização do trabalho em saúde foi intensamente afetada pelo desenvolvimento tecnológico e pela especialização. Houve ampliação da capacidade de diagnosticar e tratar problemas de saúde, mas também aumento constante dos custos, institucionalização das práticas de saúde e perda do controle dos meios de trabalho por parte da maioria dos profissionais<sup>1</sup>.

Nessa construção, a intimidade do processo de trabalho em saúde também foi afetada. Não com a substituição dos trabalhadores por equipamentos, como ocorreu em outros setores, mas com mudanças no arranjo tecnológico das

práticas de saúde. A atenção à saúde envolve sempre o encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários e a utilização de diferentes tipos de tecnologias (tecnologias duras – os equipamentos e os medicamentos; tecnologias leve-duras – os saberes científicos da clínica e da epidemiologia; tecnologias leves – as tecnologias relacionais por meio das quais se produz o cuidado: escuta, vínculo, responsabilização, singularização entre outras)<sup>2</sup>.

A institucionalização das práticas de saúde, a perda do controle sobre os meios de trabalho, a crescente especialização e a maciça incorporação de tecnologias duras contribuíram para que houvesse um predomínio das tecnologias duras e leve-duras no trabalho em saúde e um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos da relação profissionais – usuários. Desse modo, o trabalho médico e o trabalho em saúde em geral orientaram-se aos procedimentos e não às necessidades das pessoas, havendo empobrecimento de sua dimensão cuidadora<sup>1, 3, 4</sup>.

Os últimos quarenta anos foram marcados, simultaneamente, pelo aumento das expectativas dos usuários em relação aos benefícios potenciais da ciência e por uma crescente insatisfação em relação à possibilidade de acesso aos serviços de saúde (restrição de acesso conseqüente ao aumento de custos) e à qualidade da relação entre profissionais de saúde e usuários<sup>5</sup>.

## As outras dimensões da atenção em saúde

O debate mundial acerca das melhores maneiras de organizar a atenção à saúde tem sido alimentado, por um lado, pela crescente compreensão sobre a medicalização e o papel constitutivo das práticas de saúde na conformação da ordem econômica e social do capitalismo no mundo ocidental<sup>6, 7</sup>. E, de outro lado, pelos desafios impostos pela transição epidemiológica e o envelhecimento das populações, que ameaçam o financiamento dos sistemas de saúde em função de ineficácia, ineficiência, iniquidades decorrentes da incorporação de tecnologia sem critérios de custo-benefício e da explosão de custos e gastos decorrentes do modelo hegemônico de pensar saúde<sup>2, 5</sup>.

Há, portanto, busca por humanização, qualidade e menores custos e é nesse contexto que começa a ser construído um novo lugar para o hospital dentro da atenção à saúde, com a produção de alternativas substitutivas para uma série de procedimentos antes intra-hospitalares.

Algumas alternativas mantêm a mesma com-

posição tecnológica do trabalho em saúde (com predomínio das tecnologias duras), mas transferem sua execução para outros ambientes - ambulatórios e até o domicílio - promovendo transferência de custos. Outras modalidades promovem uma recomposição tecnológica do trabalho em saúde, ampliando a utilização de tecnologias leves, a autonomia dos usuários e a dimensão cuidadora do trabalho em saúde. Nessa nova situação, ao hospital caberia um novo papel, centrado no cuidado das situações clínicas mais graves, que demandam maior intensividade de cuidado.

Por outro lado, existe também configurada uma disputa entre diferentes lógicas de acumulação capitalista no setor saúde, intensificada com a entrada maciça do capital financeiro por meio dos seguros de saúde. A atenção gerenciada é a estratégia por excelência do capital financeiro para a reorganização do trabalho em saúde em prol de uma outra lógica de acumulação<sup>2</sup>.

No âmbito da saúde suplementar, que atinge hoje 35 milhões de brasileiros, a gestão da atenção também entrou na agenda de debates. Com a redução importante das taxas de inflação a partir de 1994 e o fim da ciranda financeira, os planos de saúde buscaram implementar práticas de gestão de custos e de riscos. A “medicina preventiva” e outras estratégias de organização do cuidado, como caminho para redução de custos, passaram a fazer parte do vocabulário dos empresários da saúde.

