

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/329586881>

# A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Chapter · December 2016

CITATIONS

0

READS

14

5 authors, including:

[Lucidio Oliveira](#)

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

31 PUBLICATIONS 17 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Francisco Rafael Ribeiro Soares](#)

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

12 PUBLICATIONS 2 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Amélia Carolina](#)

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

15 PUBLICATIONS 16 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Francisca Patrícia Barreto de Carvalho](#)

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

48 PUBLICATIONS 26 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

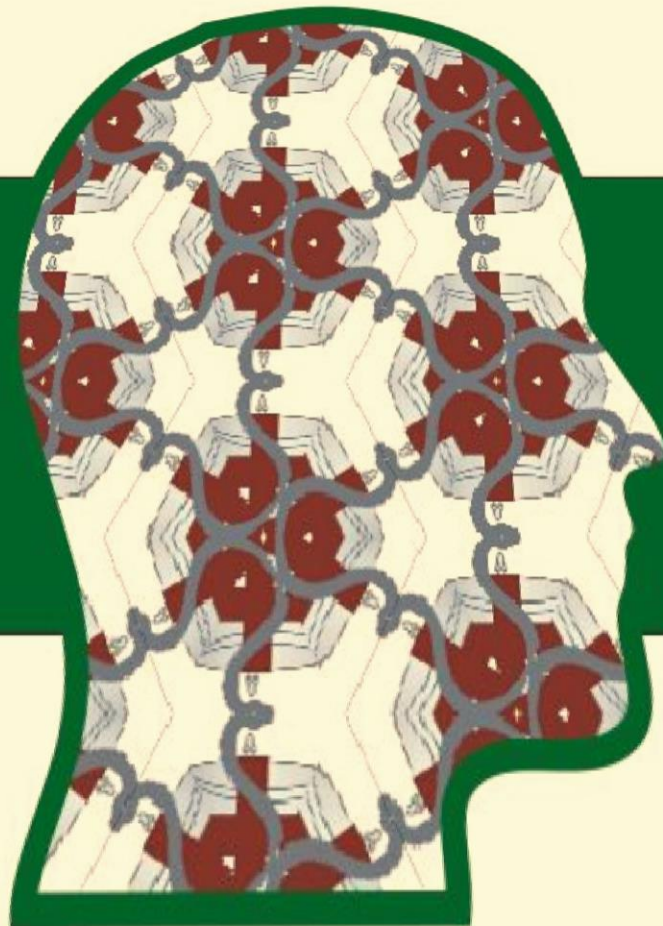
Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O PSF: INSTRUMENTO PARA A CONSOLIDAÇÃO SUS [View project](#)



Práticas dos enfermeiros às pessoas em crise psíquica em decorrência do uso abusivo de drogas [View project](#)



# CALEIDOSCÓPIO DA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

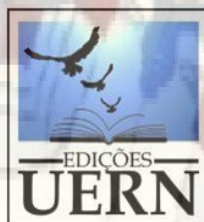
EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

ORGANIZADORES:

LUCÍDIO CLEBESON DE OLIVEIRA

LORRAINY DA CRUZ SOLANO

ROSANGELA DINIZ CAVALCANTE



### CATALOGAÇÃO NA FONTE

O48c	<p>Oliveira, Lucidio Clebeson de.</p> <p>Caleidoscópio da educação em Enfermagem/ Lucidio Clebeson de Oliveira, Lorrainy da Cruz Solano, Rosangela Diniz Cavalcante (Organizadores). – Mossoró: Edições UERN, 2016.</p> <p>111 p.</p> <p>Inclui Bibliografia.</p> <p>ISBN 9788576211297</p> <p>1. Enfermagem - Educação. 2. Paradigmas - Enfermagem. 3. Tendências pedagógicas. I. Título.</p> <p>CDU 616-083:37</p>
------	--

Catálogo na publicação: Vanessa Camilo dos S. Silva CRB 15/546

## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO .....</b>	<b>03</b>
 <b>PARADIGMAS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: NARRATIVAS HISTÓRICAS E CONTEMPORANEIDADE.....</b>	<b>04</b>
Lorrainy da Cruz Solano	
Diego Bonfada	
Renata Silva Santos	
Antonia Líria Feitosa Nogueira Alvino	
Rejane Maria Paiva de Menezes	
Bertha Cruz Enders	
 <b>TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS: REFLEXÕES PARA ENFERMAGEM.....</b>	<b>12</b>
Thiago Enggle de Araújo Alves	
Moêmia Gomes de Oliveira Miranda.	
Josélia Bandeira de Moura.	
 <b>ENSINO DE ENFERMAGEM: NUANCES E DESAFIOS.....</b>	<b>21</b>
Rosangela Diniz Cavalcante	
Raimunda Medeiros Germano	
 <b>INTEGRALIDADE EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA NO SÉCULO XXI.....</b>	<b>31</b>
Francisco Rafael Ribeiro Soares	
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda	
Lucidio Clebeson de Oliveira	
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho	
Amélia Carolina Lopes Fernandes	
 <b>A CAMA VOADORA: A TELA NO DIÁLOGO DO CORPO COMO MATRIZ PEDAGÓGICA .....</b>	<b>40</b>
Lorrainy da Cruz Solano	
Raimunda Medeiros Germano	
Ailton Siqueira de Sousa Fonseca	
 <b>O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ESPAÇO DE CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?..</b>	<b>54</b>
Cecília Nogueira Valença	
Raimunda Medeiros Germano	
 <b>METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>63</b>
Eumendes Fernandes Carlos	
Thiago Enggle de Araújo Alves	
Carmem Lúcia Colomé Beck	
 <b>PRÁTICAS INTEGRAIS E EMANCIPATÓRIAS: O SUS NA RELAÇÃO TRABALHADOR USUÁRIO .....</b>	<b>71</b>

Erica Louise de Souza Fernandes Bezerra  
Rosalba Pessoa de Souza Timoteo

**O TRABALHO EM SAÚDE COMO ESPAÇO PEDAGÓGICO: POSSIBILIDADES E  
DESAFIOS ..... 80**

Thiago Enggle de Araújo Alves  
Soraya Maria de Medeiros  
Lorrainy da Cruz Solano

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A OTIMIZAÇÃO DO  
TRATAMENTO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL..... 89**

Lucidio Clebeson de Oliveira  
Johny Carlos de Queiroz  
Francisco Rafael Ribeiro Soares  
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho  
Amélia Carolina Lopes Fernandes

**SOBRE A PREFACIADORA E COLABORADORES ..... 105**

## PREFÁCIO

Escrito originalmente como trabalhos de disciplinas de pós-graduação em enfermagem e excertos de dissertações de mestrado, este livro reúne um conjunto de textos direcionados à educação e assistência em saúde e enfermagem, em particular. Trata de temas voltados, sobretudo, para o ensino nas respectivas áreas, produzidos por estudantes de pós-graduação em parceria com seus orientadores podendo ser úteis à sala de aula como recurso pedagógico. Representa um esforço de docentes e discentes de graduação e pós-graduação, com o apoio da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), na busca de estimular a produção e divulgação do conhecimento que vem sendo produzido pela enfermagem norterio-grandense.

