

**F o r m a ç ã o  
P e d a g ó g i c a  
e m E d u c a ç ã o  
P r o f i s s i o n a l n a  
Á r e a d e S a ú d e:  
E n f e r m a g e m**



**NÚCLEO  
INTEGRADOR**

**10**

**Planejando uma prática pedagógica significativa em Enfermagem**

© 2001. Ministério da Saúde.

Todos os direitos desta edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.<sup>a</sup> edição revista e ampliada – 2003 – 4.000 exemplares

**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7º andar, sala 733

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 2993

**Fundação Oswaldo Cruz**

**Presidente:** Paulo Marchiori Buss

**Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública:** Jorge Antonio Zepeda Bermudez

**Curso de Formação Pedagógica em educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem**

**Coordenação – PROFAE:** Valéria Morgana Penzin Goulart

**Coordenação – FIOCRUZ:** Antonio Ivo de Carvalho

**Colaboradores:** Milta Neide Freire Barron Torrez, Lilia Romero de Barros, Carmen Perrota, Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim, Elaci Barreto, Helena David, Gisele Luisa Apolinário, Zenilda Folly

**Capa e projeto gráfico:** Carlota Rios e Leticia Magalhães

**Editoração eletrônica:** Paulo Sérgio Carvalho Santos

**Ilustrações:** Flavio Almeida

**Revisores:** Alda Lessa Bastos, Ângela Dias, Maria Leonor de Macedo Soares Leal, Mônica Caminiti Ron-Réin e Nina Ulup

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Fundação Oswaldo Cruz.

Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem: núcleo integrador: planejando uma prática pedagógica autônoma e significativa em enfermagem 10 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, Fundação Oswaldo Cruz; Milta Neide Freire Barron Torrez (Coord.), Maria Regina Araújo Reicherte Pimentel, Regina Aurora Trino Romano, Valéria Morgana Penzin Goulart. – 2. ed. rev. e ampliada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

52 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0697-5

1. Educação Profissionalizante. 2. Auxiliares de Enfermagem. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Torrez, Milta Neide Freire Barron. V. Pimentel, Maria Regina Araújo Reicherte. VI. Romano, Regina Aurora Trino. VII. Goulart, Valéria Morgana Penzin. VIII. Título. IX. Série.

NLM WY 18.8

Catálogo na fonte – Editora MS

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão da Educação na Saúde  
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

F o r m a ç ã o  
P e d a g ó g i c a  
e m E d u c a ç ã o  
P r o f i s s i o n a l n a  
Á r e a d e S a ú d e :  
E n f e r m a g e m



2ª edição revista e ampliada

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

**10** Planejando uma prática  
pedagógica significativa  
em Enfermagem

Brasília – DF  
2003

## ***Autores***

### ***Núcleo Contextual***

Francisco José da Silveira Lobo Neto – Coordenador do Núcleo  
Módulos 1, 2, 3 e 4

Adonia Antunes Prado  
Módulos 1, 2, 3 e 4

Dalcy Angelo Fontanive  
Módulos 1, 2, 3 e 4

Percival Tavares da Silva  
Módulos 1, 2, 3 e 4

### ***Núcleo Estrutural***

Maria Esther Provenzano – Coordenadora do Núcleo

Carlos Alberto Gouvêa Coelho  
Módulo 5

Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim  
Módulo 6

Alice Ribeiro Casimiro Lopes  
Módulo 7

Maria Esther Provenzano  
Nelly de Mendonça Moulin  
Módulo 8

### ***Núcleo Integrador***

Milta Neide Freire Barron Torrez – Coordenadora do Núcleo  
Módulos 9, 10 e 11

Maria Regina Araujo Reicherte Pimentel  
Módulos 9, 10 e 11

Regina Aurora Trino Romano  
Módulos 9, 10 e 11

Valéria Morgana Penzin Goulart  
Módulos 9, 10 e 11

### ***Colaboradores***

Cláudia Mara de Melo Tavares

Elaci Barreto

Helena Maria Scherlowski Leal David

Izabel Cruz

### ***Guia do Aluno***

Carmen Perrotta – Coordenadora

Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim

Milta Neide Freire Barron Torrez

### ***Livro do Tutor***

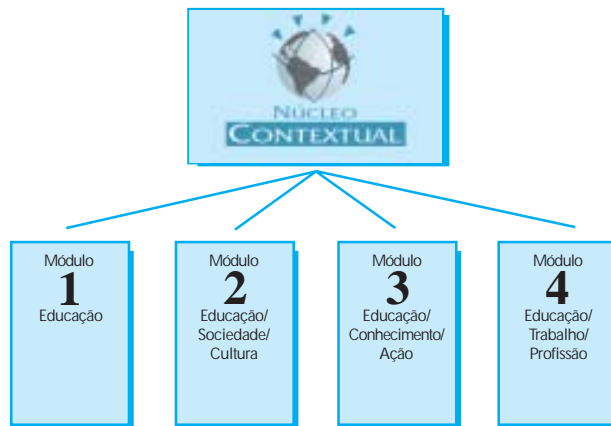
Maria Inês do Rego Monteiro Bomfim – Coordenadora

Carmen Perrotta

Milta Neide Freire Barron Torrez

### ***Coordenação geral da 2ª edição***

Carmen Perrotta





## Sumário

Apresentação do Módulo 10 – Planejando uma prática pedagógica significativa em Enfermagem	9
<b>Primeiro Movimento</b> – Bases políticas para novas relações político-pedagógicas em Saúde/Enfermagem	13
<b>Segundo Movimento</b> – Bases pedagógicas para uma prática autônoma e significativa	35
Atividade de Avaliação do Módulo	44
Bibliografia de referência	46

## *Apresentação do Módulo 10 – Planejando uma prática pedagógica significativa em Enfermagem*

No **Módulo 9 – *Imergindo na prática pedagógica em Enfermagem*** –, você buscou atingir a essência da educação profissional de nível técnico em Enfermagem, investigando o que se manifesta desde o espaço da sala de aula até a formulação do Projeto Pedagógico da Escola/do Curso em que está atuando.

Esperamos que a realização das atividades propostas naquele módulo tenha contribuído para a identificação das dificuldades e gerado o desejo de aproveitar as possibilidades para avançar na direção da prática desejada. Depois de entregar a Atividade de Avaliação do Módulo, provavelmente você já tenha “recuperado o fôlego”, não é?

Vamos, então, ao que estamos entendendo, neste módulo, como o ato de planejar : **uma ação de análise crítica do que se deseja, da distância entre a realidade que se tem e a que se quer alcançar, do que se faz e do que ainda precisa ser feito**, conforme descrito no **Tema 2 do Módulo 6**.

Cientes de que desejamos uma prática pedagógica autônoma e que, para isso, ela precisa expressar-se como uma ação consciente, fruto da vontade, contrapondo-se às ações impostas, utilizamos o gerúndio – **planejando** –, para dizer que a ação consciente está sendo “gestada”: a releitura daquilo que se sabe está sendo processada para clarear o que se precisa saber.

Como desejamos ainda que a prática pedagógica seja significativa, para você, para seus alunos-atendentes, para a prática social em Enfermagem e, também, para a sociedade, discutiremos alguns temas considerados como **bases políticas e pedagógicas**, que poderão sustentar o seu ato de planejar.

Essas **bases** ajudam a revigorar o sentido da prática pedagógica na educação profissional em Saúde/Enfermagem, pois possibilitam a descoberta de **novas relações** entre **os fins políticos do cuidar em Enfermagem** e os **objetivos pedagógicos** dessa formação.

Como os objetivos pedagógicos devem buscar os fins sociais da educação, os fins político-sociais da educação profissional passam a referenciar esses objetivos.

Quais são os fins político-sociais da Educação Profissional em Saúde/Enfermagem reconhecidos por este Curso? Possibilitar a construção da competência humana para o cuidar, de modo que ela possa mobilizar



conhecimentos, habilidades e valores/attitudes na promoção da saúde como direito de todos.

Contamos com a sua valiosa contribuição para, juntos, identificarmos **bases e relações político-pedagógicas** fundamentais para uma prática autônoma e significativa que desejamos em Saúde/Enfermagem, combinado?

Para isso, você está sendo convidado a **ressignificar o planejamento político-pedagógico**, buscando reconhecê-lo como ação estratégica e coletiva – visão muito diferente daquela normativa, tradicionalmente ensinada. Faremos isso ao longo dos movimentos.

Estamos acreditando que as múltiplas vivências deste Curso vêm estimulando o seu “nado próprio”, explorando as possibilidades, ampliando os limites e espaços de autonomia. Fique atento(a) para as vezes em que será preciso “flutuar” ou “nadar contra a maré”, para concretizar a concepção de educação profissional pretendida.

No sentido de tudo isso que apresentamos, este módulo tem como **objetivo** subsidiá-lo(la) a discutir as bases políticas e pedagógicas que informam a educação profissional em Enfermagem e a definir, coletivamente, diretrizes de um projeto que favoreça uma prática pedagógica significativa nessa área, porque pautada em novas relações entre os fins políticos do Cuidar e os objetivos pedagógicos da formação.

Assim,

- discutindo bases políticas e pedagógicas que apontam para relações promotoras de uma prática docente autônoma e significativa na educação profissional em Enfermagem;
- estimulando-o(a) a exercitar um planejamento que, organizando a prática pedagógica em novas bases e relações político-pedagógicas, viabiliza a integração ensino-serviço-comunidade como estratégia para a articulação teoria-prática;

pretendemos apoiá-lo(la) na construção de **competências** fortalecedoras da sua vontade de aperfeiçoar ou recriar o seu “nado próprio” no contexto coletivo, tais como:

- compreender criticamente as bases e relações político-pedagógicas em Saúde/Enfermagem, para participar, propositadamente, na construção de um projeto de educação profissional de nível técnico, orientado pela perspectiva da Promoção da Saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS);
- reconhecer o planejamento da prática pedagógica como elemento organizador da integração do ensino com os espaços da saúde – serviços, instituições, famílias, comunidades –, viabilizando a articulação das dimensões teórica e prática nas ações pedagógicas e no cuidar em Enfermagem.

Sugerimos que você não se esqueça de lançar mão daquilo que já reelaborou/acumulou até o momento, retornando aos módulos anteriores, levantando questões, fazendo sugestões, “ampliando as braçadas” e aperfeiçoando o seu “estilo”.

Para promovermos os novos mergulhos, desenvolvemos alguns movimentos:

**Primeiro Movimento** – Bases políticas para novas relações político-pedagógicas em Saúde/Enfermagem

Aqui, ao voltarmos o foco da discussão para as temáticas “paradigmas”, Promoção da Saúde, Doze anos de caminhada da organização do SUS, Cuidado em Enfermagem, desejamos apontar nexos possíveis entre promover saúde e profissionalizar em saúde, visando a novas relações político-pedagógicas.

**Segundo Movimento** – Bases pedagógicas para uma prática autônoma e significativa

Neste movimento, discutimos a **integração ensino–serviço–comunidade como estratégia possibilitadora da articulação teoria–prática**, entendendo-a como base relevante para ressignificar um planejamento pedagógico em que a interdisciplinaridade e a intersetorialidade reorientam as práticas profissionais em Saúde/Enfermagem.



## Primeiro Movimento

Bases políticas para novas relações  
político-pedagógicas em Saúde/Enfermagem

Pronto(a) para discutir as **bases** que ajudam a revigorar o sentido da prática pedagógica na educação profissional em Saúde/Enfermagem? Que **novas relações** vêm se estabelecendo entre **os fins políticos do cuidar em Enfermagem** e os **objetivos pedagógicos** da formação dos profissionais de nível técnico dessa área?