Além disso, a Agência Nacional de Saúde Suplementar desencadeou, a partir de 2004, o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, segundo o qual as operadoras são avaliadas também pela qualidade da atenção à saúde prestada a seus beneficiários. Novidade, pois a saúde suplementar, como setor econômico mobilizado pela busca do lucro, sempre teve a saúde financeira das empresas como fator primordial de avaliação.

Como se vê, diferentes lógicas de acumulação de capital, de racionalização de custos e de humanização da atenção compõem as vertentes que operam em favor de uma reorganização da atenção à saúde, todas elas prevendo novos lugares e papéis para os hospitais dentro da rede de serviços de saúde.

### O hospital e a produção do cuidado

Por outro lado, a recuperação da dimensão cuidadora e a busca da integralidade na atenção à

saúde são desafios colocados para a organização do cuidado no interior dos hospitais. A integralidade da atenção hospitalar pode ser compreendida a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada **no** hospital, que é a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si, e **a partir do** hospital, que é a integralidade tendo como referência a articulação do hospital com os demais equipamentos de saúde<sup>8</sup>.

Dentro do hospital, a atenção depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Ou seja, o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de pequenos cuidados parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários cuidadores que operam no hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo de complementação e disputa, compõem o cuidado em saúde. Ou seja, a forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital confere maior ou menor integralidade à atenção produzida<sup>8</sup>. Portanto, um importante desafio do processo gerencial do hospital atualmente é conseguir coordenar adequadamente este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado – eficaz e de qualidade<sup>9</sup>.

Por outro lado, a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, pois a “linha de cuidado” pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. O hospital pode ser visto como uma “estação” fundamental no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita. Como consequência, há o desafio de criar dispositivos para conectar o hospital de forma mais adequada à rede de serviços de saúde. Ou seja, pensar a construção da integralidade desde o hospital, sem imaginar uma auto-suficiência nessa produção ou sua desresponsabilização no momento da alta.

Essa possibilidade implica repensar as noções de rede de serviços e o melhor caminho para promover a articulação entre diferentes equipamentos. A rede hierarquizada com a atenção básica definida como porta de entrada **a priori** ou a rede como arranjo variável, em que a entrada se dá em qualquer ponto, possibilitando acolhimento e acompanhamento, de acordo com as necessidades de saúde<sup>10, 11, 12</sup>.

Certamente os hospitais têm um importante papel a cumprir quando se pensa em arranjos

mais dinâmicos, em apoio matricial, em construção de linhas de cuidado que articulem diferentes equipamentos de saúde na produção das respostas às necessidades dos usuários, desde que superado o marco conceitual hegemônico que orienta sua concepção (um mundo à parte, autocentrada e auto-suficiente no cuidado à saúde).

### **Os caminhos da mudança na formação de graduação das profissões da saúde**

Na saúde, os processos de desenvolvimento tecnológico e de especialização tiveram grande impacto no ensino de graduação, em função da perda de consenso sobre as competências típicas da formação geral e sobre as contribuições das diferentes áreas de saber nesse âmbito. Houve, assim, ao longo do tempo, uma multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos, de procedimentos, acarretando fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação de graduação, que implicaram a perda da capacidade dos cursos de graduação, particularmente em medicina, de preparar os recém-formados para ingresso imediato no mercado de trabalho<sup>13</sup>.

Os impasses enfrentados na formação e toda a movimentação pela construção do SUS levaram a que se configurasse, há décadas, um intenso debate – atualmente em todas as profissões da saúde, com destaque para medicina e enfermagem – a respeito da necessidade de transformar a formação dos profissionais e as práticas de saúde. Muito antes das diretrizes curriculares nacionais, portanto, na área da saúde já havia movimentos de mudança na graduação, dentre os quais merecem destaque a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), a mobilização da Associação Brasileira de Enfermagem em torno das diretrizes para a graduação e a mobilização pela articulação entre instituições de ensino, sistema de saúde e organizações populares de que o movimento da Rede UNIDA é um exemplo significativo<sup>13</sup>.

Há dois núcleos centrais na produção da mudança na formação das profissões da saúde. Um núcleo educacional e outro relativo à saúde. Nas reflexões educacionais dos movimentos de mudança da saúde, têm sido muito consideradas as contribuições da Escola Nova<sup>14</sup>, da Pedagogia Crítica<sup>15, 16</sup>, da Pedagogia Pós-Crítica<sup>17</sup>, de Piaget<sup>18</sup> e Vigotsky<sup>19</sup> para a compreensão da dinâmica do processo de aprendizagem em saúde.