Os trabalhos, em sua maioria, privilegiam a abordagem de temas que tratam do ensino na área da saúde conforme a agenda política referida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Além do tema da educação, outros artigos integram esta publicação e, da mesma forma, tratam de assuntos de extrema significação para a construção do conhecimento nas áreas da saúde e da pesquisa em enfermagem, incluindo metodologias ativas no processo ensino/aprendizagem, hipertensão arterial, história da enfermagem, entre outros.

Os capítulos, embora mantenham interlocução, têm independência, podendo ser utilizados separadamente pelas diversas disciplinas dos diferentes cursos da área da saúde, tanto como textos de reflexões pedagógicas, como fontes referenciais de pesquisas da área em apreço.

Torna-se importante ressaltar que uma publicação dessa natureza, coletivamente construída por jovens pesquisadores, sob orientação de seus professores, representa um estímulo ao trabalho acadêmico por eles desenvolvido em suas investigações. Ao mesmo tempo, simboliza o reconhecimento institucional do esforço efetuado para desenvolver e qualificar a produção do conhecimento nas universidades públicas do Estado, a UERN e a UFRN, respectivamente.

O leitor, portanto, ao entrar em contato com este livro, encontrará em suas páginas através dos diferentes temas abordados, um convite à reflexão acerca da educação na área da saúde e, em especial, da enfermagem, além da abordagem de múltiplos olhares em torno de problemas fundamentais, no campo da saúde.

*Raimunda Medeiros Germano*

# PARADIGMAS E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: NARRATIVAS HISTÓRICAS E CONTEMPORANEIDADE

Lorrainy da Cruz Solano

Diego Bonfada

Renata Silva Santos

Rejane Maria Paiva de Menezes

Bertha Cruz Enders

## INTRODUÇÃO

As atividades hoje consideradas profissionais sofreram influência dos fatores históricos, sociais, econômicos e do paradigma dominante no período em que ocorreram. A consolidação da enfermagem, como saber científico moderno, delineou-se a partir dos meados do século XIX, configurada a partir de uma transição entre os pensamentos modernos e pós-modernos.

Essas mudanças de pensamentos caracterizam a “crise dos paradigmas”. Paradigma é um conjunto de suposições teóricas gerais e de leis e técnicas para a sua aplicação, adotadas por uma comunidade científica específica. Quando novas ideias vão surgindo, inicia-se a emergência de um novo paradigma, mudança descontínua que constitui uma revolução científica (CHALMERS, 1993).

Diante disso, pode-se afirmar que a enfermagem moderna, sob a organização de Florence Nightingale, surge como uma prática coadjuvante da prática médica, institucionalizada no âmbito hospitalar e arraigada de ideais paradigmáticos positivistas. Essa nova forma de fazer enfermagem torna-se distinta da realizada anteriormente, quando era exercida por pessoas sem conhecimento científico, com má reputação na sociedade ou por irmãs de caridade (KRUSE, 2006).

Um marco histórico na tentativa de consolidação da enfermagem como ciência foram as teorias de enfermagem. A construção de tais teorias se insere em um contexto de tentativa de resignificação da profissão. Historicamente submetida e subordinada ao saber médico, a enfermagem buscava a consolidação de um corpo sólido de conhecimento que pudesse colaborar para o fortalecimento e legitimação social e técnica da profissão.

A enfermagem, como parte constituinte do processo de trabalho em saúde, que, por sua vez, congrega a produção dos serviços de saúde, inserido na arena sanitária brasileira, acaba por reproduzir a ideologia dominante. Nossos saberes e fazeres foram edificados para manter o *status quo*, privilegiando a classe economicamente privilegiada em detrimento das necessidades sociais e de saúde da grande maioria da população do Brasil. A saúde, como direito de todos e dever do Estado, como está garantida na nossa Constituição, está presa nos discursos e postulados (SOLANO et al, 2012).

Em contrapartida, nesse novo paradigma, denominado também de paradigma emergente, valoriza-se o senso comum, e este se comunica com as tecnologias e ideias científicas de forma a traduzir-se em sabedoria de vida. Assim, o momento de transição histórica vivenciada pela enfermagem aponta para uma ciência pós-moderna que tende à valorização dos estudos humanísticos e para a ciência do complexo (SANTOS, 2005).

Desse modo, pretendemos, com esta reflexão, relacionar os paradigmas que existem na sociedade contemporânea com a narrativa histórica da enfermagem a partir da experiência do uso em sala de aula de uma técnica persuasiva denominada “A Carta”. Tal atividade teve, como cenário, a construção/implantação do seminário “Os paradigmas e as práticas de enfermagem”, promovido durante a disciplina Análise Crítica da Prática de Enfermagem, oferecida no curso *stricto sensu*, nível de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Durante a realização da atividade supracitada, optou-se por estratégias que colaborassem na estruturação de uma proposta metodológica que abrangesse a magnitude imposta pela temática. Assim, a escolha por método e não metodologia consiste na necessidade de transpor o caráter programador deste, diferentemente daquele, que traz a compreensão de uma disciplina de pensamento, algo que deve ajudar qualquer um a elaborar sua estratégia cognitiva, podendo situar e contextualizar suas informações, conhecimentos e decisões, tornando-o apto para enfrentar o desafio onipresente da complexidade (MORIN, 2007).

Essa escolha não é somente pela inovação do termo, mas, como foi dito acima, o desafio foi percorrer um caminho que rompesse com a linearidade da maioria dos seminários. Com essa estratégia, assume-se o risco de arriscar não pelo mero jogo de palavras, mas pelo crédito dado ao método como instrumento na tentativa de dar respostas às inquietações geradas pelo tema do seminário “Os paradigmas e as práticas de enfermagem”.

O método é, portanto, aquilo que serve para aprender e, ao mesmo tempo, é aprendizagem. É aquilo que nos permite conhecer o conhecimento. O método é o que ensina a aprender. É uma viagem que não se inicia com um método, inicia-se com a busca do método (MORIN, 2007).

Com esse arcabouço teórico, o método oferece um espaço inventivo e aberto para o público-alvo do seminário, quais sejam os discentes do curso de mestrado da disciplina já citada. Nessa busca, emergiu a ideia de se utilizar uma técnica persuasiva denominada “A Carta”, para gerar o espaço desejado e alcançar o objetivo de relacionar os paradigmas contemporâneos e as práticas de enfermagem como uma narrativa histórica.