Iniciando este movimento, apontaremos alguns “sinais e sintomas” que evidenciam a desarticulação entre os fins político-sociais da educação profissional em Saúde/Enfermagem e os objetivos que norteiam as práticas pedagógicas:

- A insuficiente apropriação e consideração das bases filosóficas e conceituais e do contexto político-organizacional do SUS na formulação dos projetos pedagógicos possibilitados pela legislação educacional explicam a dificuldade de as políticas de saúde e educação serem compreendidas em termos reconstrutivos por gestores do ensino, docentes e coordenadores pedagógicos e, assim, serem geradoras de novas práticas e mudanças essenciais na formação dos profissionais de saúde.
- Escolas/Cursos de Enfermagem extraem dos discursos e documentos oficiais as normas técnicas e as orientações programáticas como quem cumpre um ritual “burocrático”. Muitas vezes, “recortando-as e colando-as” em propostas pedagógicas, acreditam que assim estão atualizando, contextualizando seus projetos de curso e planos de aula. Em





Neste Curso, em diferentes módulos dos **Núcleos Contextual** e **Estrutural**, você se confrontou com a questão da autonomia da Escola. Aproveite as linhas disponíveis no rodapé da página para escrever o que você entende por essa autonomia.

Pense, também: Você se sente um docente autônomo? Nossas convicções ficam mais claras quando tentamos explicitá-las, “conversando com os nossos botões...”

Os **Módulos 5, 6 e 7**, assim como os antecedentes históricos e sociológicos aportados pelo Núcleo Contextual, certamente ajudaram-no(na) a compreender o processo político representado pelas mudanças desencadeadas com a promulgação da Lei 9.394/96 (a LDB), de profundo interesse para a sociedade como um todo, em especial para os profissionais educadores e os educadores de profissionais. Procure discuti-lo com outros colegas, para ter base sólida para os seus argumentos.

alguns casos, essas escolhas reforçam a perspectiva reprodutora e tecnicista que a Escola tem a intenção de superar ou representam apenas uma roupagem nova das velhas abordagens.

- Escolas/Cursos relatam, surpresas(os), a descoberta de uma reforma do MEC determinando reviravoltas pedagógicas e administrativas, com prazos estipulados em Lei. Necessitando “correr atrás do prejuízo”, começam a querer saber, por exemplo, o que é “o paradigma da competência”. Algumas/Alguns manifestam seu distanciamento dizendo: “*Eles inventam e depois cai tudo na nossa cabeça*”. Poucas(os) se perguntam: Competência para quê? Paradigma, por quê? Por quem é reconhecido como tal?
- Escolas/Cursos ficam às voltas com resoluções, diretrizes, referenciais, Carta de Ottawa, projetos político-pedagógicos, programas/estratégias do Ministério da Saúde, de forma solitária, lidando com informações, conceitos, paradigmas, com pouca clareza sobre eles.

E tudo isso acontece em um contexto de **autonomia da Escola**, conceito tão pouco compreendido, ainda que expressão tanto utilizada.

Sem dúvida é difícil compreender algo que pressupõe *a liberdade de governar-se por si mesmo, de forma independente, com autodeterminação* (Japiassu e Marcondes, 1990, p.29), quando as escolas/os cursos ainda se organizam/organizam suas propostas pedagógicas a partir de normas que vêm de fora, aplicadas muitas vezes de forma literal e acrítica, como vem acontecendo em relação às diretrizes e aos referenciais ora em vigência na legislação educacional, sem que sejam discutidos e confrontados com as convicções e experiências dos que fazem aquela(e) Escola/Curso ser o que é.

E quanto aos “sinais e sintomas” que evidenciam a desarticulação entre os fins político-sociais do Sistema Único de Saúde e os objetivos que norteiam a formação dos profissionais dessa área?

Eles também indicam que não está tudo bem.

- Escolas/Cursos relatam um grande “estranhamento” das competências profissionais referenciadas no paradigma da Promoção da Saúde, que deverão compor o perfil do egresso.
- “Estranhamento” semelhante ocorre em relação à reforma setorial da Saúde – a Reforma Sanitária – e a seus desdobramentos mais visíveis, como a organização do SUS, as estratégias de reorientação do modelo assistencial, a gestão descentralizada do sistema, entre outros. Estes ainda são compreendidos por muitos como “programas do governo”, sendo apropriados apenas em seus conteúdos técnicos, normativos e/ou nos procedimentos burocráticos. Poucos compreendem a Reforma Sanitária Brasileira como uma contribuição setorial que visa à transformação do modelo social, apesar das inúmeras vezes em que associam a expressão “em defesa da cidadania” à defesa da sua implantação.
- Há muita distância entre o que a escola ensina e a preparação profissional que o sistema de saúde requer como empregador da força de trabalho egressa dos cursos.

- As políticas e suas formulações em programas oficiais “saem na frente” da Escola em termos da atualização científico-tecnológica, e alguns serviços, mesmo que precariamente, adotam novas práticas, novos instrumentos, novos recursos gerenciais muito antes de a escola conseguir incorporá-los ao seu currículo e de os professores conseguirem apropriar-se deles a ponto de poder “ministrá-los”.

Esses exemplos mostram “lacunas” na compreensão da saúde baseada na teoria da produção social, assim como na compreensão das implicações sociais da construção, organização e abrangência do SUS como um sistema que busca assegurar o direito de todos à saúde, uma necessidade indiscutível da cidadania brasileira. Conseqüentemente pode-se concluir que as Escolas/os Cursos ainda estão apreendendo de forma superficial a relação do SUS com as demandas por transformações nas práticas pedagógicas, demonstrando que, mesmo nesses espaços, saúde e educação ainda são vistas como ações isoladas/desarticuladas.

---

Nessa teia de (des)entendimentos, vamos superar o olhar fragmentado puxando um “fio para unir as pedras”?

---

### *Paradigmas: isso tem dado o que falar...*

Na área de Saúde, especificamente, há algumas décadas vêm ocorrendo diversas discussões e movimentos sociais que apontam a necessidade de transformações profundas nos modos de pensar e intervir sobre o processo saúde-doença, tentando dar “a César o que é de César”: às ações de saúde o que lhes é devido e ao modelo político-econômico-social a parte que lhe cabe no “latifúndio” do bem ou mal-estar de cada um e de todos.

Reflexões como essas fazem parte da utopia em torno de uma sociedade mais justa e democrática, superando as desigualdades sociais, ampliando o acesso aos cuidados necessários e a qualidade desses cuidados, garantindo as condições de qualidade de vida, promotoras de saúde. Elas inspiram a definição dos determinantes e condicionantes da saúde, que, segundo a Lei nº 8.080/90, artigo 2º, inciso 3º, são, *entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais*, reiterando que **os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País**.

Nessa longa e sempre dinâmica construção emergem “novos paradigmas”, indicando a insatisfação ou a insuficiência do paradigma hegemônico em relação aos problemas e soluções demandados ao campo científico em saúde.



A concepção de saúde com base na teoria da produção social foi explicitada no **Primeiro Movimento do Módulo 9**. Torne a aproveitar as linhas disponíveis no rodapé da página para registrar o seu entendimento sobre essa concepção.

**Reforma Sanitária como movimento social** – *No marco da discussão teórica, a reforma sanitária enquanto política social foi uma proposta surgida da sociedade, que, no bojo do processo de transição à democracia, teve a capacidade de se **articular em um movimento social** (Gerschman, 1995, p.50, grifo nosso).*

Em caráter complementar a essa discussão, sugerimos a leitura dos seguintes textos:

■ FIOCRUZ/ENSP. Unidade I: Formulação de Políticas de Saúde (Módulos 1 e 2). *In: Gestão em Saúde*: Curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde. Programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998.

■ PAIM; ALMEIDA FILHO. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

O uso do termo *paradigma* tem sido considerado abusivo por alguns autores, entre eles Paim e Almeida Filho. Outros, no entanto, têm se apropriado mais livremente do termo, querendo indicar a **emergência de novos olhares e novos pressupostos que orientam as práticas em saúde**.

Sem entrar no âmbito da discussão epistemológica (lembra-se do **Módulo 3?**), examinemos o que dizem especialistas no assunto. Japiassu e Marcondes afirmam que o filósofo da ciência, Thomas Kuhn, autor do clássico *A estrutura das revoluções científicas* (1975), utiliza o termo paradigma, considerando que alguns exemplos aceitos na prática científica real, incluindo, ao mesmo tempo, lei, teoria, aplicação e instrumentação, proporcionam **modelos** dos quais surgem as tradições coerentes e específicas da pesquisa científica. **Esses modelos são os paradigmas**. Eles auxiliam a construção lógica das explicações científicas desse ou daquele campo do saber.

*Assim, um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade científica partilham e, inversamente, uma comunidade [científica] consiste em indivíduos que partilham um paradigma* (Japiassu e Marcondes, 1990, p.189).

O sentido dado ao termo paradigma, rejeitado pela teoria kuhniana, segundo Paim e Almeida Filho, é aquele de *padrão de referência ou modelo a ser seguido, como, por exemplo, ao se dizer que “o sistema de saúde inglês é o paradigma da medicina social”* (2000, p.20-21).

No entanto, esse sentido “rejeitado” é amplamente encontrado nas publicações e palestras sobre este e outros temas. Aplicado, inclusive, em relação à abordagem do ensino por competências, lembra-se?

Polêmica à parte, não há como negar que, nos dias de hoje, ficam cada vez mais evidentes os limites de um modelo assistencial balizado por uma visão fragmentada do homem, acrítico no que se refere à incorporação desenfreada de tecnologias, e cujo ponto de partida é o processo patológico – um modelo baseado na doença.

Como apontam Paim e Almeida Filho (2000), os marcos referenciais da clássica saúde pública parecem esgotados na atualidade. A emergência de novas e diferentes formas de cuidar, incluindo a incorporação de técnicas oriundas de racionalidades diferentes, como as de origem oriental, é, em parte, resultado da crise de paradigmas que vive a saúde hoje.

Nessa “crise paradigmática”, o surgimento de visões alternativas vem “desmontando” a base teórica e metodológica hegemônica no campo científico da saúde, fundamentada na perspectiva positivista de ciência, e reiterando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado como parte da complexidade histórico-política e não apenas biológica – o que desafia profundamente as concepções e práticas mais arraigadas no campo da saúde.

Tal visão amplia os campos do saber capazes de contribuir com a compreensão desse processo e de fazer surgirem propostas de intervenção sobre os problemas mais relevantes. Outros sujeitos e outros saberes passam a ter a “autoridade científica” antes reservada quase que exclusivamente ao campo das ciências biológicas e às práticas de pesquisa experimentais. Como espaço de poder e de prestígio, o campo científico da saúde também não está nada tranquilo...

Buss e outros autores têm procurado socializar na América Latina, e especialmente no Brasil, por meio de debates nos espaços formadores em saúde e junto às instâncias formuladoras e gestoras de políticas públicas, a emergência de um “novo paradigma” – o da Promoção da Saúde – para reorientar práticas e saberes, inclusive na formação da força de trabalho em saúde.

### *A Promoção da Saúde: este conceito tem história*

Você já estudou em vários momentos deste Curso, nos Módulos anteriores, temas nos quais foi referido o “paradigma” da promoção da saúde. Vamos apresentar um breve histórico dessa construção *elaborada por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 20 anos* (Buss, 1998, p.6).

