



FORMAÇÃO: SABERES E FAZERES HUMANIZADOS

LEARNING PROCESS: HUMANIZED AWARENESSES AND APPROACHES

Maria Cezira Fantini Nogueira-Martins

Psicóloga.

Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela UNIFESP.

Pesquisadora do Instituto de Saúde (SES-SP).

PALAVRAS-CHAVE

Formação de recursos humanos. Política de saúde. Humanização da assistência.

KEY WORDS

Human resources. Health Policy Formation. Humanization of assistance.

A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE

Durante muito tempo, a visão positivista amparou a medicina científica e outras disciplinas, que ficaram centradas na doença. Nessa visão, o doente é despersonalizado e transforma-se em objeto (SCHRAIBER, 1997). Assim, nas práticas em saúde, tem havido o predomínio dos aspectos científico-tecnológicos sobre os aspectos humanístico-interacionais; a excessiva valorização dos insumos tecnológicos da área biomédica tem levado à dessubjetivação das práticas e de seus atores sociais.

No plano das políticas públicas, têm sido feitos vários esforços para reverter esse processo, e um deles refere-se à *humanização*. Conforme Deslandes (2004, p. 7), tal noção tem sido utilizada para denominar “a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica ainda a valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes”.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

(PNHAH), com o objetivo de promover uma nova cultura de atendimento à saúde e organizar elementos e propostas até então esparsos (BRASIL, 2001). Os objetivos do PNHAH eram: fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública; melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS; modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade; capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de atenção à saúde que valorizasse a vida humana e a cidadania; conceber e implantar novas iniciativas de humanização nos hospitais que beneficiassem os usuários e os profissionais de saúde; estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos e experiências nessa área; desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado; difundir uma nova cultura de humanização na rede credenciada ao SUS (BRASIL, 2001).

O PNHAH ressaltava também que, para a humanização da assistência, é necessário

cuidar dos próprios profissionais da área da saúde, constituindo equipes de trabalho saudáveis. Propunha ainda a atenção dirigida à formação dos profissionais ao reconhecer que muitas das dificuldades de interação seriam decorrentes de falhas na formação dos profissionais, restrita ao modelo biomédico (BRASIL, 2001).

No documento do PHNAH, Deslandes (2004) identifica três eixos discursivos, a saber: 1. humanização como oposição à violência; 2. humanização como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos ao bom relacionamento; 3. humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador. Conforme a autora, a humanização é vista pelo PNHAH como ampliação do processo comunicacional nas instituições hospitalares, tema bastante enfatizado por Betts (2001).

Em 2003, o PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH). Segundo seus formuladores, o termo *política* foi intencionalmente utilizado em lugar de *programa*, pois a visão é de que a humanização seja transversal às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, traduzindo os seus princípios nos modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede, construindo trocas solidárias entre eles como usuários e trabalhadores dessa rede (BRASIL, 2004b).

Seus propositores, inicialmente, verificaram que estavam frente a um duplo problema: “o da banalização do tema da humanização e o da fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de

humanização de saúde” (BENEVIDES; PASSOS, 2005). Para os formuladores da PNH, humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS implica “acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo” (BRASIL, 2004b).

A elaboração da PNH nasceu como um fomento aos princípios da integralidade, à universalidade e ao aumento da equidade no SUS, pois vários eram os enfrentamentos que vinham emergindo na sua implementação, entre eles: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a fragmentação da rede assistencial; a precária interação nas equipes; o despreparo para lidar com a subjetividade dos atores envolvidos na assistência e na gestão; o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; o desrespeito aos direitos dos usuários; o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta; a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde (BRASIL, 2004b).

Quanto ao tema específico da formação profissional, o HumanizaSUS recomenda que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde. E, para HumanizarSUS, é necessário AprenderSUS (BRASIL, 2004a).

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O profissional de saúde, desde a sua formação, é ensinado a fazer um recorte do

indivíduo, no qual o fenômeno biológico é a peça principal. O saber técnico proveniente da formação pautada na fragmentação e na compartimentalização do homem não consegue ampliar o conhecimento a ponto de perceber que não é o objeto o cerne do seu trabalho, mas o sujeito inteiro, com sua singularidade, isto é, suas emoções, suas crenças e seus valores (NOGUEIRA-MARTINS, 2004). A formação do profissional de saúde, cada vez mais especializada, aliada às habitualmente difíceis condições de trabalho, restringe sua disponibilidade tanto para o contato com o paciente quanto para a busca de formação mais abrangente.