Esta técnica foi desenvolvida junto aos alunos e seguiu os seguintes passos: inicialmente foi dividida a turma em dois grandes subgrupos, os quais foram convidados a ocuparem salas de aula diferentes; em seguida, foi esclarecido aos subgrupos que todos os componentes deveriam escrever uma carta a um amigo extraterrestre, descrevendo sua prática de enfermagem e relatando interfaces da profissão em sua vida; ao término desse segundo momento, as cartas foram trocadas entre os subgrupos, os quais teriam de ler todas as cartas recebidas e traçar uma síntese do seu conteúdo para ser apresentada



ao grande grupo no final. Foram lidas e consolidadas 20 cartas ao todo, as quais foram expostas sinteticamente em duas folhas de papel madeira.

Foi um momento de extrema riqueza no que diz respeito à materialização dos anseios, sentimentos, angústias, realizações entre outros inúmeros significados que as cartas trouxeram para o espaço da sala de aula.

Com esse ideário em mente, convidamos os leitores a seguirem o caminho proposto, pensando que estamos adentrando em um espaço de pesquisa, um lugar onde ousamos colocar certo número de perguntas e aceitamos não possuir todos os elementos de resposta (LELOUP, 2000). No intuito de facilitar a compreensão do texto, nomeamos os autores dos fragmentos de cartas com nome de estrelas.

“HÁ TEMPOS SINTO NECESSIDADE DESSE NOSSO DIÁLOGO” (Sírius)

A partir desse fragmento capturado das cartas, iniciamos este diálogo relacionando os paradigmas contemporâneos e a narrativa histórica da enfermagem. Este retalho de carta nos transmite uma evidente necessidade de estabelecer uma conversa que faça a relação entre cotidiano e o arcabouço teórico da prática da enfermagem. Como sabemos, a enfermagem no Brasil vem percorrendo, ao longo dos anos, uma trajetória pontilhada de dificuldades e reflete, em cada momento, o contexto histórico específico da sociedade brasileira (GERMANO, 1985).

Outro fragmento traduz bem esse pensamento: “Tento nos meus limites de pensamentos e ações o cuidado dialogado, todavia, infelizmente, me encontro no império biomédico” (Canopus). A partir de nossa inserção como enfermeiros nos serviços de saúde e, conseqüentemente na estrutura da sociedade brasileira, é que nos colocamos como atores no campo da saúde.

A sociedade contemporânea vive sob a égide do modelo econômico neoliberal, e este possui desdobramentos sociais, políticos e psicológicos e afeta grande parte das esferas do nosso cotidiano objetiva e subjetivamente. Assim, vemo-nos imersos em um arcabouço ideológico, que, no cenário da saúde, está definido como o paradigma biomédico, que influencia a formação tradicional em saúde, ainda hegemônica, e que resultou em uma espécie de “modelo” a ser assumido pelas instituições formadoras, sendo materializado nas práticas profissionais. Esse modo de pensar e fazer é responsável pela formação de profissionais que dominam os mais variados tipos de tecnologias, mas que são pouco hábeis para lidar com as dimensões subjetivas, sociais e culturais das pessoas e demonstram cada vez mais distantes do atual modelo de organização dos serviços de saúde pública de saúde do nosso país (GOMES et al, 2010). Como disse a carta, estamos no império biomédico.

Predominam a fragmentação e a especialização do conhecimento, quem gera um modelo de atenção em saúde, caracterizado por um grande número de especialistas com o trabalho focado no profissional médico, na doença e num grande número de procedimentos (SOUZA; SOUZA, 2009).

Como sabemos tal organização não dá respostas às reais necessidades de saúde da população brasileira, mas o que assistimos é o beneficiamento de poucos diante do sofrimento, adoecimento e morte

de muitos. Fala-se em telemedicina em hospitais hotéis, em tecnologias de ponta, na cura de doenças pelo uso da genética e, na contramão dessa história, identificamos o reaparecimento de doenças ditas sob controle, o aumento de doenças infectocontagiosas bem como as péssimas condições sanitárias e de vida nas quais estão inseridos os segmentos excluídos pela sociedade. Nesse aspecto, vivenciamos uma realidade de desigualdade que precisa ser compreendida de forma equitativa na busca coletiva pelo bem comum.

Outro recorte nos acena para a necessidade de mudar o paradigma hegemônico “Poderemos reformar os pensamentos para modificarmos a prática” (Arcturus). No sentido da mudança, é preciso compreender primeiramente o que está posto no contexto sócio-político-econômico contemporâneo por meio dos paradigmas. Paradigma aqui se entende como as estruturas de pensamento que nos governam e que governam os outros (PENA; ALMEIDA; PETRÁGLIA, 2008). Deriva dessa ideia o fato de que a reforma do pensamento não é de natureza programática, mas paradigmática, porque concerne à nossa aptidão para organizar o conhecimento (MORIN, 2004).

Na busca pela reorganização do conhecimento, a enfermagem se vê como redefinindo suas paisagens mentais acerca do seu processo de trabalho. Um retalho de carta traduz esse sentimento de redescoberta: “Sei que para mudança de paradigma é necessário uma crise com revolução e acredito que estou vivenciando essa ruptura” (Veja).

Fazendo uma reflexão para contextualizar a discussão trazida pelo fragmento supracitado, constatamos que convivemos, na atualidade, com o paradigma hegemônico biomédico positivista, a produção social da saúde e os ditos emergentes entre eles o da complexidade.

O paradigma da produção social está intimamente relacionado ao materialismo histórico dialético que pode ser visto como um circuito no qual o agir social de um ator supõe o uso de recursos de poder e de conhecimentos. Tais recursos contrapõem-se como acumulações e desacumulações de novos recursos econômicos, recursos de poder, valores e conhecimentos (LEOPARDI, 1999). Nessa visão de mundo, a saúde é definida a partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que diz ser a partir da inserção do ser humano na estrutura social que materializa seus modos de viver, adoecer e morrer. Tal concepção diverge da visão hegemônica, que justifica a saúde do ser humano como ausência de doença, em uma relação linear de causa e efeito, na qual é negada a condição de ator social dos sujeitos. Um recorte de carta apresenta esse ideário muito bem: “Levo em consideração todo o seu contexto social, financeiro, familiar, educacional etc. Quando damos importância a esses aspectos, a qualidade da assistência modifica consideravelmente” (Capella). Esse modelo paradigmático se mostra mais forte no cenário da atenção básica à saúde, no qual está vigente a Estratégia Saúde da Família.

A enfermagem precisa pensar nos seus ranços históricos para questionar seus eixos teóricos e práticos. Vamos refletir que a ideologia da enfermagem, desde sua origem, significa abnegação, obediência e dedicação. Esse pensamento estigmatizou o profissional enfermeiro como alguém que não exerça a crítica social (GERMANO, 1985). Esse é o estereótipo do enfermeiro de que o paradigma hegemônico precisa: alguém alheio ao todo que o cerca e que o aprisione na sua parcela de trabalho.