O conceito de Promoção da Saúde vem mudando ao longo do tempo, desde a sua primeira utilização, por Sigerist (1946). Essencialmente, ele trata do reconhecimento de que **há uma crescente necessidade de intervenção sobre os determinantes e os fatores de risco e não apenas sobre os danos à saúde**, evidenciando a sua produção social e não apenas biológica.

No entanto, é no famoso documento de 1974 – o Informe Lalonde (nome do então Ministro da Saúde do Canadá) – que encontramos a explícita compreensão sobre o adoecimento humano como fenômeno produzido por um conjunto de determinantes. Agrupados em quatro categorias – **a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde** – seriam estes os componentes do campo da saúde, dentro dos quais existem inúmeros fatores que a influenciam (Buss, 1998, p.8).

Pensar a natureza da organização da atenção em saúde segundo o paradigma da Promoção da Saúde implica que se considerem como fundamentos indispensáveis a **interdisciplinaridade** e a **intersetorialidade** (Mendes, 1999 e Buss, 1998).

A interdisciplinaridade deverá ser desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes e isso só será possível se as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalharem integradas. As ciências da educação são “parceiras históricas” da saúde, materializadas amplamente na Educação em Saúde e na formação dos profissionais de saúde.

Para que a saúde possa ser apreendida em toda a sua dimensão, sob o enfoque de “fato social total”, são necessários saberes capazes de articular dinamicamente as dimensões do social, do psicológico e do biológico (Minayo, 1994). Isto requer que o trabalho em saúde seja desenvolvido por meio de práticas integradas, que incorporem saberes técnicos e populares e vejam o homem no seu contexto, o que extrapola o setor saúde e nos desafia a buscar a intersetorialidade.



Você já teve a oportunidade de estudar, no **Módulo 7**, o conceito de **campo** baseado em Basil Bernstein: um conjunto de relações de força entre pessoas e instituições em luta por diferentes formas de poder, seja ele econômico, político ou cultural.

**Educação em Saúde** é o campo de prática e conhecimento que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar e fazer do dia-a-dia da população (Sophia, 2001, p.5). Stotz e Valla entendem a Educação e Saúde como *uma área temática colocada no entrelaçamento de disciplinas sociais e das ciências da saúde* (Buss, 1998, p.45).

**Intersetorialidade** – processo em que os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos sobre os objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (OPS, 1992, *apud* Buss, 1998, p.36).

Essa visão, do ponto de vista conceitual, procura superar a perspectiva isolada de formulação de políticas com base apenas no setor saúde e passa a considerar a questão da saúde. O que significa incorporar o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de política pública, como por exemplo: educação, meio ambiente, habitação, transporte, agricultura, assim como o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política (Buss, 1998).



A perspectiva da promoção incentiva a compreensão de que o cuidar em saúde é mais do que assistência médica.

Com base em sua experiência como profissional assistencial e docente, reflita e responda:

Qual a importância dessa compreensão para o direito à saúde assegurado na Constituição Federal?

**Políticas públicas saudáveis** – no marco da saúde que deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendido como um estado dinâmico, socialmente produzido, as políticas públicas são saudáveis quando produzem saúde, implicando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade. Devem ser *elaboradas e pactuadas em fóruns participativos, expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais, (...) [tendo] sua implementação controlada pela participação ativa da sociedade* (Buss, 1998, p.33).

No que diz respeito ao ensino em saúde, entendemos que a interdisciplinaridade deverá manifestar-se na seleção e organização dos conhecimentos e na articulação dos objetivos do trabalho do profissional com os objetivos pedagógicos, evitando-se a fragmentação dos currículos por disciplinas e dicotômicos em termos de teoria e prática.

A interdisciplinaridade no ensino em saúde implica a integração disciplinar **em torno de problemas oriundos da realidade vivenciada**. Nesse sentido, os conteúdos das disciplinas que auxiliam na compreensão do contexto interagem dinamicamente com aspectos teóricos e metodológicos que preparam os alunos para abordar esses problemas, segundo uma visão transformadora.

Voltando ao Informe Lalonde, a **motivação central do Informe parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas** (Buss, 1998, p.8). Isto não estava sendo capaz de controlar estes agravos que caracterizavam o perfil epidemiológico – câncer, doenças cardio-vasculares, entre outras.

Com a divulgação desse Informe, primeiro documento oficial a usar a expressão **promoção da saúde**, o movimento em torno dessa nova abordagem ficou evidenciado, sendo posteriormente reconhecido como *um primeiro passo para a definição de um novo paradigma em saúde* (ibidem).

Na construção política, conceitual e prática da promoção da saúde, situam-se inúmeros eventos e as diversas conferências internacionais e regionais sobre Promoção da Saúde. A primeira foi realizada em Ottawa, em 1986, e nela funda-se o compromisso dos países signatários de desenvolverem as chamadas políticas públicas saudáveis, por meio da Carta de Ottawa.

Destacamos a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, em Santafé de Bogotá, Colômbia, em 1992, por ter proposto essa discussão à luz das condições concretas de vida das pessoas dos países latino-americanos, afirmando que *a promoção da saúde na América Latina busca a criação das condições que garantam o bem-estar geral da população como propósito fundamental do desenvolvimento* (Buss, 1998, p.25).

Porém, é importante observar que há uma apropriação superficial e ingênua desse “paradigma” – a que vê a promoção como sendo um conjunto de práticas e ações eminentemente educativas, voltadas para a mudança de hábitos individuais, despolitizando a sua essência. Com frequência tem sido considerado Promoção da Saúde apenas ações como as de estímulo à atividade física, de adoção de hábitos alimentares adequados e de combate ao tabagismo.

A ação interinstitucional e intersetorial é outro pressuposto da Promoção da Saúde que vem sendo operacionalizado mediante ações pontuais e limitadas, como se, ao invés de proposta política de grande alcance, a promoção fosse apenas um conjunto de regras básicas de vida, de caráter individual e apolítico.

A compreensão ampliada desse conceito, que vem sendo apontada por alguns como um novo paradigma em saúde, deve passar também pela identificação das instâncias políticas que participam da arena decisória em saúde, aí se incluindo questões como o financiamento adequado das ações preventivas e a capacitação de uma força de trabalho em saúde capaz de tornar concretas essas idéias na sua prática cotidiana e na sua relação com o usuário.



“Que Promoção da Saúde queremos?” deve ser a pergunta orientadora das propostas de mudança. “Que projeto político-pedagógico pode contribuir para a formação de profissionais comprometidos com as reais necessidades de saúde da população?”, um dos grandes desafios dos formadores.

Quanto aos diferentes “paradigmas”, ficamos com a “sensação” de que, por mais conceitual e cientificamente corretos que sejam, tornam-se socialmente relevantes quando são “traduzidos” para a realidade, expressando-se como políticas. Não é sem razão que eles têm dado o que falar...

### *Estabelecendo algumas relações possíveis*

O que entendemos por **relação**? O resultado da existência de **nexos** entre os aspectos abordados, possibilitados pela articulação entre princípios, fatos, estratégias, sujeitos, ou seja, entre as concepções e práticas existentes em um dado contexto.

As relações dependem da “acuidade visual” e “leituras” que movem os sujeitos que estão envolvidos; portanto, não são, necessariamente, estabelecidas as mesmas relações por toda e qualquer pessoa, em qualquer contexto, para diferentes finalidades.

Vamos tentar expressar alguns pontos de conexão que favorecem a descoberta pela(o) Escola/Curso das relações entre as práticas sociais de **promoção da saúde** e as de **formação de profissionais de Saúde/ Enfermagem de nível técnico**, na perspectiva crítica que vimos adotando. Começaremos por aqueles relacionados ao Paradigma da Promoção da Saúde, sem a intenção de dizer que só estão presentes neste tema, mas sim de **ênfatisar** aspectos que o tema propicia.

- Se desejamos uma prática pedagógica significativa não só para os sujeitos da prática social em Enfermagem, mas para a sociedade como um todo;
- Se entendemos que tanto promover a saúde como formar profissionais de saúde são práticas determinadas pelas relações e interações promovidas na sociedade;
- Se a formação precisa ser teórica e metodologicamente situada;

Então, podemos estabelecer “conexões” entre o saber, o saber-fazer e o saber-ser da Enfermagem de nível técnico e os conceitos de Promoção da Saúde, campo da saúde e políticas públicas saudáveis:

1. O paradigma da **Promoção da Saúde** subsidia os marcos conceituais políticos do currículo em termos da opção por relações sociais democráticas, transformações nos modos de pensar e intervir em Saúde/ Enfermagem; embasa o perfil do egresso generalista e crítico em relação à



produção social do processo saúde-doença-cuidado, que impacta sobre a organização dos serviços, processos de trabalho, relações intersubjetivas em equipe, abordagens multi e interdisciplinares dos problemas; requalifica a competência formal (técnica) integrando-a à competência política; amplia a concepção e prática sobre Educação em Saúde; requer entrar na “questão saúde” e ir além dos serviços ou do setor saúde.

2. O **campo da saúde** sustenta a seleção interdisciplinar dos conteúdos e das práticas pedagógicas e do cuidar, a intersetorialidade das estratégias de ensino-aprendizagem e do cuidar, a organização dos conteúdos em “campos integrados”; sugere o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes compatíveis com cada um dos seus componentes – biológico, ambiental, cultural, organizacional etc.; estimula a competência metódica pela capacidade de transferir conhecimentos para diferentes ambientes – trabalho-família-escola, instituições; diversifica cenários de formação e ação profissional.
3. O compromisso com a perspectiva de **Políticas Públicas Saudáveis** aponta para o desenvolvimento de competências sociopolíticas, comunicativas e o enriquecimento das dimensões cultural e política do profissional em Saúde/Enfermagem; estimula perfis profissionais voltados para gestão e gerência; sugere a articulação em rede de instituições e práticas promotoras da saúde; amplia espaços de trabalho para profissionais capazes de trabalhar em projetos com abordagem interdisciplinar, em movimentos sociais, com relações dialógicas entre profissionais e comunidade.



### *Atividade 1*

#### *A palavra é sua*

- A.** O **Tema 1** do **Módulo 3** ajudou-o(a) no entendimento sobre os chamados olhares epistemológicos. Eles são perspectivas de olhar e apreender o sentido das coisas, da realidade, lembra-se?

Pensando no modo como o paradigma da Promoção em Saúde “enxerga” o processo saúde-doença-cuidado, em qual dos olhares que foram discutidos você diria que esse processo está ancorado? Justifique.

- B.** Destaque alguns determinantes do processo saúde-doença-cuidado que você reconhece como mais expressivos em sua cidade e relacione-os com os quatro componentes do campo da saúde elencados por Lalonde.

Registre suas conclusões no Diário de Estudo. Elas serão muito úteis na realização da Atividade de Avaliação do Módulo.

## *Doze anos de caminhada na organização do SUS*

Em 1979, no 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pelo Congresso Nacional, em Brasília, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES apresentou pela primeira vez um projeto denominado Sistema Único de Saúde, contendo as propostas de um sistema público, descentralizado, com universalização do direito à saúde, integrando ações preventivas e curativas, e com democrática participação da população.

Essa proposta surge em decorrência do movimento sanitário, que se caracterizou por denunciar a ditadura e por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

Este pequeno retrospecto tem o objetivo de não nos permitir esquecer que o SUS é fruto de uma luta coletiva por uma sociedade democrática e pela saúde para todos, como um **direito**.