Além disso, a educação vem, até o momento, formando profissionais para atuar na saúde sem que exista um diagnóstico preciso em relação às necessidades desse setor, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004). Os processos atuais de formação e de práticas profissionais em saúde configuram um quadro de raciocínio comprometido com muitos tipos de interesse, exceto o dos usuários. O cotidiano de relações da atenção, da gestão e do cuidado à saúde (AYRES, 2004) deveria ser incorporado ao aprender e ao ensinar. Assim, a formação englobaria aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e cognitivas e adequado conhecimento do SUS (BRASIL, 2004a).

Alguns elementos que constituem entraves para a mudança na formação são o processo de capitalização do setor de saúde, os interesses corporativistas das profissões e

o que Feuerwerker (2003) denomina “ideal de prática”, referindo-se ao sonho do profissional em ser bem-sucedido como autônomo e trabalhar na rede hospitalar privada de excelência.

Desse modo, há necessidade premente de iniciativas no sentido de formar profissionais crítico-reflexivos. Conforme De Sordi e Bagnato (1998, p.85), o que distinguirá tal formação daquela tecnicista é “em grande parte, o modo de entender e fazer a educação, de como ela é trabalhada em sala de aula, no espaço de interação entre professores e alunos”. De acordo com as autoras, o processo pedagógico deve estimular o ato reflexivo, permitindo ao indivíduo o desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente, de interagir com a realidade em que se insere e de se tornar ativo frente às transformações da sociedade. A formação de profissionais reflexivos pode ser alcançada à medida que metodologias ativas de ensino-aprendizagem sejam utilizadas nos processos pedagógicos tanto nas instituições formadoras quanto nos serviços de saúde (BATISTA et al., 2005).

As discussões relativas à necessidade de mudanças significativas no processo de formação dos profissionais de saúde são também apontadas por Santos (2004, p. 45). Principalmente no que se refere ao perfil profissional desejado e ao modelo pedagógico adotado, “preconiza-se maior integração entre o mundo do ensino e o do trabalho, ênfase na formação generalista, trabalho multiprofissional, diversificação dos cenários de prática e a adoção de metodologias ativas de aprendizagem”. Salienta, no entanto, que

os avanços são pequenos, apesar de experiências docente-assistenciais caminharem para essa direção, devido ao fato de que a incorporação dessas práticas nos currículos formais da área de saúde depara-se com a rigidez dos modelos curriculares tradicionais.

Uma das necessidades para a transformação da formação profissional é o realinhamento de propostas pedagógicas que devem estar baseadas nos princípios da integralidade do conhecimento e da integração entre o ensino e a prática, propiciando às instituições formadoras condições de responder às necessidades dos serviços no SUS. Importante vertente das práticas pedagógicas é a exposição do futuro profissional de saúde a cenários diversificados de prática (SILVA; SENA, 2004). Porém, não basta definir novos cenários de ensino; é preciso que se reflita sobre a prática para que esta possa ser uma referência ao questionamento e à transformação das formas tradicionais de construir currículo (FAGUNDES; FRÓES-BURNHAM, 2005).

O currículo integrado requer a articulação entre teoria e prática, entre instituições formadoras e serviços, entre as distintas áreas de conhecimento, entre os aspectos objetivos e subjetivos em um processo de formação flexível e multiprofissional. Na perspectiva do currículo integrado, as dimensões psicológica e pedagógica da aprendizagem, selecionadas para o desenvolvimento de competência, estão referenciadas na concepção construtivista do processo ensino-aprendizagem, na integração teoria-prática, nos referenciais da

aprendizagem significativa e de adultos e na utilização de metodologias ativas de aprendizagem em momentos de interação presencial e à distância.

Venturelli (1998) considera que a necessária mudança na formação do profissional da saúde passa pela diminuição do tempo dos alunos nas salas de aula com “conteúdos irrelevantes”, criando espaços de “tempo educacional ativo”, nos quais os estudantes são colocados em contato com a prática. Para o autor, o contato com casos e problemas estimula o processo de aprendizagem por meio de perguntas e soluções das questões apresentadas.