Mudar nossos pensamentos e redirecionar nossas práticas não é um exercício fácil e traz consequências para nossas vidas, como diz o fragmento a seguir: “A vida está difícil, e a profissão que escolhi, apesar de ser uma prática social, tem se encarregado, em parte, de me levar à reflexão de qual sentido busco para a minha vida” (Rigel). A lógica do paradigma dominante de fragmentação do ser nos diz que podemos separar o profissional do ser social e familiar, os quais compõem o cidadão, subdividindo-os em diversos papéis estanques. Porém, quem se pergunta pelo sentido de sua vida, conforme o segmento supracitado, não é um ser fragmentado, é um ser que sente sua integralidade.

Chamou a atenção um trecho de uma das cartas:

Na terra, estou inserida no modelo de saúde como enfermeira. A profissional que tem como processo de trabalho o domínio do saber, hierarquizando uma equipe, diante de subordinados, promovendo a autoridade e com muita tristeza a alienação de nossa categoria. Talvez inconscientemente transferindo os conflitos vividos com outras categorias (Bellatrix).

Fica claro como a tomada de consciência no que se refere a nossa condição de causa e causadores, a partir da nossa inserção no processo de produção dos serviços de saúde, mexe com as organizações mentais de valores e princípios éticos de alguns profissionais. Essa reflexão aponta para o reconhecimento do quanto à enfermagem está vinculada aos interesses dominantes desde nossas figuras históricas, como Ana Néri e Florence Nightingale, que são até hoje expressões máximas de bondade, de abnegação e de competência (GERMANO, 1985). E essa ainda é a imagem que predomina.

Os paradigmas ditos emergentes desse cenário contemporâneo tem, no paradigma da complexidade, seu maior destaque. Não por ser o messiânico, que despontou para salvar a humanidade, mas por se colocar como um mediador que não profetiza verdades absolutas e dogmáticas. A complexidade se propõe a não tecer, junto aos diversos paradigmas existentes, uma marcha profética, mas um caminhar solidário no qual todos estejam preocupados com o destino dos homens e da vida em geral. Isso indica que um modo de pensar capaz de unir e solidarizar conhecimentos separados é capaz de se desdobrar em uma ética da união e da solidariedade entre humanos (MORIN; CYRULNIK, 2004).

O seguinte trecho parece um convite para pensar no que diz o paradigma da complexidade: “É com grande satisfação que compartilho as minhas práticas de enfermagem” (Adhara). Um convite acolhedor, desprovido de certezas e demonstrando uma abertura ao diálogo.

A complexidade nos convida a um conhecimento em movimento, a um conhecimento em vaivém, que progride e vai das partes ao todo e do todo às partes (MORIN; CYRULNIK, 2004). Na prática, alguns autores já denominam um cuidar complexo, que transitaria em todos os espaços sanitários, e porque não do cotidiano, procurando estabelecer novas bases nas relações sociais e de saúde vigentes. Atualmente, foram estabelecidas, como política pública de saúde, as práticas integrativas de saúde como uma consequência real do paradigma da complexidade. Nesse cenário, a homeopatia, fitoterapia, acupuntura, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia são oferecidos pelo Sistema Único de

Saúde.

Contudo, a busca de práticas assistenciais menos reducionistas não encontra espaço para consolidar-se, uma vez que esbarra em séculos de positivismos objetivistas e individualistas (LEOPARDI et al., 1999). Isso não quer dizer que não podemos continuar tentando, pois só alcançamos algumas de nossas maiores conquistas trabalhistas como enfermeiros porque ousamos ousar.

Para pensar na condição do enfermeiro na atual conjuntura sócio-político-econômica, em meio a este cenário paradigmático, precisamos pensar no que está escrito nesta carta: Não devemos entender a enfermagem de forma que seus processos de trabalho estejam desarticulados. São eles: assistir, investigar, ensinar/aprender e gerenciar. Este é um marco inicial. Outro seria refletir acerca da nossa condição de partícipe da produção dos serviços de saúde não somente como um especialista, mas como ator social consciente de sua inserção no contexto vigente. Para tanto, é preciso pensar também no fio de navalha que estamos transitando, já que ser especialista é uma condição confortável intelectualmente, visto que basta acumular cada vez mais informações sobre um ponto cada vez mais preciso, ou seja, acaba-se conhecendo tudo sobre nada (MORIN, 2004).

“A enfermagem é uma ciência que se utiliza tanto de teorias próprias para direcionar sua prática bem como de paradigmas dominantes e emergentes” (Achernar). Esse trecho resume o que transitou no exercício da técnica A Carta, uma vez que as atividades imaginárias não concernem unicamente aos sistemas imaginários, pois elas irrigam a vida afetiva e infiltram-se, em todos os sentidos, no seio da vida prática (PENA; ALMEIDA; PETRÁGLIA, 2008).

As cartas trouxeram reflexões profundas e inesgotáveis para nossas vidas. Não é nossa intenção esgotá-las neste momento, posto que seriam necessários diversos trabalhos e, mesmo assim, não dariam conta da multidimensionalidade delas.

Uma das cartas termina assim: “Normalmente, volto feliz para casa” (Betelgeuse). Ante um paradigma simplificador que consiste em isolar, desunir e justapor, propomos um pensamento complexo que reata, articula, compreende e que, por sua vez, desenvolve sua própria autocrítica (MORIN, 2007). E, certamente voltaremos felizes para casa.

A enfermagem precisa pensar nas questões que relacionam os paradigmas e suas práticas para tentar responder às indagações das pesquisas em enfermagem e para ajudar enfermeiros e enfermeiras a oferecerem um atendimento mais eficiente e a documentar o papel singular desempenhado pela profissão no sistema de saúde (MESQUITA; ANDRIOLA; VIEIRA, 2007).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A enfermagem vem, ao longo dos anos, buscando seu espaço no universo científico. Nesse caminho, conforme vimos, transitamos entre os estereótipos sociais e as aproximações com os grandes desafios da ciência frente à sociedade contemporânea.

Os desafios estão postos e precisam ser enfrentados: romper com os rótulos do enfermeiro

alienado às questões sociais, ter a consciência do seu papel de agente transformador em potencial do cenário da saúde, conhecer e aproximar-se da discussão paradigmática da ciência, bem como o modo pelo qual tais conceitos inserem-se em suas práticas. Para tanto, coube a nós, após participar deste espaço rico e polissêmico, que fora o do exercício da técnica “A Carta” e capilarizar tal experiência para os nossos espaços do cotidiano onde a verdadeira reforma poderá acontecer.