Um amplo resgate histórico do SUS, suas origens, princípios e diretrizes organizacionais estão presentes no **Tema 4 do Módulo 5**. Volte a ele para articulá-lo com este momento de avaliação.

Doze anos após a promulgação da sua Lei Orgânica, em 1990, a consolidação de um projeto de saúde de caráter universalista, equitativo e integral como o SUS tem exigido um grande esforço no sentido de preservar os seus princípios e de buscar a organização da atenção, o estabelecimento de relações adequadas entre os níveis de atenção e também entre o setor privado, prestador de serviços, e o setor público, gestor do sistema.

Seus pressupostos filosóficos e organizacionais estão contemplados na Constituição e nas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, mas é por meio das chamadas **Normas Operacionais Básicas – NOBs** que têm sido explicitadas as regras que orientam essas relações. Elas trataram, em momentos específicos da consolidação do SUS, de estabelecer as estratégias e táticas capazes de garantir a operacionalidade do sistema.

As NOBs foram publicadas a partir de 1991 e vêm estabelecendo, de maneira crescente, **as responsabilidades e os critérios para a atuação dos três níveis decisórios – federal, estadual e municipal**.

As NOBs 91 e 92 tiveram pouca visibilidade, mas, a partir da NOB 93, grandes mudanças têm sido propostas. Nessa NOB, **a capacidade de gestão dos municípios** começa a ser critério importante para a obtenção e a gestão do financiamento repassado pelo Ministério da Saúde. Nela já se apontava a necessidade de mudança para um modelo capaz de privilegiar as ações de promoção e prevenção.

A NOB 96 traz, pela primeira vez, a explicitação de estratégias baseadas no conceito de Promoção, como o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolvidos na perspectiva de reorientação da atenção e de captação de recursos. Nesta NOB cria-se também



o Piso da Atenção Básica – PAB, um recurso concedido de acordo com o número de habitantes do município, fato que rompe com a lógica do pagamento por produção de procedimentos.

E quais são as contribuições da NOAS?

Em 2001, com a **NOAS-SUS – Norma Operacional de Assistência à Saúde no SUS**, retoma-se o princípio organizativo da regionalização das ações e a explicitação das responsabilidades mínimas de todo município brasileiro frente à sua população – **assumir integralmente a Atenção Básica**, com prioridade para as seguintes áreas: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão Arterial, Controle do Diabetes Mellitus, Ações de Saúde Bucal, Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança.

Ao estabelecimento de **dois níveis de habilitação em termos gerenciais – municipal e estadual** –, classificados como **Gestão Plena do Sistema Municipal e Plena da Atenção Básica**, soma-se a explicitação e o detalhamento das responsabilidades de cada modalidade.

A garantia de acesso é a principal marca dessa normativa, pela criação de instâncias territoriais capazes de ofertar um conjunto mínimo de procedimentos – os chamados **módulos assistenciais**.

Outra de suas estratégias é o fortalecimento da gestão, determinando que cada município deve elaborar, periodicamente, um conjunto de documentos sistematizadores dos planos, prioridades e resultados: Plano Municipal de Saúde, Agenda de Saúde e Relatório de Gestão.

Cabe ao nível estadual conduzir, definir e publicar o **Plano Diretor de Regionalização**, em que cada estado da federação deve explicitar suas **regiões, microrregiões de saúde e módulos assistenciais**.

Republicada em 2002, com algumas alterações, a NOAS-SUS tem demandado uma participação mais efetiva do nível estadual do sistema, que assim retoma seu papel condutor da política de saúde.

Podemos observar que há uma crescente explicitação da necessidade de se transformar a prática em saúde, de ações puramente curativas, tendo como eixo o hospital, para ações de caráter integral, capazes de intervir não só sobre os danos mas sobre os determinantes e os fatores de risco. Ao chamar os municípios à responsabilidade de assumirem integralmente a Atenção Básica, a NOAS vem reforçar a necessidade de se buscar alternativas à formação dos recursos humanos, priorizando uma formação voltada para a visão integral dos problemas de saúde da população brasileira.

### *Marcas da caminhada ou “as pegadas” do SUS*

Vamos apresentar neste momento alguns dos avanços conquistados pelas gestões municipais, estaduais e federal, conforme descritos no documento “Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes”. Trata-se de uma avaliação datada de agosto de 2002, na perspectiva do Conselho Nacional de Saúde – CNS, órgão colegiado deliberativo da Direção Nacional do SUS, *tendo como cenário os quase doze anos de esforços e aprendizados intensos e permanentes*. Nesse documento, os avanços são *debitados aos gestores e aos conselhos de saúde*, atores da gestão participativa (Conselho Nacional de Saúde, 2002).

Destacam-se alguns desses avanços em termos da orientação do modelo de atenção à saúde na direção da equidade, universalidade, integralidade, descentralização, regionalização e participação social:

1. Descentralização da gestão, conferindo mais legitimidade às decisões na resposta às demandas da população;
2. Criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde para o desenvolvimento do controle social e da gestão participativa;
3. Fortalecimento da rede de serviços em níveis de complexidade, principalmente os de Atenção Básica;
4. Repactuação na implantação da assistência à saúde de forma hierarquizada/ regionalizada nas três esferas de Governo;
5. Incorporação da Vigilância Sanitária na agenda prioritária do SUS;
6. Amplo reconhecimento e legitimação pela Sociedade, Governo e Partidos dos princípios e diretrizes do SUS;
7. Início da aplicação da política de medicamentos genéricos e da implantação do Cartão SUS como instrumento facilitador do acesso, bem como de avaliação e controle dos serviços de saúde.

Esse documento aponta os seguintes **desafios aos gestores e conselheiros de saúde** na perspectiva da gestão participativa:

- A análise das desigualdades deve ocorrer no âmbito do Estado (entre os municípios) e até mesmo nos microterritórios (bairros e vilas urbanas e rurais, bolsões de favelas, barracos e as várias formas de invasões), pois quando restrita a macrorregiões não é suficiente para garantir a equidade.
- Adequação da oferta de serviços de saúde ao perfil das necessidades e prioridades da população, partindo de informações epidemiológicas (situação de risco e morbi-mortalidade) em nível regional e microrregional, frente à diversidade socioeconômica e epidemiológica entre as regiões.
- Planejamento da oferta de serviços que contemple ações intersetoriais de promoção da saúde, de proteção específica a segmentos populacionais expostos a riscos determinados e de recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, no nível regional e se necessário microrregional, constituindo-se na base dos planos municipais e regionais de saúde – universalidade, integralidade e equidade.
- Efetivação do caráter de Porta de Entrada dos Serviços de Atenção Básica à Saúde como condição imprescindível para a resolutividade do sistema, mediante a expansão das ações passíveis de serem realizadas tão-somente a partir desses serviços, na lógica das diretrizes da universalidade, equidade e integralidade na incorporação e construção de responsabilidade sanitária, através da adesão de clientela.



- Reordenamento organizacional e programático dos serviços de média complexidade, segundo a racionalidade do SUS, já que ainda se constituem na porta de entrada real do sistema, implicando em efetivar a transição do perfil “porta de entrada de demanda eletiva” para o perfil “referência e suporte” da atenção básica.
- Investimento estratégico planejado no âmbito da atenção Básica e do atendimento de Média e Alta Complexidade e utilização da capacidade instalada, sob a ótica da epidemiologia social e regional.
- Inserção de programas e projetos que utilizam a gestão estadual e municipal como executores, devendo ser negociados nas Comissões Intergestores.
- Reorientação da política de recursos humanos no SUS, disposta na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB-RH: reconhecimento do caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS; educação permanente no trabalho, visando aos perfis profissionais orientados pelas necessidades da população; e reformulação dos currículos das escolas de saúde, através de diretrizes adequadas às necessidades do SUS.

De acordo com o Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em dezembro de 2000 – O Brasil falando como quer ser tratado –, cujo tema central foi *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*, os participantes destacaram a *necessidade de humanização do cuidado prestado aos usuários das ações e serviços de saúde e de ampliação máxima da qualidade técnica da assistência requerida em cada caso ou situação, melhorando o acolhimento das pessoas e a capacidade*.

### Retomando as relações

Como um “novo pacto social, um novo desenho político-institucional e um novo modelo técnico-assistencial”, o SUS expressa sua importância na implantação de uma nova saúde como direito social básico e constitucional.

- Se a sociedade necessita de uma nova perspectiva de atenção à saúde;
- Se uma política pública precisa de um arcabouço institucional e legal para implantar-se;
- Se um novo modelo técnico-assistencial requer estruturas, tecnologias e sujeitos para concretizar-se;
- Se as práticas sociais em saúde objetivam o bem-estar social;

Então, podemos estabelecer “conexões” entre o saber, o saber-fazer e o saber-ser da Enfermagem de nível técnico e os princípios e estratégias de regionalização, municipalização e bases epidemiológicas do SUS:

1. **O princípio organizativo de regionalização** possibilita a compreensão da estrutura político-organizacional do Sistema e situa a prática profissional em termos econômicos, culturais e sociais; apóia a seleção de conteúdos compatíveis com as competências requeridas pelos diferentes níveis de atenção e sua respectiva complexidade; pressupõe domínio da dimensão política dos problemas enfrentados e das estratégias de organização e controle sociais.

2. A **municipalização das ações integrais de Atenção Básica** define o principal cenário da prática profissional, suas possibilidades e limites; evidencia a prioridade política frente ao direito à saúde de todos, orientando a definição de competências, habilidades e atitudes requeridas pelo modelo assistencial; informa o mercado e o empregador.
3. A **estratégia de atendimento de necessidades e prioridades da população em bases epidemiológicas** apóia a definição do perfil técnico-científico, político e ético do egresso; enfatiza a organização dos serviços, dos processos de trabalho, da composição das equipes e da formação continuada para a ação profissional competente em um dado perfil epidemiológico.



## Atividade 2

### *Gente que cuida do SUS, que cuida de gente...*

- A. Construa três argumentos que justifiquem o “caráter estratégico e decisivo dos recursos humanos no desenvolvimento e realização do SUS”.
- B. Apresente justificativas, também, para a necessidade de reformulação dos currículos das escolas de saúde, em função das necessidades da população.

Registre esta atividade no seu Diário de Estudo. Compartilhe-a com seu(sua) tutor(a), enviando-a para apreciação. Esta produção certamente irá ajudá-lo(a) na realização da Atividade de Avaliação do Módulo.

### *O cuidado que queremos*

Após a leitura de todos os módulos do Curso e os movimentos desenvolvidos até agora, podemos depreender que há uma **significativa relação** entre o **ensino** em uma perspectiva crítico-emancipadora e a **prática social** da enfermagem na perspectiva da Promoção da Saúde. No nosso caso, eles têm como espaço privilegiado o SUS, concorda?

Sabemos que, ao mesmo tempo em que esta relação é norteadora da prática pedagógica, sem dúvida, torna nosso trabalho mais complexo. Para minorar as dificuldades, o enfermeiro-educador deverá familiarizar-se com as questões e propostas atuais relativas à educação e à saúde e esforçar-se continuamente no sentido da sua articulação, de forma crítica, planejando e recriando novas bases para a sua práxis.



Por reconhecermos a complexidade desse desafio, propusemos a análise crítica do projeto político-pedagógico subjacente à sua prática. Acreditamos que esse exercício é de grande ajuda, quando se trata de desvelar as principais dificuldades e possibilidades para planejar uma prática pedagógica significativa, a partir do que tem de mais concreto.