No que diz respeito à avaliação do processo educativo, também existe necessidade de mudança. A avaliação deve ser orientada para diagnosticar, para intervir, para cuidar da aprendizagem do aluno, ou seja, deve estar voltada para a melhoria de seu desempenho, e não simplesmente para a classificação do estudante (LUCKESI, 2000). A avaliação deve permitir que o próprio educando compreenda e acompanhe seu processo de aprendizagem.

Komatsu e Mennin (2004) apontam a importância da *avaliação formativa* na aprendizagem, uma vez que esta permite identificar as áreas positivas do estudante e aquelas em que há necessidade de maior empenho. Eles destacam também que os meios e métodos de avaliação devem ser coerentes com as metodologias de ensino-aprendizagem adotadas.

Kikuchi e De Sordi (2005, p. 189), ao descreverem uma atividade educativa voltada a analisar o processo de avaliação

visando a recuperar seu potencial educativo e emancipatório, concluíram que “não há receitas prontas para as questões que envolvem a avaliação no processo de ensino e aprendizagem”. Admitem, no entanto, que existem várias possibilidades de se realizar tal avaliação no sentido de uma concepção crítica, emancipatória e transformadora dos sujeitos.

Têm sido igualmente apontadas necessidades de mudança quanto ao ambiente de aprendizagem e aos necessários cuidados que a formação do profissional de saúde impõe. No aprendizado de papéis novos, tal como o de “cuidador”, é muito importante a atenção ao ambiente de aprendizagem, que deve ter a capacidade de conter o excesso de ansiedade que o aluno tem dificuldade de enfrentar, principalmente no início dos atendimentos, para que ele possa compreender, elaborar e integrar a situação difícil.

A criação de uma atmosfera aberta e facilitadora atenua o estresse ligado ao processo de profissionalização; ao contrário, um clima educacional de intimidação tende a agravar o estresse dos alunos (NOGUEIRA-MARTINS, 2004). Se o aluno percebe que há no ambiente de aprendizagem uma restrição, uma crítica à veiculação dos aspectos emocionais do aprendizado, apresentará resistências para falar sobre seus problemas e sentimentos, principalmente para reconhecer em si alguns sentimentos não condizentes com os esperados de um profissional, como, por exemplo, o de não ter vontade de atender a um determinado cliente. Terá receio, ainda, de que, ao expor esses sentimentos para o professor e

para os colegas, seja criticado e mesmo reprovado ou considerado fraco. Poderá construir uma imagem do professor (que será incorporada ao seu funcionamento psicológico) como a daquele que está somente em busca dos erros.

Como a maioria das atividades é realizada em grupos, faz-se mister destacar algumas questões relacionadas aos grupos. O grupo psicológico é aquele no qual que seus membros, em determinado período, estabelecem uma interação sistemática. As pessoas que se conhecem e que se identificam – ao mesmo tempo em que se diferenciam – criam uma percepção coletiva de sua unidade. A estruturação e a organização do grupo psicológico baseiam-se na convivência, na partilha de atividades comuns, resultando em uma dimensão grupal que é algo mais do que a soma das partes: é uma integração de distintos elementos que constituem uma totalidade.

O grupo psicológico difere, portanto, do ajuntamento de pessoas. Os grupos podem evoluir de várias formas. Podemos dizer que um grupo está sadio quando mantém sua identidade, tem flexibilidade quanto às posições e opiniões individuais, não cristaliza funções e papéis, permitindo que todos exerçam e assumam aspectos existentes em si mesmos. Pode-se dizer que, quando os papéis ficam cristalizados, o grupo está doente, ou seja, não está criativo, não permite que a energia circule, represando-a. Os grupos também não estão bem quando estão fechados em si mesmos, sem permeabilidade, mantendo contato muito tênue com a realidade circundante

(NOGUEIRA-MARTINS, 2004).