Divulgar o que vivenciamos nesses momentos de troca foi um dos caminhos que edificamos para consolidar a ideia da capilarização. Pensar nas questões superestruturais, como os paradigmas vigentes, à luz de uma técnica reflexiva, mostrou-nos o quão é importante traçar esses paralelos. Nesse aspecto, compreendemos o quanto é importante estudar os paradigmas, conhecer os elementos fundamentais que constituem as nossas práticas e compreender as bases que definem o nosso processo de trabalho.

A enfermagem integra os serviços de saúde, que, por sua vez, constituem a produção dos serviços de saúde que estão fundamentados pelo Sistema Único de Saúde na sociedade brasileira contemporânea. O enfermeiro precisa refletir acerca do seu papel no cenário sanitário vigente para tentar cumprir com ele e responder às reais necessidades de saúde da população a quem atende. Tal missão não será possível se continuarmos alheios ao contexto em que estamos inseridos e sermos meros fantoches dos interesses dominantes.

A simplicidade da técnica agora exposta fez emergir questões profundas e complexas que devem ressignificar o saber/fazer da enfermagem, para que estejamos participando, como autores, da contínua narrativa histórica da enfermagem. O convite é para sermos protagonistas e não meros expectadores da nossa história.

## REFERÊNCIAS

CHALMERS, A. F. **O que é ciência afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1993.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GOMES, M. P. C. et al. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde: avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação**, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. esp, p. 403-410, 2006.

LELOUP, J. Y. **Palavras da fonte**: comentários sobre trechos dos Evangelhos de Maria e Tomé. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

LEOPARDI, M. T et al. **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. Florianópolis: NFR/UFSC, 1999.

MESQUITA, A. M. R. C.; ANDRIOLA, W. B.; VIEIRA, N. F. C. Pesquisa e assistência: perspectiva do enfermeiro em um hospital universitário. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 77-85, 2007.

MORIN, E. **Cabeça-bem feita**: repensar a reforma reformar o pensamento. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

MORIN, E. **Educar na era planetária**: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORIN, E.; CYRULNIK, B. **Diálogo sobre a natureza humana**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

PENA, A.; ALMEIDA, C. R. S.; PETRAGLIA, I. **Edgar Morin**: ética, cultura e educação. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SOLANO, L. C. et al. O corpo no processo ensino-aprendizagem a partir do paradigma da complexidade. **Rev. Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.399-403, jul./set., 2012.

SOUZA, D. R. P.; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 117-23, 2009.

## **TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS: REFLEXÕES PARA ENFERMAGEM**

Thiago Enggle de Araújo Alves  
Moêmia Gomes de Oliveira Miranda.  
Josélia Bandeira de Moura.

### **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho, de natureza ensaística, aborda a formação em enfermagem a partir das tendências pedagógicas e tem, como objetivo, discuti-las e refletir sobre quais delas possibilitam a formação crítica e reflexiva, tendo em vista que esta é fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica de cunho reflexivo, para o qual foram lidos livros e artigos sobre a temática, dialogando com a vivência dos autores, na ânsia de produzir novos conhecimentos e contribuir para a importante e necessária rediscussão das práticas docentes.

No contexto da formação em saúde e enfermagem, torna-se importante discutirem-se as tendências pedagógicas que, segundo Luckesi (1996), são divididas em pedagogia liberal e pedagogia progressista. As tendências da pedagogia liberal são a tradicional e a tecnicista. Essa contextualização é necessária para que se compreendam os rumos que as instituições formadoras tomam e que objetivos elas têm.

A pedagogia liberal leva em conta unicamente a formação para o exercício de uma profissão. Essa conduta caracteriza o ensino tradicional, o qual supõe que o aluno é incapaz de ter o controle de si mesmo, impedindo-lhe a criatividade e a iniciativa.

Luckesi (1996) ressalta que a pedagogia liberal sustenta a ideia de que a escola tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais, de acordo com as aptidões individuais, por isso os indivíduos precisam aprender a se adaptar aos valores e às normas vigentes na sociedade de classes, através do desenvolvimento da cultura individual. A ênfase no aspecto cultural esconde a realidade das diferenças de classes, pois, embora difunda a ideia de igualdade de oportunidades, não leva em conta a desigualdade de condições.

Ainda de acordo com o mesmo autor, na tendência liberal tradicional, o papel da escola é preparar intelectualmente os alunos, com o objetivo de assumir sua posição na sociedade, sendo a cultura como o maior compromisso da educação. Os caminhos a serem percorridos são os mesmos para todos, então os menos capazes devem se esforçar para conquistar seu lugar junto aos demais.

Os conteúdos de ensino dessa pedagogia correspondem aos conhecimentos e valores acumulados pelas gerações passadas como verdades acabadas e dissociadas do contexto social dos alunos, já que é uma

preparação para “a vida”. Essa reprodução do conhecimento está fortemente influenciada pelo paradigma da ciência newtoniano-cartesiana, daí porque a tendência liberal “tradicional é criticada como intelectualista e, às vezes, como enciclopédica” (LUCKESI, 1996, p. 56).

Os métodos de ensino baseiam-se na exposição oral dos conteúdos, a análise também feita pelo professor e com ênfase nos exercícios repetitivos, com os objetivos de memorização e formação de hábitos. A transmissão dos conteúdos é feita na forma de verdade absoluta a ser absorvida pelos alunos, os quais são impedidos de se comunicarem entre si pela autoridade do professor, o qual deve garantir a atenção e o silêncio. Essa transmissão também é realizada numa sequência lógica imposta pelos adultos às crianças e avaliada por interrogações orais, exercícios de casa, provas escritas e trabalhos.

Luckesi (1996) traz que, na tendência tradicional, a pedagogia liberal se caracteriza por acentuar o ensino humanístico, de cultura geral, no qual o aluno é educado para atingir, pelo próprio esforço, sua plena realização como pessoa. Os conteúdos, os procedimentos didáticos, a relação professor-aluno não tem nenhuma relação com o cotidiano do aluno e muito menos com as realidades sociais. É a predominância da palavra do professor, das regras impostas, do cultivo exclusivamente intelectual.

Na tendência liberal tecnicista, o papel da escola é modelar o comportamento humano através das técnicas específicas, num processo de aquisição de habilidades indispensáveis para os indivíduos se integrarem num sistema social harmônico, orgânico e funcional regido por leis naturais.

Luckesi (1996) ressalta que seu interesse imediato é o de produzir indivíduos ‘competentes’ para o mercado de trabalho, transmitindo, eficientemente, informações precisas, objetivas e rápidas. A pesquisa científica, a tecnologia educacional, a análise experimental do comportamento garantem a objetividade da prática escolar, uma vez que os objetivos instrucionais (conteúdos) resultam da aplicação de leis naturais que independem dos que a conhecem ou executam.