Nesse campo, atualmente se destacam os conceitos da aprendizagem significativa (que reco-

nhece como muito mais efetiva a aprendizagem a partir de questões relevantes para o estudante – porque provocam um “desconforto mobilizador”, indispensável para estimular a busca de novos conhecimentos, e porque possibilitam dialogar com os conhecimentos prévios – adquiridos pela vivência e experiências anteriores de aprendizagem) e da aprendizagem ativa (papel ativo do aprendiz na busca e produção do conhecimento e de novos sentidos; professor com papel de facilitador)<sup>20</sup>.

Incorporou-se, portanto, na reflexão pedagógica da área da saúde a necessidade de planejar e organizar o processo de ensino-aprendizagem levando em conta as necessidades de aprendizagem dos estudantes<sup>13</sup>.

A partir das contribuições da Pedagogia Crítica e do conceito de relevância social da universidade, também se reconhece que as questões de aprendizagem devem ser significativas do ponto de vista social (cultural, epidemiológico, social, econômico, etc.), porque somente assim são capazes de propiciar a produção de conhecimento e a conformação de um perfil profissional que dialogue com a realidade social e com os problemas e as políticas de saúde do país.

Esse conjunto de reflexões, articuladas à história da formação profissional em saúde, levou a que os problemas da realidade, as vivências e o trabalho sejam reconhecidos como centrais na produção da aprendizagem em saúde, fundamentais para a aprendizagem significativa e para a articulação das várias áreas de saber constitutivas da saúde. Em consequência, as diretrizes curriculares nacionais propõem para todas as graduações em saúde que a prática contextualizada ocupe lugar central na formação: presente desde o início da formação e ocorrendo em cenários diversificados ao longo de todo o curso<sup>13</sup>.

Aqui entram os debates do núcleo saúde na formação. Busca-se a integralidade na formação e trabalha-se com um conceito ampliado de saúde. Desse modo, a diversificação dos cenários de aprendizagem é fundamental porque há diferentes tipos de complexidade envolvidos nos problemas de saúde, que exigem a mobilização de diferentes áreas de saber e de diferentes tecnologias e todos eles precisam ser endereçados durante a formação.

Há situações críticas, com risco de vida, que exigem a mobilização prioritária de tecnologias duras (equipamentos para diagnóstico e para intervenções terapêuticas, medicamentos) e leves (clínica, epidemiologia) e em que a autonomia do usuário está muito reduzida (pacien-

tes acamados, dependentes de cuidado para a própria manutenção da vida). Essas situações são mais frequentes nos hospitais.

Há outras, em que o usuário tem grande autonomia (em sua vida, trabalho, alimentação, diversão, cultura, etc.) em que se torna ainda mais relevante a capacidade dos profissionais de dialogar com sua compreensão de mundo, de saúde e de doença. Sem compreender o universo cultural dos usuários, sem dialogar com sua maneira de organizar a vida, muitas vezes são infrutíferas as tentativas de implementar as tecnologias duras e leve-duras na atenção. Essas situações são mais frequentes nas unidades ambulatoriais.

São também múltiplos os cenários vigentes de prática profissional, todos requerendo tecnologias específicas e rearranjos tecnológicos para a organização do trabalho em saúde (a atenção domiciliar é um exemplo importante). Além disso, os distintos cenários de prática propiciam o contato com diferentes padrões de distribuição dos agravos do ponto de vista epidemiológico.

Por todas essas razões, é muito importante para uma formação de qualidade que os estudantes e especializando vivenciem inserção efetiva no trabalho em saúde em múltiplos cenários de produção de atenção à saúde.

### **O novo lugar do hospital na formação – os desafios**

Para complicar ainda mais a discussão sobre o lugar dos hospitais na formação, ao longo do tempo, os hospitais de ensino foram transformados em locais de atenção terciária e quaternária (em razão da especialização crescente, das modalidades de financiamento, etc). Oferecem, portanto, limitadas oportunidades de aprendizagem relevantes para a formação geral na graduação e até mesmo para os primeiros anos da especialização. Ou seja, outros equipamentos de saúde passam a ser muito relevantes na produção de oportunidades de aprendizagem e um novo papel fica reservado aos hospitais.