Os grupos jovens geralmente são depositários, por parte das instituições, tanto das esperanças e desejos de progresso quanto de suas partes fragmentadas, não-integradas. Seria, *grosso modo* e guardadas as diferenças, semelhante ao que acontece nas relações entre pais e filhos. Em tese, os filhos devem aprender com os pais, seguir suas orientações, continuar seu caminho, superá-los. Ao mesmo tempo, constituem terreno psíquico privilegiado para o trânsito das fraquezas dos pais, de seus aspectos não-resolvidos, não-integrados e, às vezes, de seus núcleos melancólicos, destrutivos.

Como as crianças (e outra vez devidamente guardadas as devidas diferenças), os alunos precisam, nas situações novas, seja no ingresso à universidade, seja no início de cada nova atividade, de um tempo e de um espaço para se perceberem, para tomarem consciência de que estão em um novo contexto, para se conhecerem como grupo, para poderem fazer identificações, partilhar expectativas, ansiedades e experiências anteriores à situação nova.

A experiência inicial acolhedora cria um campo mais propício para a resolução ou, pelo menos, para a explicitação de dificuldades. Assim, se houver espaço e continência para a desintoxicação das angústias grupais, das rivalidades, da competição, o grupo poderá tornar-se fonte de colaboração e compreensão, com a diminuição do receio de críticas. É fundamental, pois, o cuidado com a dimensão grupal no ambiente de aprendizagem.

A inclusão da dimensão psicológica na

formação do estudante de cursos da área da saúde é outra medida importante. O trabalho de sensibilização do aluno em relação aos aspectos psicológicos – motivações para a profissão, idealização do papel profissional e às suas reações vivenciais durante o curso é uma medida prioritária. Além disso, conhecimentos teórico-práticos sobre a relação profissional-cliente são imprescindíveis para uma compreensão integrada da atividade assistencial. Uma das formas de operacionalizar a inclusão da dimensão psicológica é a implantação de grupos de discussão e reflexão sobre a tarefa assistencial nos cursos de graduação e especialização, em que os participantes possam expor dificuldades, angústias e temores ligados ao exercício profissional.

O enfoque na formação humanizada do profissional inclui o da adaptação psicossocial do estudante, que tem o objetivo de contribuir para sua formação integral. Nessa perspectiva, uma importante contribuição é a dos programas de recepção a estudantes no início dos seus cursos, e o acolhimento dos neófitos é uma medida psicoprofilática altamente positiva. Experiências realizadas com grupos no início de cursos de aprimoramento e especialização têm revelado a importância da formação de um continente grupal, fundamental para o enfrentamento das experiências novas decorrentes da inserção institucional.

Para que o estudante desenvolva apropriadamente sua tarefa de “cuidador”, nada melhor do que passar pela experiência de ser cuidado (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Nesse sentido, é de extrema relevân-

cia o apoio psicopedagógico oferecido pela própria estrutura de ensino, isto é, a criação de um ambiente propício para a discussão de problemas relacionados aos sentimentos e às reações que os estudantes têm em sua atividade assistencial, o respeito às suas dificuldades e o oferecimento de um modelo de profissional capaz de integrar habilidades técnicas e interpessoais.

Como parte de um processo amplo de formação profissional com vistas à humanização das práticas assistenciais, é imprescindível considerar ainda a dimensão pedagógica da função docente. Habitualmente, ela não é priorizada no ambiente universitário, pois, em geral, parte-se do princípio de que o professor que teve uma sólida formação na especialidade em que deve atuar como docente encontra *naturalmente* os meios para ensiná-la. Contudo, vale ressaltar uma importante iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ e a Rede UNIDA (BRASIL, 2005): a estratégia de formação de ativadores de mudança na graduação das profissões de saúde. A proposta de ativação de mudanças está pautada em um perfil profissional composto por três áreas de competência: político-gerecencial, educacional e de cuidado à saúde.

Um dos princípios fundamentais dessa proposta de ativação de mudanças é o de que o ativador não só estimula a transformação, mas também se transforma; ao favorecer processos coletivos de construção, ele se constrói como sujeito na ação (FEUERWERKER; LIMA, 2004). Essa estratégia, lançada em nível nacional, pretende contribuir para a formação do que

Perrenoud (1999) classifica como o “paradigma do professor reflexivo e crítico”, ou seja, uma formação que estimule a atitude reflexiva do professor, promova a construção de iniciativas próprias por parte dele, considerando “os alunos, o campo, o meio ambiente, as parcerias e cooperações possíveis, os recursos e as limitações próprias do estabelecimento, dos obstáculos encontrados ou previsíveis” (p. 64). Ainda no campo pedagógico, as práticas grupais que utilizam imagens, *role-playing* e dramatizações enriquecem e dinamizam o aprendizado (KAUFMAN, 1992).