Os conteúdos de ensino consistem em leis e princípios científicos observáveis e mensuráveis que são estabelecidos numa ordem lógica determinada por especialistas. Esses conteúdos compõem os manuais e módulos educacionais utilizados nos procedimentos e técnicas aplicados sistematicamente.

Germano (1998) afirma que, nesse contexto, a educação assume uma dimensão meramente instrumental, qual seja a de preparar força de trabalho para um mercado em desaparecimento. Não se trata, assim, de admitir o trabalho como princípio educativo, mas de tornar a educação, como prática social, ‘refém’ do mercado.

O professor, elo entre a verdade científica e os alunos, administra as condições de transmissão da matéria conforme o sistema instrucional eficiente e efetivo em termos de mudanças de comportamento e resultados da aprendizagem. O ensino tecnicista é um processo de condicionamento, introduzido no Brasil no final dos anos 1960, com o objetivo de adequar a educação à orientação político-econômica do regime militar.

A tendência *liberal tecnicista* subordina a educação à sociedade, tendo como função a preparação de ‘recursos humanos’ (mão-de-obra para a indústria). A sociedade industrial e tecnológica estabelece



(cientificamente) as metas econômicas, sociais e políticas, a educação treina (também cientificamente) nos alunos os comportamentos de ajustamento a essas metas.

As principais repercussões da pedagogia liberal são: memorização, passividade, distância entre teoria e prática, racionalismo radical, especulação teórica, falta de problematização da realidade, adoção de modelos, individualismo, submissão e manutenção da divisão de classes sociais.

O fracasso da relação entre professor-aluno, na pedagogia liberal, revela-se na repressão da energia vital existente nos alunos, porque “a relação estabelecida entre professor e alunos é vertical, unilateral e de dependência, inexistindo a formação de grupo para que não ocorra interação entre os estudantes” (SILVA; RUFFINO, 1999, p. 4).

Em contrapartida, os teóricos da pedagogia progressista defendem a formação de um cidadão crítico e participante na mudança social como funções da escola. As tendências da pedagogia progressista são a libertadora, sendo esta mais conhecida como pedagogia de Paulo Freire; a libertária, ou pedagogia da autogestão pedagógica; e a crítico-social dos conteúdos.

Essas tendências são pedagogias que partem de uma análise crítica das realidades sociais e sustentam as finalidades da educação, porém “a pedagogia progressista não tem como institucionalizar-se numa sociedade capitalista; daí ser ela um instrumento de luta dos professores ao lado de outras práticas sociais” (LUCKESI, 1996, p. 63).

Silva e Ruffino (1999) argumentam que a prática transformadora procura desmistificar e questionar a cultura dominante, criando condições para o aluno analisar o contexto de acordo com seus valores.

Existe preocupação com cada aluno em si e com o processo; os alunos, ao participarem desse processo com o professor, tornam-se sujeitos elaboradores e criadores de conhecimento. Os indivíduos são considerados seres concretos, situados no tempo e no espaço, inseridos em contexto histórico, no qual a educação deve promover o indivíduo, e não ajustá-lo à sociedade em que vive.

A tendência progressista libertadora (problematizadora) valoriza a educação não formal. É por isso que não é próprio falar em ensino escolar. Entretanto, alguns pressupostos dessa pedagogia são adotados na prática escolar. Ela é uma prática na qual os atores sociais extraem da realidade os conteúdos de aprendizagem a fim de transformá-la, questionando concretamente.

Os conteúdos aparecem sob a forma de temas geradores e são extraídos da problematização da prática de vida dos alunos. Os textos de leitura são redigidos pelos próprios alunos com a ajuda do professor. A forma de trabalho educativo é o grupo de discussão, a quem cabe autogerir a aprendizagem, definindo o conteúdo e a dinâmica das atividades.

Pereira (2003) acrescenta que a pedagogia da problematização tem suas origens nos movimentos de educação popular que ocorreram no final dos anos 1950 e início dos anos 1960, quando foram interrompidos pelo golpe militar de 1964; teve seu desenvolvimento retomado no final dos anos 1970 e início dos anos 1980.

Nessa pedagogia, a educação é uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade a fim de nela atuarem, o que possibilita a transformação social.

O método de ensino baseia-se na relação dialógica, social e igualitária entre os atores da aprendizagem, que se dá através da codificação de uma situação-problema. O que é aprendido não decorre da imposição ou memorização, mas do nível crítico de conhecimento ao qual se chega pelo processo de compreensão, reflexão e crítica. A relação professor-aluno é horizontal, baseada nos critérios de bom relacionamento.

As versões libertadora e libertária têm em comum o antiautoritarismo, a valorização da experiência vivida como base da relação educativa e a ideia de autogestão pedagógica. Em função disso, dão mais valor ao processo de aprendizagem grupal (participação em discussões, assembleias, votações) do que aos conteúdos de ensino. Como decorrência, a prática educativa somente faz sentido numa prática social junto ao povo, razão pela qual preferem as modalidades de educação não formal.

O processo de ensino-aprendizagem parte da observação de um aspecto selecionado da realidade, em seguida os alunos identificam os pontos-chave do problema e passam à teorização do problema, recorrendo aos conhecimentos científicos para entendê-lo não somente em suas manifestações empíricas. Confrontada a realidade com a teorização, o aluno segue naturalmente a formulação das hipóteses de solução, preparando-se para transformar a realidade.

A tendência progressista libertária trabalha os conteúdos que resultam de necessidades e interesses manifestados pelo grupo, podendo ou não ser as matérias de ensino. Ela espera que a escola exerça uma transformação na personalidade dos alunos no sentido libertário e autogestionário.

Luckesi (1996) lembra que há um sentido expressamente político nessa tendência à medida que se afirma o indivíduo como produto do social e que o desenvolvimento individual somente se realiza no coletivo. A autogestão é, assim, o conteúdo e o método; resume tanto o objetivo pedagógico quanto o político.

Os métodos de ensino baseiam-se na vivência grupal e na autogestão. Os alunos têm a liberdade de trabalhar ou não, ficando o interesse pedagógico na dependência de suas necessidades ou das do grupo.

O professor, nessa pedagogia, é um orientador e mistura-se ao grupo na perspectiva de refletirem em conjunto, cabendo ao professor o papel de conselheiro e instrutor-monitor. A motivação está no interesse de crescer dentro do grupo, através do que é vivido, experimentado, incorporado e utilizado em situações novas. Na tendência progressista crítico-social dos conteúdos, são discutidos os temas culturais universais que se constituíram em domínios de conhecimento relativamente autônomos e incorporados pela humanidade, porém permanentemente reavaliados diante da realidade social, partindo do princípio de que “não basta que os conteúdos sejam apenas ensinados, ainda que bem ensinados; é preciso que se liguem, de forma indissociável, à sua significação humana e social” (LUCKESI, 1996, p. 70).