Mesmo reconhecendo que os conteúdos trabalhados desde o início do Curso vêm constituindo novas bases para o planejamento de ensino, vamos agregar, agora, **aspectos específicos** da prática social em Enfermagem, para que o seu “novo plano”, voltado para a formação do auxiliar de enfermagem, esteja, de fato, apoiado em bases recontextualizadas.

Refletiremos sobre o **cuidar em Enfermagem como responsabilidade social**, por considerarmos que essa abordagem é necessária para a reorientação da sua práxis, tanto em termos pedagógicos, quanto assistenciais.

Esse entendimento, tão necessário para dar direcionalidade técnica à sua ação pedagógica, deverá estar apoiado por temáticas fundamentais, tais como o projeto político-pedagógico, o planejamento em uma perspectiva crítica, o que é essencial ao planejar, princípios relacionados ao processo ensino-aprendizagem em uma perspectiva emancipadora, entre tantas outras discutidas nos módulos anteriores. O seu Diário de Estudo também poderá ajudá-lo muito.

Para começar a pensar sobre o **cuidar em Enfermagem como responsabilidade social**, gostaríamos de saber:

#### **Estão cuidando do cuidado?**

A partir da experiência acumulada por você ao longo deste curso, identifique e registre no seu Diário de Estudo:

- Como o **CUIDAR** é entendido pelos diversos professores e alunos?
- Que é ensinado em relação ao cuidado? (aspectos conceituais)
- Como e onde o cuidado é ensinado? (aspectos metodológicos) Exemplifique.
- Como se avalia a aprendizagem do cuidado em Enfermagem?

#### *O cuidar em enfermagem como responsabilidade social*

Como compartilhar o que se pensa sobre responsabilidade social, princípio ou preceito da conduta humana? Por onde começar essa conversa do cuidar em Enfermagem?

Consideramos que as bases para a nossa reflexão a esse respeito devem ser aquelas que tomam a responsabilidade social como algo concreto, capaz de ser verificado no cotidiano dos serviços de ensino e assistência à saúde. Isto porque a responsabilidade social não é um conceito apenas, não se processa no vazio, no abstrato.

Daí a necessidade de explicitar o que estamos entendendo por **Cuidar, Cuidado, Política, Poder Político**, para chegarmos à **Responsabilidade Social**. A compreensão desses elementos é indispensável a todos os profissionais

Para subsidiar esta reflexão, sugerimos que você leia:

- o capítulo VI, As demais dimensões e espaços do cuidado humano em Enfermagem, do livro de Vera Regina Waldow, **Cuidado Humano: o resgate necessário**;
- o Parecer CNE nº 16/99 e a Resolução CNE nº 04/99 sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico, atentando para os princípios da Educação Profissional neles enunciados;
- a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Lei nº 7.498/86.



de saúde, e, em especial, a quem, como você, é enfermeiro e docente, e, juntamente com outras pessoas, promoverá a formação profissional dos trabalhadores que atuam sem a necessária qualificação formal nos segmentos público e privado do Sistema Único de Saúde.

Vejam de forma sintética tais conceitos-chave:

- **Cuidar:** do latim *cogitare*; significa pensar, meditar. Tratar de, zelar. É também o que se opõe ao descuido e ao descaso. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 1999, p.33-34). Conseqüentemente, o cuidar não pode ser uma ação mecânica, não-intencional, neutra, exclusivamente técnica.
- **Cuidado:** representa o que é pensado, previsto; diz respeito, também, à aplicação do espírito a uma coisa, atenção zelosa, incumbência, responsabilidade. Do ponto de vista existencial, o cuidado *acha-se*, a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato. Quer dizer, encontra-se na raiz primeira do ser humano, antes de que ele faça qualquer coisa. É um modo-de-ser essencial (Heidegger, apud Boff, 1999, p.34).
- **Política:** no seu sentido mais clássico, vem do grego *politikós*, adjetivo derivado de *pólis* (cidade); portanto, é tudo o que se refere à cidade, o que é urbano, civil, público; arte ou ciência de governo, **reflexão sobre as coisas da cidade**. Nesses termos, compreende toda a sorte de relações sociais, tanto que o “político” vem a coincidir com o “social”. Está, assim, intimamente ligada a **Poder**, isto é, o conjunto dos meios para alcançar os efeitos desejados, entendendo tais efeitos como as **ações políticas** que tenham como sujeito ou objeto a pólis. Dentre os meios, estão os conhecidos poder econômico, poder ideológico e poder político (Bobbio *et alii*, 1992, p.954-962).

Vamos destacar o **Poder Político**. Segundo alguns cientistas políticos, este poder é caracterizado pela **exclusividade do uso da força** em relação à totalidade dos grupos que atuam num determinado contexto social; está presente em toda sociedade organizada, **é a monopolização da posse e uso dos meios com que se pode exercer a coação física**.

Contudo, não podemos depreender disso que o exercício do poder se realize exclusivamente por meio do uso da força, principalmente quando o político e o social estão articulados através da cidadania. Nem todo grupo em condições de usar a força tem também o poder político: como exemplo, poderíamos citar os delinquentes e outros grupos que vivem na marginalidade social.

Essa é uma das possíveis razões do interesse de tantos indivíduos e grupos por galgarem o acesso a postos de representação política legítima e da articulação de alguns representantes políticos com esses detentores da força. Já pensou nisso?



Na teoria moderna do Estado, os indivíduos renunciam à própria força, para delegá-la a um único ente autorizado a usá-la contra eles – **o Estado**. Esta organização sistemática e eficaz do monopólio da força tem sido usada para fazer cumprir as leis, reprimir os atos de violência – praticados por pessoas não autorizadas pelos detentores ou beneficiários do referido monopólio – ou preservar privilégios dominantes, como todos sabemos.

A consciência acerca desse papel desempenhado historicamente pelo Estado é fundamental para os cidadãos e educadores que se propõem a atuar no sentido transformador da sociedade. Para os profissionais de saúde, enfermeiros e docentes, é indispensável ainda buscar respostas às seguintes indagações:

---

Que sentido faz cogitarmos de responsabilidade social, se não percebermos que o que exercemos, cotidianamente, na profissão do cuidar é **prática social**?

Se, em face de problemas do cotidiano, sejam eles de ordem profissional ou não, continuamos a acreditar que essa prática é apenas “uma questão pessoal”, expressão de uma “vocação, de uma opção individual, conquistada às próprias custas e que não se deve nada a ninguém”?

---

Algumas “provocações” enunciadas a partir deste momento nos ajudarão a expressar melhor a perspectiva do que queremos compartilhar.

### *Cuidar é um ato político?*

Para refletir sobre isto, buscamos um exemplo muito conhecido, principalmente dos que trabalham no SUS e que está muito próximo do nosso tema: a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Esta formulação, contida na Constituição Brasileira, parece fazer a síntese que buscávamos ao articular Saúde (**cuidar**) com o interesse de todos (**pólis**), associando-o ao Estado (**poder político**).

Entretanto, esta equação não é linear. A **pólis** não é uma unidade. Não se tem as mesmas necessidades em todos os lugares. Os **cuidadores** trazem a marca da diversidade de saberes, fazeres, interesses. Não há como propor um projeto para que o cuidar **se realize de forma homogênea**. O que é possível é propor os princípios norteadores e os aspectos metodológicos coerentes com este ou aquele projeto de cuidar.

Além disso, a multiplicidade e a complexidade das necessidades a serem cuidadas (e do cuidar também) extrapolam o próprio setor saúde e interessam aos políticos, aos profissionais de saúde, aos economistas, às donas-de-casa etc.

Desse modo, o que decidimos e fazemos nos serviços de saúde é a expressão das dimensões teórica e prática dos saberes e fazeres multidisciplinares que compõem a sua força de trabalho. É, também, a expressão de diferentes intencionalidades dirigidas às necessidades identificadas, que diferem de pessoa para pessoa, de grupo para grupo, de região para região, de serviço para serviço, de equipe para equipe etc.

Em suma, **são atos de interesse social**, presentes em uma sociedade concreta, com as suas características próprias, construídas por um contingente de pessoas, ou seja, de muitas **pólis**.

---

Como, então, duvidar de que o cuidar é um ato político? A não ser não percebendo que seja um ato político, portanto intencional, nos fazermos acreditar no contrário.

---

Ao prosseguirmos com as provocações, indagamos:

### *Pode a política ser saudável?*

O que caracteriza uma política “saudável”, na concepção que vimos desenvolvendo? É a sua **inequívoca vocação** para “**reflexão sobre as coisas da pólis**”, traduzida de forma sistematizada, propositiva, alicerçada na realidade concreta vivida pela maioria. Envolverá, por isso, sem discriminações, a quem ela possa mais diretamente interessar.

Um exemplo dessa abordagem a respeito da política, tão próxima a nós, diz que **todos** os brasileiros devem usufruir de **políticas públicas** que reduzam riscos e agravos à saúde, com acesso universal, equânime, a serviços e ações de promoção, proteção, recuperação da saúde.

Nessa perspectiva, fica claro que o poder econômico, por exemplo, agiria em torno dos interesses de todos – o interesse (político) social. Daí ouvirmos, muitas vezes, que “é preciso submeter o econômico ao político”.

Este exemplo vai mais longe. Diz que **o cuidar deve prestar cuidados que promovam a saúde**. Inclui, dessa forma, o cuidar dos adoecimentos, mas não só!

A promoção da saúde requer muito mais: até mesmo ambientes e municípios saudáveis, ou seja, a *construção de contextos, comportamentos e relações sociais favoráveis à saúde e ao desenvolvimento humano* sustentados na participação ativa do Estado e da Sociedade Civil, na geração de condições de Saúde e Bem-Estar (Ferreira, 1998, p.131). A política pode ser, portanto, muito saudável!

Isto demonstra ainda que **a saúde da política** está em pertencer à pólis, onde cada um de nós está situado.

Esta conclusão nos conduz a uma tomada de posição. Precisamos pensar e responder a novas indagações, como as seguintes:

---

O que fazemos com o poder político que delegamos aos nossos representantes?

A quem delegamos esse poder? Até onde se estende essa delegação?

Como controlamos o trabalho de nossos representantes?

É desejo da pólis ser ou permanecer saudável? Ou a pólis pode viver sem a Política?

---

Podemos prosseguir com as “provocações”?



*O processo (político) do cuidar é saudável?*

Quando partimos do pressuposto de que o cuidar é um ato político, portanto de interesse da pólis, podemos, em seguida, perguntar: o processo político do cuidar é saudável?

Sabemos e sentimos que essa complexa prática social pode até mesmo ser iatrogênica, principalmente se não dispuser de diretrizes e ações coerentes com princípios éticos para orientar essa produção coletiva que é o trabalho em saúde. Dentre esses princípios, destacamos a **responsabilidade social**.

Para a **Ética, responsabilidade social** é a noção de que um indivíduo deve assumir seus atos, reconhecendo-se como autor destes e aceitando suas conseqüências. Embora a noção de responsabilidade nos lembre, muitas vezes, “obrigação”, ela está estritamente ligada à questão da **liberdade** – condição daquele que é livre, capacidade de agir por si mesmo, autodeterminação, independência, autonomia (Chauí, 1995).

Este princípio – **responsabilidade como expressão de liberdade** –, entre muitos outros discutidos neste Curso, foi enunciado como base para o agir pedagógico, inclusive em saúde.

Certamente, o ceticismo com respeito aos “homens públicos” e ao “trato com a coisa pública” torna a discussão sobre tal princípio um grande desafio e até mesmo um benigno e bem-vindo “desaforo”, frente à crise de legitimidade do poder público em nosso país.