Além disso, se a integralidade é um eixo articulador na organização das práticas de saúde, ela deve ser central também no hospital. Então, o conceito ampliado de saúde, responsabilização, continuidade da atenção, construção multiprofissional de projetos terapêuticos, a busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias na produção da saúde não são atributos da atenção básica. Devem ser valores também presentes na organização do trabalho em saúde nos hospi-

tais. Muda, portanto, a expectativa dos formadores em relação às experiências de aprendizagem que o hospital deva propiciar.

Mas estas reflexões e expectativas de aprendizagem estão construídas e acumuladas no âmbito da graduação das profissões da saúde. As residências médicas, por exemplo, apenas começam a ser provocadas por todo esse debate. Só que as escolas médicas já perceberam que de pouco vale todo o esforço para mudar a graduação se não houver a possibilidade de transformar internato e residência, em função do seu poder de conformação do perfil profissional. Como é exatamente no hospital que a construção das identidades profissionais acontece, a mudança no hospital torna-se crítica para a graduação.

Acontece que integralidade, trabalho em equipe multiprofissional, recuperação da dimensão cuidadora das práticas de saúde não são conceitos “pacíficos”, consensuais. Sua implementação implica mudanças nas relações de poder entre as profissões e nas relações de poder entre profissionais de saúde e usuários. Provocam, portanto, resistência e disputa. E o hospital tem sido um local de resistência, de reprodução da lógica hegemônica de organização do trabalho em saúde, um espaço de reprodução dos poderes das corporações<sup>8</sup>. E também um espaço privilegiado para a incorporação maciça de tecnologias, um equipamento visceralmente articulado com a lógica de acumulação do setor produtor de equipamentos e insumos.

Para dar conta de produzir inovações na organização do cuidado e na formação, enfrentando a resistência que elas implicam, são necessárias novas referências e dispositivos para a gestão em saúde e também para a gestão hospitalar.

### **Os desafios da gestão hospitalar (e para a formação em gestão)**

Boa parte da produção teórica sobre a gestão dos hospitais é feita a partir do referencial funcionalista/ sistêmico, hegemônico no campo designado como Administração Hospitalar. De acordo com esse referencial, o hospital funcionaria como um verdadeiro sistema, ou melhor, um subsistema dentro do sistema social mais amplo. Este subsistema consome insumos (humanos, materiais, tecnológicos, financeiros) para desenvolver certos processos internos que resultam em determinados produtos/serviços para seus clientes. Na lógica do mercado, é este *feedback* da satisfação do usuário que realimenta o sistema e assim se fecha o ciclo. Sobrevive o hospital que produz

melhores produtos por meio de uma agressiva política de incorporação tecnológica e um crescente aperfeiçoamento e controle de seus processos internos. Quem não se atualiza, buscando reengenharias internas, e não moderniza seus processos de gestão, termina ultrapassado pela onda de modernização, competitividade e eficiência - marcantes em nossos tempos<sup>9</sup>.

O paradigma funcionalista dá conta de certas questões da administração hospitalar já que o hospital *também* funciona como um sistema, ou melhor, tem aspectos de funcionamento sistêmico, tem partes mais estruturadas e previsíveis, fluxos de insumos, processos com certa materialidade e *outputs* claramente reconhecidos<sup>9</sup>. Mas há a necessidade de uma reflexão teórica que inclua outros referenciais para dar conta da singularidade e dos desafios presentes na gestão dos hospitais.

Graça Carapineiro<sup>21</sup>, discutindo o tema no campo da Sociologia, problematiza o hospital a partir de três vertentes teóricas principais. Numa primeira aproximação do tema, revela o quanto o hospital é e não é uma burocracia no sentido weberiano do termo, para concluir que o hospital é uma burocracia de tipo especial. Ou melhor, é um tipo de organização que apresenta componentes de funcionamento burocrático, uma burocracia convivendo tensamente com uma organização que também funciona dentro de uma lógica adocrática. Tais considerações têm grande importância para se pensar as dificuldades e contradições na gestão dos hospitais<sup>9</sup>.