A pedagogia crítico-social dos conteúdos, segundo Libâneo (1991), toma o partido dos interesses majoritários da sociedade e atribui à instrução e ao ensino o papel de proporcionar aos alunos o domínio

de conteúdos científicos, os métodos de estudo e habilidades e hábitos de raciocínio científico, de modo a irem formando a consciência crítica face às realidades sociais, além de capacitá-los a assumirem, no conjunto das lutas, sociais a sua condição de agentes ativos de transformação da sociedade e de si próprios.

Os conteúdos de ensino são extraídos de realidades exteriores ao aluno, as quais devem ser assimiladas e ligadas às realidades sociais e não simplesmente reinventadas, atingindo uma forma de elaboração superior, conseguida pelo próprio aluno, com a intervenção do professor. Como resultado, o aluno vai do saber ao engajamento político, mas não o inverso, sob o risco de chegar a uma pedagogia ideológica.

Luckesi (1996) parte do pressuposto de que a tendência da pedagogia crítico-social dos conteúdos propõe uma síntese superadora das pedagogias tradicional e renovada, valorizando a ação pedagógica enquanto inserida na prática social concreta. Entende a escola como mediação entre o individual e o social, exercendo aí a articulação entre a transmissão dos conteúdos e a assimilação ativa por parte de um aluno concreto (inserido num contexto de relações sociais); dessa articulação, resulta o saber criticamente reelaborado.

Os métodos de ensino dessa tendência devem partir da relação direta entre a experiência do aluno e o saber trazido de fora pelo professor, portanto não devem partir de um saber artificial nem espontâneo.

O trabalho docente relaciona a prática dos alunos com os conteúdos propostos através da introdução de elementos novos de análise, tratando-se, de um lado, de obter o acesso do aluno aos conteúdos, ligando-os com a experiência concreta dele – a continuidade; mas, de outro, de proporcionar elementos de análise crítica que ajudem o aluno a ultrapassar a experiência, os estereótipos, as pressões difusas da ideologia dominante – é a ruptura.

Essa tendência pedagógica postula para o ensino a tarefa de propiciar aos alunos o desenvolvimento de suas capacidades e habilidades intelectuais, mediante a transmissão e a assimilação ativa dos conteúdos.

Por um esforço próprio, o aluno se reconhece nos conteúdos e modelos sociais apresentados pelo professor; logo, aprender, dentro da pedagogia crítico-social dos conteúdos, é desenvolver a capacidade de processar informações e lidar com os estímulos do ambiente, admitindo o princípio da aprendizagem significativa, a qual traz, como passo inicial, verificar o que o aluno já sabe.

É interessante observar que a questão dos métodos se subordina à dos conteúdos: se o objetivo é privilegiar a aquisição do saber, e de um saber vinculado às realidades sociais, é preciso que os métodos favoreçam a correspondência dos conteúdos com os interesses dos alunos, e que estes possam reconhecer nos conteúdos o auxílio ao seu esforço de compreensão da realidade.

O papel da escola pública é contribuir para eliminar a seletividade social, assegurando a difusão dos conhecimentos sistematizados a todos, como condição suficiente para a participação do povo nas lutas sociais, preparando o aluno para o mundo e suas contradições.

Então, como conclui Luckesi (1996), se a escola é parte integrante do todo social, agir dentro dela é também agir no rumo da transformação da sociedade. Se o que define uma pedagogia crítica é a consciência de seus condicionantes histórico-sociais, a função da pedagogia ‘dos conteúdos’ é dar um passo à frente no papel transformador da escola, mas a partir das condições existentes.

A escola deve estar ciente de que não é a única instância educativa, pois há três elementos nesse processo, quais sejam: a matéria, o professor e o aluno. É importante ressaltar que não podemos entender esses elementos de forma linear, mecânica, e sim, perceber o movimento de ida e volta.

Como diz Libâneo (2003), toda aprendizagem precisa ser embasada em um bom relacionamento entre os elementos que participam do processo, ou seja, aluno, professor, colegas de turma: diálogo, colaboração, participação, trabalhos e jogos (brincadeiras) em conjunto ou em grupos, respeito mútuo, entre outros.

O papel do professor nesse processo não é o de guiar e dirigir, mas de criar uma atmosfera de aceitação na qual o aluno possa desenvolver os seus anseios, combinando a autoridade do professor com a liberdade dos alunos. Nessa perspectiva, o professor deve renunciar à hierarquia, favorecendo a cooperação e liberdade de expressão.

Evidentemente, o papel de mediação exercido em torno da análise dos conteúdos exclui a não-diretividade como forma de orientação do trabalho escolar, porque o diálogo adulto-aluno é desigual.

O adulto tem mais experiência acerca das realidades sociais, dispõe de uma formação (ao menos deve dispor) para ensinar, possui conhecimentos e a ele cabe fazer a análise dos conteúdos em confronto com as realidades sociais. A não-diretividade abandona os alunos aos seus próprios desejos, como se eles tivessem uma tendência espontânea a alcançar os objetivos esperados da educação.

Assim, o trabalho docente possui múltiplos aspectos, e sua prática é permeada pela intencionalidade e problematizações complexas, configurando-se num espaço para renovar as estratégias na perspectiva de propiciar a reflexão, desenvolvendo a capacidade de analisar, avaliar, questionar, investigar, divergir, argumentar e experimentar e opondo-se à organização curricular fechada e estanque, a disciplinas conteudísticas, à ênfase nos assuntos técnicos, aulas expositivas, entre outros.

Lima e Cassiani (2000) ressaltam que o pensamento crítico é um tipo de pensamento em que o indivíduo é capaz de exercer outras operações mentais, como a análise, síntese, avaliação, interpretação, aplicação e tomada de decisão, além de reconhecer e memorizar o resultado de processo de pensamentos de outros indivíduos.

Nesse aspecto,

[...] cada professor é único em sua forma de montar estratégias de ensino que terão influência positiva ou negativa na apreensão de conhecimento pelo aluno, [...] e ainda cabe ao professor utilizar todos os recursos disponíveis para facilitar o aprendizado, fazendo com que seus alunos reflitam criticamente e construam seu próprio saber [...]. (ROCHA; SILVA, 2002, p. 3).

Partindo desses pressupostos, Rocha e Silva (2002) trazem que a relação professor-aluno deve ser considerada como ponto-chave num processo em que percebemos pessoas distintas, com experiências distintas, sendo aproximadas com o objetivo de troca de conhecimentos (...). Nesse encontro, seres vivos, seres humanos defrontam-se, comunicam-se e influenciam-se mutuamente. A razão central desse encontro é a aprendizagem do aluno.

As principais repercussões da pedagogia progressista são: aluno ativo e motivado, que formula perguntas sobre aspectos significativos da realidade; desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação e compreensão, interação e cooperação com os membros do grupo.