Dizemos que se trata de um desafio porque, no **sentido político**, a liberdade civil ou individual é o exercício da cidadania por um indivíduo, dentro dos **limites da lei**, respeitando os direitos dos outros, enquanto que, no **sentido ético**, trata-se do **direito de escolha**, pelo indivíduo, do seu modo de agir, independentemente de qualquer determinação externa.

Tal conceito de liberdade certamente é bastante polêmico do ponto de vista filosófico, especialmente se levarmos em consideração os determinantes biológicos, psicológicos e político-sociais existentes.

Contudo, embora concretamente determinados, todos nós já sentimos a **liberdade** nas oportunidades em que, por exemplo, diante de um desafio no campo de trabalho, agimos em consonância com os princípios éticos que assumimos como norteadores de nosso pensar e de nossa conduta profissional na sociedade, sem quaisquer constrangimentos.

Nesses momentos, a responsabilidade social entrou como parceira do nosso ideal de cuidar com consciência e competência, auxiliando-nos com a clareza de que os nossos atos são políticos e podem ser saudáveis, indo além das suas dimensões técnico-científicas e corporativas.

Tal intencionalidade deve então impulsionar-nos a buscar, de todas as formas, a nossa autonomia e o direito de associação com outras pessoas que compartilham dos mesmos ideais, inclusive em nome da responsabilidade social nela contida.

Neste caso, a conhecida (e muito temida) “ordem superior” já não poderá ser nem o princípio nem o fim de todas as coisas. Esse dado de realidade representa para todos, e de forma mais aguda ainda para os que atuam na área de saúde e educação, uma questão crucial.

---

A que projeto/processo político estou servindo? Do cuidar ou descuidar?  
Do que cuida? Do que descuida?  
Que "sabor" tem a delegação do poder político individual que realizei?  
A que público os serviços públicos ou privados de saúde estão servindo?

---

Nesta linha de raciocínio, não podemos deixar de fazer algumas perguntas orientadas para a reflexão sobre o nosso trabalho cotidiano:

---

Quais são as bases ético-políticas dos planos, projetos e programas que estão sendo oficializados e devem ser implantados nos serviços em que atuamos?  
Seus objetivos e linhas de trabalho expressam o interesse da Pólis? Em que termos?  
Eles fazem parte de algo que poderíamos designar como uma política saudável?  
Como são tratados os múltiplos sujeitos da prática social em saúde e os seus saberes?

---

Com certeza emergirão destas e de muitas outras perguntas e respostas as razões que nos farão capazes de agir em nome da responsabilidade social como princípio, desde o início e sempre, como homens e mulheres de princípios que somos e desejamos continuar sendo.

Para os gestores (diretores, coordenadores, supervisores) de homens e mulheres de princípios, com certeza, restará um grande desafio: promover e requerer **a autonomia responsável**, a partir de projetos políticos para o cuidar, saudáveis, coletivamente partilhados, da concepção à ação nossa de cada dia.

### ***Cuidar: ação terapêutica da Enfermagem***

*Cuidar, como ação terapêutica, exige mais que formação propedêutica.  
Requer sujeito que promova os atos e os transforme, com alguém, em fatos.*

*Cobra este alguém, que o compartilha e o consome, no momento exato em que se faz Cuidado.*

*E, então, quando se torna um fato consumado, é que se transforma e mostra o seu valor, de fato.*

Torrez, 1998



O PROFÁE pode ser considerado uma política saudável? Ele atende ao interesse da Pólis?



### *Retomando as relações*

A prática social em Enfermagem é realmente conhecida pelo cuidado que realiza, embora grande parte dos seus profissionais não saiba o quanto ela é política e o quanto necessita ser compreendida como parte das políticas saudáveis.

- Se uma política pública de saúde precisa ser cuidada;
- Se um novo conceito de saúde exige um novo cuidado;
- Se o cuidado identifica uma prática social profissionalizada;
- Se o cuidar deve ser politicamente saudável;

Então, podemos estabelecer “conexões” entre o saber, o saber-fazer e o saber-ser da Enfermagem de nível técnico e os princípios e ações do cuidar como ato político e como responsabilidade social:

- 1. O cuidar como ato político** direciona o processo de escolha dos conteúdos e práticas, articula as competências formal e política, dá consistência política ao marco pedagógico da proposta da Escola/do Curso; aponta a necessária inserção da Enfermagem nas políticas e também como ator político; reacende a questão político-organizativa em relação aos poderes delegados e à perda do protagonismo da sua história e da história da saúde social.
- 2. O cuidar como responsabilidade social** indaga à profissionalização o seu sentido social: a que será que se destina?; situa a prática na realidade social e dá sentido ao discurso ético-filosófico; reforça a convicção de que a Enfermagem é pela Vida, com qualidade e justiça social.



### *Atividade 3*

#### *Política e Enfermagem?*

- A.** Recupere da sua experiência profissional – de relatos dos usuários e seus familiares, de profissionais de nível técnico, de alunos-atendentes – os múltiplos significados do “cuidado”. Registre-os.
- B.** Observe como o “cuidado” é abordado no ensino de nível técnico em Enfermagem. Registre suas considerações a respeito.
- C.** Confronte os registros anteriores com o texto lido neste módulo e sistematize suas conclusões. Elas poderão ser muito importantes para as atividades seguintes e as do **Módulo 11**.

**D.** Debata com seus colegas e alunos sobre as questões apresentadas a seguir, a fim de que se confrontem e construam argumentos a respeito das relações estabelecidas entre Enfermagem e Política:

É possível...

- fazer enfermagem, fazendo política?
- fazer política para fazer Enfermagem?
- fazer uma política de ensino-assistência em Enfermagem?

Registre suas conclusões no Diário de Estudo, como subsídio para a Atividade de Avaliação do Módulo.

Entendemos que debater *não é apenas contraditar, manifestar que se pensa diferente, mas construir a argumentação adequada para defender posição alternativa* (Demo, 1994, p.26).



## Segundo Movimento

Bases pedagógicas para uma prática autônoma e significativa

Seguramente muitos seriam os temas passíveis de serem considerados como bases pedagógicas. Como tivemos o privilégio de discutir grande parte deles ao longo do Curso, nos diferentes módulos e núcleos, priorizamos a **integração ensino-serviço-comunidade como estratégia possibilitadora da articulação teoria-prática** porque consideramos que representa um desafio muito especial para a educação profissional em Saúde/Enfermagem.

Muitas vezes essa temática é tratada em separado – integração ensino-serviço-comunidade, de um lado, e articulação teoria-prática, do outro. Aqui esses temas são compreendidos como especialmente indissociáveis, porque, além de darem maior inteireza à questão da integração, podem ser mutuamente colaboradores, atuando reciprocamente como estratégia possibilitadora dos objetivos desejados.

Consideramos, inclusive, que essa integração é relevante para a resignificação do seu planejamento pedagógico visando a uma prática autônoma e significativa.

---

Planejar já não será uma tarefa burocrática, repetitiva, onde se dizem coisas que não acontecerão ou ocultam-se as que ocorrerão. O planejamento será portador de bases e visão estratégicas quanto às suas possibilidades (e limites) para apoiar as mudanças que desejamos impulsionar.

---

Muitas vezes dizemos que a teoria sem a prática ou a prática sem a teoria são inúteis. Mas, no dia-a-dia, observamos que a articulação teoria-prática, aparentemente tão “natural”, é difícil de ser encontrada na “didática vivida”.





Como sabemos, as respostas a essa desarticulação não são tão simples e nem tão óbvias como possam, às vezes, parecer. Em vários momentos dos módulos anteriores, você pôde conhecer os fundamentos oriundos das diversas ciências, que ajudam na compreensão dos determinantes ideológicos, políticos e filosóficos dessa “famosa” questão, que precisamos recontextualizar.

### A integração ensino-serviço-comunidade

No nosso entendimento, articular teoria-prática não é uma decisão metodológica neutra; é uma **opção** séria e rica em possibilidades, conflitos, idas e vindas, e sucessivas aproximações em direção à melhor Enfermagem que pudermos saber, saber-ser e saber-fazer. O que se pretende é contribuir com o seu eterno vir-a-ser histórico, no sentido da qualidade de vida para todas as pessoas.

Os que se esforçam para praticar esta opção sabem que ela requer coragem e competência formal e política, uma vez que a primeira articulação a ser feita será entre o **discurso** (teoria) e a **prática** (ações) dos atores envolvidos.

Lembramos que, nesse caso, levamos em conta perspectivas filosóficas e metodológicas (tais como a dialética e a interdisciplinaridade) que defendem a articulação entre teoria e prática como dimensões complementares e indissociáveis.

Martins (2002) expressa essa integração de uma forma que nos ajuda a compreendê-la melhor como a relação a ser estabelecida pelos atores do ensino com os serviços e comunidades, quando a denomina de – **parceria na intenção ensino/serviço/comunidade**.

*Devemos partir da compreensão inicial de que, em um parceria como a que é desejada, não existem privilegiados. Este conceito só é real quando possibilita verdadeira interação entre os vários e diferentes parceiros.*

*Tal característica estabelece a necessidade de discussão dos problemas que vão surgindo, na medida em que o processo de parceria vai se estabelecendo e esta discussão passa a exigir o desdobramento em necessária negociação entre as partes, sobre como enfrentar tais problemas.*

*É fundamental que na parceria se vislumbre a perspectiva de possíveis resultados sobre os problemas presentes no cenário em que estão ocorrendo. Fazer uma parceria implica responsabilidades para com a realidade vivenciada e compromissos com os resultados [pactuados] a serem alcançados (idem).*

A integração ensino-serviço-comunidade jamais poderá prescindir da estratégia de ação-reflexão-ação para articular teoria e prática, contribuindo para a recomposição da totalidade da prática social em Saúde/Enfermagem, inserindo-a nos contextos vivenciados.

Você se lembra de que a realidade é a instância totalizadora da teoria e da prática, espaço de identificação de problemas e de investigação e experimentação de soluções possíveis e desejáveis. Nada mais pertinente, portanto, que abordar a totalidade chamada “assistência em saúde”, integrando as instâncias e dimensões que interagem na qualidade de vida das pessoas e grupos.

Cenário – o conceito de cenário foi entendido como de integração com o SUS, por não se tratar de diversificar locais/campos/área física, mas sim de um cenário, entendido como um espaço dinâmico de relações e de responsabilização entre os diversos sujeitos do processo de ensino-aprendizagem e assistência”, além da comunidade (Martins, 2002, p.55, grifo nosso).

Essa articulação contribui também para a recomposição de aspectos relevantes na educação e na saúde, tais como o saber-fazer, o técnico-político, a razão-emoção, o indivíduo-coletivo, o ensino-serviço-comunidade, entre outros.

As iniciativas que buscam a recomposição desses aspectos integram não só os objetos como as pessoas envolvidas, reorientando as relações no seio da equipe multidisciplinar e dela com o usuário e com o contexto social. Da mesma forma contribuem para ampliar a participação da sociedade na construção das condições de vida e saúde desejáveis.

Nesse sentido, a educação profissional em saúde será entendida como apropriação consciente e consistente do sujeito em relação ao objeto, levando em consideração a totalidade, a integralidade do que será apreendido.

Mas esse é um processo difícil. Note-se que, tradicionalmente, a prática da educação escolar sofre influência dos valores da sociedade de classe; assim, é compreensível sua tendência a privilegiar mecanismos excludentes, fragmentários, ignorando os nexos internos e externos que lhe conferem sentido.