A outra vertente com que Carapineiro trabalha é construída a partir das contribuições de Foucault, em particular o tema do poder enquanto disciplina e as relações poder/saber, para uma compreensão mais adequada das complexas relações que os médicos estabelecem com a instituição, as outras categorias profissionais e os pacientes<sup>9</sup>.

Finalmente, há as contribuições a partir de um marco teórico assentado na fenomenologia e na teoria da ação de base weberiana, segundo a qual o hospital pode e deve ser visto a partir da perspectiva da ordem negociada.

Assim, o hospital *é* sistema, mas *também* é burocracia, ORDEM, lugar de REPRODUÇÃO e *também*, lugar de forças instituintes, de mar-

cantes graus de liberdade para a ação dos atores institucionais, de negociação e construção de complexas e fluidas redes de contratualidades, de conflitos, de configuração de coalizões e grupos de interesse e disputa. Por tudo isto, é lugar de possibilidades de caminhar em outros sentidos e direções, lugar de conflitos e mudanças<sup>9</sup>.

Para dar conta da ebulição instituinte da vida hospitalar, com seus múltiplos atores batalhando e mobilizando recursos para os seus objetivos operacionais, seus interesses pessoais, corporativos e de grupos, é preciso agregar a esta discussão um outro referencial. Basta ver como a questão da delicada inserção dos médicos na vida hospitalar (não) é tratada nos textos de administração hospitalar, em particular nos organogramas, que, de alguma forma, traduzem os mecanismos de (não) coordenação do trabalho destes profissionais. Esse referencial é o da análise institucional<sup>22, 23</sup>.

Se os hospitais, em si, são instituições tão complexas, num contexto de mudanças como o atual, os desafios que se apresentam para sua gestão são ainda mais significativos. Daí a necessidade de criar novas oportunidades para um debate qualificado e para a construção de novas tecnologias e estratégias de gestão que ampliem as possibilidades de oferta de atenção à saúde de qualidade no âmbito público e privado. Debate esse fundamental também para se pensar a formação em gestão hospitalar.

### Considerações finais

No momento atual, dependendo dos interesses e das concepções de saúde e de cuidado, mudam as expectativas em relação ao hospital – tanto em relação às práticas de saúde e à gestão hospitalar, como em relação a seu papel dentro do processo de formação dos profissionais para o cuidado em saúde. Há intensas disputas, muitos desafios e poucas respostas prontas.

Importante mesmo é abrir esse debate, enfrentando todas as suas complexidades, ampliando referenciais e buscando envolver todos os atores interessados na construção de novos arranjos que possibilitem a superação dos impasses atuais.

## Colaboradores

LCM Feuerwerker e LCO Cecílio participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

## Referências

- Schraiber LB. *O médico e seu trabalho*. São Paulo: Hucitec; 1993.
- Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- Schraiber LB. A profissão de ser médico. In: Canesqui AM. *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: FAPESP/Hucitec; 2000.
- Mendes EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Universitária; 1980.
- Donnangelo MC. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Pioneira; 1979.
- Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.
- Merhy EE, Cecílio LCO. O singular processo de ordenação dos hospitais. *Rev Saúde em Debate* 2003; 22(64):110-122.
- Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública* 1997; 13(3):469-478.
- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2001.
- Caldas EL, Eller EP. *Programa Paidéia de Saúde da Família*. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 2003.
- Feuerwerker LCM. *Além do discurso de mudança na educação médica*. São Paulo: Hucitec; 2002.
- McDermott JJ, editor. *The philosophy of John Dewey*. Chicago: University of Chicago Press; 1981.
- Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
- Popkewitz TS, Fendler L. *Critical theories in education – changing terrains of knowledge and politics*. New York: Routledge; 1999.
- Silva TT. *Teorias do currículo: uma introdução crítica*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2004.
- Piaget J. *Para onde vai a educação?* 10ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 1988.
- Vygotsky LS. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
- Coll C. *Psicologia e currículo - uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Editora Ática; 2003.
- Carapinheiro G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento; 1998.
- Barembliht G. *Compêndio de análise institucional*. Belo Horizonte: Rosa dos Tempos; 1995.
- Altoé S, organizador. *Lourau: analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec; 2004.

Artigo apresentado em 05/10/2006

Aprovado em 21/11/2006

Versão final apresentada em 01/12/2006