A inclusão do conhecimento sobre a natureza humana e o desenvolvimento de atitudes de valorização do indivíduo contribuem para a humanização da profissão. A crescente importância dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos na área da saúde torna a inclusão desses conteúdos uma prioridade para os novos currículos. Os conteúdos referentes à história de cada área mostram a constituição dos saberes e técnicas ao longo do tempo, permitindo uma melhor compreensão do presente e um redirecionamento do futuro. As matérias humanísticas contribuem para uma nova abordagem na área da saúde, preocupada não somente com as tarefas curativa, preventiva e reabilitadora, mas também com a melhoria da natureza humana e o bem-estar social.

O ensino da bioética é outra meta. A reflexão sobre questões verdadeiramente éticas suscitadas pela vida é o real alicerce de nosso código moral e de nossa conduta. Os conceitos de pessoa, responsabilidade,

respeito, verdade, consciência, autonomia, justiça e outros, presentes no cotidiano das práticas assistenciais em saúde, deverão estar interiorizados para que possam nortear e modelar a conduta profissional. Tanto o paciente quanto o estudante e o profissional devem ser vistos como pessoas na totalidade de seu ser, libertos de processos alienantes (CAMARGO, 1996).

Convém, finalmente, salientar que toda e qualquer medida modificadora de padrões de comportamento, de atitudes e de valores, como são as propostas de formação humanizada e humanizante, envolve um processo de conscientização e sensibilização, o qual costuma ser demorado e doloroso. As resistências não são pequenas e, com frequência, crescem ao longo do processo.

REFERÊNCIAS

- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.
- BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.
- BETTS, J. **Considerações sobre o que é o humano e o que é humanizar**. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=37>>. Acesso em: 11 nov. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF, 2001. (Série C, n. 20).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área de saúde**. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Caderno do Especializando**. Rio de Janeiro, 2005. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde.
- CAMARGO, M.C.Z.A. O ensino da ética médica e o horizonte da bioética. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 47-51, 1996.
- DE SORDI, M.R.L.; BAGNATO, M.H.S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.
- DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- FAGUNDES, N.C.; FRÓES-BURNHAM T. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 45-51, 2005.
- FEUERWERKER, L. Reflexões sobre experiências de mudança na formação de profissionais de saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 21-26, 2003.
- FEUERWERKER, L.C.M.; LIMA V.V. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Caderno do Especializando**. Rio de Janeiro, 2004. Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde.
- KAUFMAN, A. **Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica**. São Paulo: Ágora, 1992.
- KIKUCHI, E.M.; DE SORDI, M.R.L. Avaliação do processo de ensino-aprendizagem. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 4, p. 185-190, 2005.
- KOMATSU, R.; MENNIN, S. Por uma avaliação crítica e reflexiva: avaliar para transformar. **Olho Mágico**, Londrina, v. 11, n. 3, p. 12-14, 2004.
- LUCKESI, C.C. O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem? **Novas perspectivas em avaliação**, v. 3, n. 12, 2000. Disponível em <<http://www.artmed.com.br/patioonline.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2005.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Cuidando do futuro cuidador. In: DE MARCO, M.A. (Org.). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 87-92.
- _____. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais em mudança prática, reflexiva e participação crítica. *Revista*

Brasileira de Educação, v.12, n.5-21, 1999.

SANTOS, S.M.M. Formação continuada numa perspectiva de mudança pessoal e profissional. **Sitientibus**, v. 31, p. 39-74, 2004.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 123-138, 1997.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem como estratégia para articulação teoria e prática.

Olho Mágico, Londrina, v. 11, n. 1/2, p. 9-16, 2004.

VENTURELLI, J. Innovación educacional em las profesiones de la salud: moda ou necessidade? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação** v. 2, n. 3, p. 119-123, 1998.