Já fizemos ao longo deste Curso uma retrospectiva histórica da educação em geral e também da educação em Enfermagem e encontramos extensos períodos em que os aspectos formais predominaram sobre a essência do que se entende por construção de conhecimento. Nessa perspectiva, as classes socialmente marginalizadas também ficaram alijadas das oportunidades de acesso, permanência e desenvolvimento pessoal, social e profissional pela via da escolarização. Certamente essa tendência explica a “ausência” dos valores e significados da prática no cotidiano das instituições educativas e de assistência à saúde.

Como você já viu nos módulos anteriores, o predomínio histórico das concepções e práticas pedagógicas que privilegiaram (e ainda privilegiam) a informação, o saber “enciclopédico”, a acumulação acrítica e descontextualizada de teorias e métodos solidificou a mistificação da **transmissão** do conhecimento teórico como a metodologia por excelência no ensino em saúde.

No caso da formação em enfermagem, consolidou também a metodologia reprodutiva, centrada na reiteração de gestos, seqüências e rotinas, rigidamente normatizadas. Essas iniciativas buscavam as mudanças comportamentais, definidas como indicadores da educação mais condizente com o perfil profissional da mulher-enfermeira.

Nesses termos, apesar da sua predominância nas experiências, tanto no âmbito da Educação “propedêutica”, quanto na Educação “técnica”, podemos perceber que a desarticulação teoria-prática, embora compreensível, não é tão “natural” como poderia parecer.





No cenário da sua prática docente, a articulação teoria-prática é considerada no planejamento de ensino? Como? Em que momentos?



Na cidade em que você mora e/ou trabalha, que profissionais ocupam os cargos de gestão política da Saúde e a direção dos serviços nessa área? O perfil desses dirigentes facilita a articulação dos serviços com a comunidade? Por quê?

Como visto nos módulos anteriores, a desarticulação entre o que se ensina e o que se necessita na prática foi construída através de mecanismos políticos, teóricos e técnicos. Suas raízes apóiam-se no paradigma filosófico-metodológico denominado “racionalismo cartesiano” ou “cientificismo positivista”.

Esse paradigma fundamentou fenômenos conhecidos, tais como: a divisão das ciências em campos estanques; a separação das instituições sociais em função de suas finalidades específicas; a divisão social e técnica do trabalho; e, finalmente, a separação entre o mundo do trabalho (fazer) e o do conhecimento e da técnica (saber).

Por conseqüência, estabeleceu-se uma visão maniqueísta no âmbito das relações sociais mais abrangentes e também nas mais íntimas. Como exemplo, podemos citar os estereótipos entre sexo forte e fraco, entre povo que é trabalhador e que é indolente; entre pessoas que trazem do berço competência para mandar *versus* as que nascem para obedecer, e assim por diante.

Para que as metodologias de ensino emancipadoras na área de Enfermagem incorporem a articulação entre teoria e prática como **princípio pedagógico**, que se materializará no exercício profissional, integrando-o e articulando-o com os serviços e com a comunidade, faz-se necessária uma **ruptura efetiva com a crença da autonomia entre teoria e prática**.

Assim, será preciso romper com a idéia de que existem disciplinas “teóricas” e “práticas”, professores da teoria e outros da prática. É urgente também reverter a postura prepotente do ensino em relação aos serviços, ditando “regras” a serem seguidas pelos alunos.

Isto com certeza implicará:

- **a reconsideração do papel dos serviços de saúde**, desde o planejamento dos macro-objetivos aos procedimentos e técnicas pedagógicas, visando à integração da educação profissional aos processos de trabalho reais;
- **o reconhecimento da indispensável participação dos “trabalhadores da prática” como parceiros dos “trabalhadores da teoria”** para a obtenção da terminalidade requerida pelos processos de formação, tais como a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes, que só poderão ser conquistados no espaço concreto da prática social, objeto da formação.

Como mencionamos, é evidente que tais rupturas demandarão superar algumas dificuldades para promover a integração, ainda que nosso objetivo seja integrar “apenas” os processos de formação ou os processos assistenciais. A dimensão do desafio será ampliada, quando se trata de obter o vínculo mais íntimo entre ensino-serviços-comunidade. Mas, de forma alguma, podemos desanimar.

Na **relação serviço-comunidade**, por exemplo, essas dificuldades são oriundas, também, do *domínio autônomo dos espaços do saber e das prerrogativas profissionais dos médicos* em defesa da sua *soberania profissional*. Na garantia desse domínio, uma das principais estratégias é a *subordinação da estrutura de serviços à hegemonia dos interesses autonomistas dos médicos e sua prática solo, mediante o amplo domínio técnico-administrativo dos hospitais (...), engessando as iniciativas de articulação* (Nogueira, 1994, p.94).

Esses tradicionais modos de agir produzem inúmeras formas de resistência a “controles externos” sobre as prerrogativas da corporação (seja por parte dos outros membros da equipe, dos gestores, dos usuários). Essas resistências tendem a ampliar-se, particularmente quando a adoção de modelos assistenciais “para além dos serviços”, com forte teor participativo, for implementada.

Na **relação do ensino com os serviços**, as resistências dos serviços e os seus preconceitos em relação aos atores do ensino também fazem parte do elenco de estereótipos a serem superados.

Por parte dos atores do ensino, é preciso superar as concepções **dissociativa** e/ou **associativa** da relação teoria-prática, que vêm preservando visões reducionistas e preconceituosas a respeito dos “espaços da prática”, incluindo aí a comunidade. Essas visões expressam-se através de práticas pedagógicas dicotomizadas, atribuindo ênfase ora ao aspecto teórico, ora ao prático.

Tais distorções ganham visibilidade, principalmente quando estabelecem relações mecanicistas e descontextualizadas em relação ao processo de trabalho desenvolvido nesses “espaços da prática”, pois deixam de contemplar os recursos físicos, tecnológicos (equipamentos, saberes e métodos), a equipe de saúde local, entre outros aspectos extremamente relevantes.

Outra forma de identificar com clareza essa problemática é refletir sobre o significado de expressões como “campo de estágio”, “lugar de aplicação da teoria”, “não atende às exigências do ensino”, “são desatualizados teórica e/ou tecnologicamente”, dentre outras.

Tal abordagem restritiva impede o aproveitamento das potencialidades que cada cenário detém, dentro da sua especificidade, incluindo as suas dificuldades reais, às vezes pedagógicas.

A visão idealizada do processo de formação acaba descolando a prática pedagógica do compromisso político-pedagógico de promover a cidadania ativa nos alunos. Esta poderá ser estimulada nas relações com os usuários, com os demais trabalhadores e na postura analítico-crítica diante das dificuldades com que convivemos habitualmente no sistema de saúde.

Outra consequência da idealização do processo formativo resulta nos procedimentos pedagógicos que, muitas vezes, se mostram incoerentes em termos técnico-metodológicos, perdendo-se a mais elementar relação entre objetivos–conteúdos–métodos. Isto ocorre principalmente quando se promovem meras transposições de iniciativas desenvolvidas em determinado cenário para outros ambientes, sem que se faça um diagnóstico da realidade em que se vai atuar, isto é, do contexto em que estão os serviços de saúde, seus trabalhadores e seus usuários.



**Concepção dissociativa** – valoriza a formação teórica ou a formação prática, com ênfase nos pressupostos teóricos ou nas disciplinas profissionalizantes esvaziadas da teoria.

**Concepção associativa** – enfatiza a prática como aplicação da teoria: as disciplinas “instrumentais/profissionalizantes” são encaradas como aplicação das disciplinas teóricas.

No processo ensino-aprendizagem desenvolvido com seus alunos, você costuma estimular a investigação da realidade para, a partir dela, construir os conceitos? Nesse movimento de investigação e integração do ensino com os espaços em que se situam as questões da saúde, o que o confronto entre o real e o ideal tem trazido de aprendizagem para vocês?

**Diretrizes** – conjunto de indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, etc.

Nesses casos, a teoria deixa de interpelar a prática e de ser interpelada por ela, reforçando a crença de que “a teoria na prática é outra” e de que profissão (liberal) é uma coisa, prática social é outra.

Como superar essas dificuldades, gerando possibilidades para a integração?

Uma das alternativas é incrementar o diálogo, tendo em mente a construção de propostas de trabalho planejadas, executadas e avaliadas cooperativamente. Existem algumas experiências bem-sucedidas, que se desenvolveram segundo essa metodologia.

Entretanto, não podemos incorrer numa postura “voluntarista”, como se tudo dependesse da vontade dos professores, preceptores ou técnicos dos serviços.

Por isso mesmo, gostaríamos de destacar algumas diretrizes que possibilitam a integração ensino-serviço-comunidade e que geralmente são desconsideradas.

### **1 – A existência de políticas integradoras da assistência-ensino-pesquisa promovidas pelos gestores dos serviços e do ensino**

Para tanto, é necessário se pensar em estratégias voltadas para a capacitação de gestores, de modo que possam conceber tais políticas na perspectiva da administração pública, reconhecendo o interesse coletivo como a diretriz norteadora das ações administrativas e pedagógicas. Superar a “improvisação” é preciso.

### **2 – A definição de prioridades políticas para a formação pedagógica dos docentes e preceptores do ensino em saúde**

As exigências educacionais contemporâneas demandam novas atitudes dos docentes, o mesmo aplicando-se aos **profissionais de saúde** em relação à implantação do SUS. O que dizer então daqueles que são profissionais de saúde – educadores?

O preparo dos docentes, orientado por uma perspectiva crítica de educação e saúde, deverá dotá-los de

**competência técnica** (na área de sua especialidade), de **competência prática** (no campo de trabalho ao qual a sua disciplina está ligada), de **competência científica** (voltada para a construção do novo conhecimento) e de **competência pedagógica** (voltada para o fazer pedagógico construído no seu cotidiano, em sala de aula, mas de modo não ocasional e sim metodologicamente desenhado) (Vasconcelos, 1996, p.31).

Complementando esse elenco, incluímos a **competência política**, ou seja, a que assegura que *o profissional do ensino não seja* [apenas] *um técnico, um especialista*, [mas] *antes de mais nada um profissional do humano, do social, do político* (Gadotti, *apud* Vasconcelos, 1996, p.32).

### **3 – A construção de projetos político-pedagógicos participativos para o ensino em saúde**

Entre as condições de viabilidade para a concretização de mudanças tão abrangentes quanto necessárias está a transformação das propostas de formação (que, em sua maioria, caracterizam-se como projetos de instrução) em projetos político-pedagógicos globalizantes e participativos.

Dessa construção histórica, e provavelmente de “longo curso”, advirão as possibilidades do ensino em saúde *adotar uma ação educativa crítica, autonomizadora, criativa, capaz de se referenciar na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde, (...) requeridas pela promoção, desospitalização, vigilância em saúde, ...* (MS, 1999, p.9).

#### 4 – A participação social consciente

A criação de oportunidades de participação dos usuários/membros da comunidade no estabelecimento das necessidades e das medidas a serem implantadas na solução dos problemas de saúde ampliará a co-responsabilidade social na busca da qualidade de vida almejada.

Um das possibilidades de superação das resistências à visão participativa está na construção da relação entre Saúde (como setor e serviços) e a Educação em Saúde, cujo cenário é exatamente onde se situa a “questão da saúde” em que a promoção precisa ser efetivada. Vista na perspectiva de ampliação do poder e da autonomia dos cidadãos, a Educação em Saúde deve se voltar para a *construção de processos de participação popular como um prática social de organização da vida cotidiana, ampliando, por exemplo, a participação da população no acesso e gestão de bens e serviços públicos* (Sophia, 2001, p.6).

A defesa da integralidade da assistência como princípio pelo qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas no nível do indivíduo e da coletividade depende profundamente dessa relação com os movimentos sociais, que propicie o **reconhecimento de sujeitos** *como agentes que têm sua história, trajetória, cultura e valores* e a capacidade de efetivamente contribuir para as mudanças, pois elas têm que ser, sobretudo, socialmente construídas (*idem*).

A capacitação continuada de **conselheiros de saúde-usuários** para a sua participação qualificada e efetiva na elaboração e controle da execução das políticas de saúde certamente constitui outro componente indispensável na relação “tripartite” serviço-ensino-comunidade, além de representar um espaço pedagógico importante para a formação do profissional e do docente como educadores em saúde e como partícipes do Controle Social (Lei n.º 8.142/92) sobre a qualidade das políticas públicas, evidenciando seu compromisso com o bem-estar de todos, indistintamente.

Para Eymard Vasconcelos, após um certo nível de delineamento do arcabouço jurídico e institucional do SUS,

*a maior demanda de cursos regionais é na área de Educação em Saúde. Essa conjuntura institucional está demandando uma reflexão sobre o que vamos fazer com a comunidade para quem a gente fala. A valorização internacional do discurso da Promoção da Saúde criou também uma conjuntura favorável” à Educação em Saúde como parte da construção social das mudanças* (2000, p.12).



### *Tornando a estabelecer relações possíveis*

A grande razão de uma proposta é tornar-se realidade. A razão de existir da teoria é interpelar a prática e vice-versa. São dimensões que constituem a prática social em Saúde/Enfermagem como em qualquer ato humano. Por que a prática pedagógica autônoma e significativa prescindiria delas?

- Se nasce na realidade vivida a percepção de que as mudanças se fazem necessárias;
- Se a prática social do cuidar em Saúde/Enfermagem é parte de uma política saudável;
- Se essa prática só demonstra o seu valor, de fato, quando é um fato consumado e consumido pelos indivíduos, famílias e coletividades;

Então, podemos estabelecer “conexões” entre o saber, o saber-fazer e o saber-ser da Enfermagem de nível técnico e princípios e estratégias da articulação teoria-prática e da integração serviço-saúde-comunidade:

1. As **estratégias possibilitadoras da articulação teoria-prática** oferecem perspectiva de superação das dicotomias político x técnico, qualidade formal x política, saber x fazer, desejar x experimentar, saber x ser; recompõem as dimensões da prática social do cuidar renunciando a recomposição das cisões internas dos sujeitos que a realizam e das relações intersubjetivas nos processos de trabalho; demonstram que “a prática sozinha sem a teoria termina por não se saber a si mesma. A teoria sozinha sem a incursão até o concreto, se perde numa coisa que a gente chama de blá, blá, blá” (ITERRA, 2001, p.25).
2. A **parceria com intenção ensino-serviço comunidade** evidencia as finalidades sociais e éticas do cuidar em Saúde/Enfermagem; recupera a possibilidade de novos sentidos e significados para o que já se sabe e abre possibilidades de se saber o que não se sabe sobre as necessidades do outro, de como, dialeticamente, precisamos dele para construirmos e reconstruirmos a nossa prática, como social e ética; desafia a construção de competências formais inovadoras e gera renovadas formas de produzir conhecimentos e práticas significativas; possibilita que o conhecimento técnico-científico seja tanto socializado quanto humanizado, de modo que ***o povo tenha o direito de saber a teoria da prática do povo. Quer dizer: a prática do povo é absolutamente fundamental, mas a prática não é a teoria dela mesma. (...) a transformação revolucionária da sociedade (...) terá que democratizar o saber***” (ITERRA, 2001, p.24-25).



## Atividade 1

### (Í)INTEGRA-AÇÃO

#### Ensino-Serviço-Comunidade

*Fica permitido a qualquer pessoa,  
a qualquer hora da vida, o uso do traje branco.*

Thiago de Mello

O traje branco, tão carregado de significados na nossa cultura, é também a “marca” dos trabalhadores do saber-fazer em saúde que atuam nas instituições e serviços. O poeta amazonense, reconhecido em todo o mundo, veio ajudar-nos a expressar o desejo de um **novo saber no ensino e na prática do cuidar em Enfermagem**, em que a “marca do saber-ser saúde” seja de todos.

Essa “marca” resultará da **integração dos saberes e fazeres**, tanto dos profissionais quanto dos usuários/comunidade, viabilizando o direito de todos a uma **integração**.

- A.** Recupere o Plano de Ensino da disciplina/módulo/área em que você atua. Identifique a existência, a periodicidade e os locais em que ocorrem os momentos/as atividades nas quais os alunos entram “em contato com a prática”. Não se esqueça do Plano de Curso para pesquisar sobre esses momentos, se necessário. Não deixe de dar uma “olhadinha” na atividade que abordou o cuidado, como mais uma fonte de argumentação para as suas conclusões, ao responder às seguintes questões:
- O que esse planejamento traduz em termos de abordagem da relação teoria-prática?
  - Quais seriam as razões para ele ser como é?
- B.** “Mergulhe” na importância da articulação teoria-prática para o processo de ensinar e apreender o Cuidar em Enfermagem. Analise criticamente o que foi exposto sobre a integração ensino-serviço-comunidade e se posicione, expressando-se por escrito, como se estivesse **escrevendo uma carta** a um colega, um aluno, ou uma outra pessoa interessada nessas questões.

Registre os produtos desta atividade no Diário de Estudo. Certamente será um importante subsídio para a Atividade de Avaliação do Módulo e as que lhe serão solicitadas no **Módulo 11**.




---



---



---



---





## Atividade de Avaliação do Módulo

Um experiente professor de Planejamento Participativo nos sugere que

*é necessário ter muita atenção sobre a necessidade de distinguir o projeto político do projeto pedagógico. Eles terão uma unidade; o segundo depende do primeiro, mas eles são distintos: no primeiro, a instituição estabelece o tipo de sociedade, de ser humano [etc.] que deseja ajudar a construir; no segundo, estabelece o ideal de sua prática [pedagógica] para dar significado ao esforço que vai desencadear (Gandin, 1999, p.28).*

Você já deve estar convencido(a) de que um Projeto Político-Pedagógico é uma produção coletiva. Ele é da comunidade da Escola/do Curso. Contudo, cada um dos sujeitos que compõem essa comunidade deve ser participante dessa construção e, para isso, precisa ter idéias, proposições, sugestões, capazes de “somar” ao esforço de reconstruir o que se tem em vista do que quer alcançar.

Você está ciente da importância do momento em que se discute e define: que Escola/Curso queremos construir? Essa discussão deve manifestar o entendimento do coletivo em termos políticos e pedagógicos como nos sugere Gandin. A essas idéias demos o nome de “diretrizes”, porque elas irão nortear as demais etapas de construção do Projeto Político-Pedagógico, conforme já discutido nos **Módulos 6, 7 e 8**.

No **Módulo 9** você investigou da sala de aula ao projeto pedagógico da sua Escola/do seu Curso, levantando dificuldades e possibilidades para uma prática emancipadora. Essas e outras referências acumuladas ao longo das atividades desenvolvidas até este módulo deverão ser consideradas, aproveitadas, no momento da presente elaboração. Resgate suas anotações do Diário de Estudo, as Atividades de Avaliação dos Módulos e outras por você realizadas.

Esta atividade será desenvolvida sob a forma de um **Seminário**<sup>1</sup>, cujo tema central será:

### Uma educação profissional emancipadora em Enfermagem: nossas diretrizes político-pedagógicas

#### Objetivos

- Estimular a postura propositiva do enfermeiro-docente em relação à sua prática, ressignificando o planejamento como expressão do desejo individual e coletivo.
- Possibilitar-lhe expressar a compreensão crítica das bases político-pedagógicas para uma prática autônoma e significativa.
- Promover a apresentação e discussão das proposições dos subgrupos, afirmando a construção coletiva dessas novas diretrizes.

<sup>1</sup> **Seminário** – o nome deste procedimento vem da palavra semente, o que parece indicar que o seminário deve ser uma ocasião de semear idéias ou de favorecer a sua germinação. Não é uma ocasião de mera informação, mas uma fonte de pesquisa e de procura de novas soluções para o problema/as questões que interessam ao grupo (Bordenave, 1994).

## **Etapas de realização**

### a) Fase preparatória, em grupo

Discussão e sistematização de diretrizes políticas e pedagógicas que os docentes-enfermeiros gostariam de propor à sua Escola/ao seu Curso, visando à superação das dificuldades e o aproveitamento das possibilidades já identificadas.

Esse trabalho deverá ser apresentado em dois formatos:

- **um único texto escrito** para encaminhamento ao(s) tutor(es) dos membros do grupo; e
- **uma síntese** para apresentação no Seminário.

### b) Desenvolvimento do Seminário propriamente dito, como atividade presencial do Curso:

Apresentação em plenária das diretrizes elaboradas pelos diversos grupos de docentes-enfermeiros e discussão das mesmas, identificando tendências, avanços, problemas comuns, etc.

*Bibliografia de referência*

BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO Gianfranco. **Dicionário de Política**. 4ª ed. Vol. 2. Brasília, DF: Edunb, 1992. p. 954-962.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999.

BORDENAVE, Juan Dias. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. *In*: 11ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: O BRASIL FALANDO COMO QUER SER TRATADO. **Relatório Final**. Brasília: MS, 2000.

BUSS, Paulo *et alii*. **Promoção da saúde e a saúde pública**: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: 1998, mimeo.

CANDAU, Vera Maria. **Rumo a uma nova didática**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1998.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1995.

DEMO, Pedro. **Educação e qualidade**. São Paulo: Papirus, 1994.

FIOCRUZ/ENSP. **Gestão em saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde; programa de educação a distância. Unidades I, II e III. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP; Brasília: UnB, 1998.

GANDIN, Danilo; GANDIN, Luís Armando. **Temas para um projeto político pedagógico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ITERRA – Instituto Técnico de Capacitação e Pesquisa da Reforma Agrária. **Paulo Freire**: um educador do povo. Rio Grande do Sul: ITERRA, 2001.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

MARTINS, Gilberto Berguio. Parceria entre universidades e serviços: construção de um novo compromisso na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde (sistematização da Oficina de Trabalho com o mesmo título) *In*: **Olho Mágico**, Londrina: Centro de Ciências da Saúde/Universidade Estadual de Londrina, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário. *In*: **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MELLO, Thiago de. **Estatutos do homem**. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1977.

MINAYO, Maria C. S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? *In*: **Revista Saúde e Sociedade**, s.l., v. 2, p. 42-64, 1994.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

PLATÃO; FIORIN. **Para entender o texto**: leitura e redação. São Paulo: Ática, 1991.

PAIM; ALMEIDA FILHO. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

SOPHIA, Daniela. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. *In*: **RADIS TEMA**, n. 21, nov./dez. 2001.

VASCONCELOS, Maria Lúcia M. C. **A formação do professor do terceiro grau**. São Paulo: Pioneira, 1996.



A series of horizontal blue lines for writing, starting from the top line and extending down the page.





A series of horizontal blue lines for writing, starting from the top line and extending down the page.





A series of horizontal blue lines for writing, starting from the top line and extending down to the bottom of the page.