Essa cooperação acontece também na sala de aula, a qual deve ser um lugar de demonstração de emoção, descontração, afetividade e respeito; que a inovação de métodos de ensino e a pesquisa melhoram a dinâmica da sala de aula; que os espaços físicos onde ocorrem as relações de aprendizagem devem ser locais sujeitos à crítica e que respeitem professores e alunos; que as diferenças individuais devem ser reconhecidas, respeitadas e valorizadas, pois estimulam a construção do conhecimento e, finalmente, que o processo ensino-aprendizagem acontece quando o meio educacional é composto por respeito, diálogo coerente e seriedade de intenções.

Entretanto, o que se percebe no cotidiano das instituições formadoras é o ensino de enfermagem centrado no professor detentor da autonomia do conhecimento com o papel de vigiar e aconselhar os alunos. As aulas são expositivas e com estratégias repetitivas e são repassadas num fluxo unilateral de comunicação.

Isso acontece porque o “ensino atual [século XX] é altamente pragmático e utilitário, com atenção concentrada na aquisição de conhecimentos [...], deixando em segundo plano o desenvolvimento afetivo e emocional do estudante” (SILVA; RUFFINO, 1999, p. 12).

Esse modelo é responsável pela formação de profissionais que dominam os mais variados tipos de tecnologias, mas que são pouco hábeis para lidar com as dimensões subjetivas, sociais e culturais das pessoas, e se mostra cada vez mais distanciado do atual modelo de organização dos serviços de saúde pública de saúde do nosso país (GOMES et al, 2010, p. 182).

O ensino fica restrito à transmissão oral da matéria numa sequência predeterminada e fixa num currículo fechado, no qual os alunos escutam, repetem e decoram para resolver mecanicamente os exercícios e reproduzir tudo nas provas.

Como estratégias de transformação, devemos entender “o currículo não como um ato neutro, isolado do contexto em que a escola e o profissional se inserem, mas como um processo em evolução constante, um compromisso para com a sociedade a qual se destina” (VENDRÚSCULO; MANZOLLI, 1996, p. 7) e também “o conhecimento como algo inacabado e processual, não se pode compreender o ensino como uma sequência de ações padronizadas com finalidade de transmitir informações a respeito de um conteúdo fixo” (STACCIARINI; ESPERIDIÃO, 1999, p. 3).

Os conflitos educacionais da atualidade são identificados na forma como se manifestam no cotidiano escolar, os quais devem ser superados de forma que a prática docente esteja em consonância com as finalidades da escola, possibilitando o maior encontro entre as percepções e visões de alunos e docentes, o que repercute em uma melhor qualidade na formação e atuação de ambos.

Faria e Casagrande (2004) questionam se a formação, atuação e desenvolvimento de professores na enfermagem estão de acordo com as expectativas traçadas para a educação do século XXI, isto é, com espírito e pensamento crítico e reflexivo, para que desenvolvam os saberes e competências essenciais à sua prática docente.

A sociedade vive em constantes, rápidas e profundas transformações, como também movimento e tensão, o que impõe a informação, a comunicação e as novas formas de agir e pensar na educação e no sistema escolar.

Nessa perspectiva, a mudança na lógica da formação dos profissionais de enfermagem, numa perspectiva crítico-reflexiva, é uma exigência frente aos desafios da nova ordem mundial, compreendendo a educação e a saúde como espaços de produção e aplicação de saberes que são destinados ao desenvolvimento humano, de modo a reafirmar compromissos com os pressupostos básicos da cidadania.

Nesse contexto, Sordi e Bagnato (1998), sem ignorar o fato de que toda formação profissional mantém estreita dependência com o mundo do trabalho, acabando por submeter-se, ainda que parcialmente, às exigências do mercado, creem ser fundamental buscar garantir um primeiro componente da dimensão crítica da formação: reconhecer as novas roupagens que o capital assumiu para continuar perpetuando as desigualdades do modelo social que tem servido aos interesses dos mesmos grupos hegemônicos.

Nos tempos atuais, a prática educativa deve propiciar a formação de um trabalhador cidadão, logo deve alterar os projetos pedagógicos que privilegiam a formação de técnicos profissionais, tendo a reflexão como a essência do processo de formação.

Dessa forma, o ensino deve se reorganizar para atender às novas exigências, entendendo que educar pessoas exige uma educação voltada para a liberdade e autonomia e não para o conformismo. Entre as estratégias de reformulação, temos a flexibilização e dinamização curricular e ênfase na formação permanente, afastando-se da racionalidade técnica e de prescrições curriculares.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação, na área da saúde, sinalizam a necessidade de que os processos de mudanças no modelo de formação sejam edificados com base na prática concreta do trabalho em saúde e na reflexão crítica sobre esta prática (GOMES et al, 2010). Os órgãos formadores precisam materializar essa premissa, pois é verdade que há experiências exitosas nesse caminho, mas ainda são pontuais.

O Sistema Único de Saúde (SUS), como grande projeto político em defesa da saúde pública, convida as instituições formadoras a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos (MITRE et al, 2008).

Ceccim e Feuerwerker (2002) afirmam que o ensino em saúde guarda o mandato público de formar segundo as necessidades sociais por saúde da população e do SUS, devendo manter abertura à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e estratégias de mudanças.

São reflexões pertinentes para o ensino em enfermagem que precisam ser alimentadas pelo sentimento de mudança e de sincronia ética entre teoria e prática. Conhecer as tendências pedagógicas possibilita um olhar crítico acerca da organização das instituições formadoras em enfermagem.

## REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

FARIA, J. I. L.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n.5, p. 821-827, set./out. 2004.

GERMANO, J. W. A transformação da questão social e a educação. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 50., 1998, Natal. **Anais...** Natal, 1998.

GOMES, M. P. C. et al. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. **Ciência e Educação**, v. 16, n.1, 2010.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1991.

LIMA, M. A. da C.; CASSIANI, S. H. D. B. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n.1, jan. 2000.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1996.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dez. 2008.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, set./out. 2003.

ROCHA, E. M.; SILVA, M. J. P. da. Mudanças nas relações em sala de aula e sua influência na aprendizagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2002.

SILVA, M. da G.; RUFFINO, M. C. Comportamento docente no ensino de graduação em enfermagem: a percepção dos alunos. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, oct. 1999.

SORDI, M. R. L. de; BAGNATO, M. H. S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, dec. 1998.

STACCIARINI, J. M. R.; ESPERIDIÃO, E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, dec. 1999.

VENDRÚSCULO, D. M. S; MANZOLLI, M. C. O currículo na e da enfermagem: por onde começar e recomeçar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, jan. 1996.

### INTRODUÇÃO

O ensino em saúde tem passado por modificações em suas bases curriculares, de acordo com o momento social, político, econômico e histórico, vivenciado pela sociedade. Após a eclosão da Reforma Sanitária, na década de 1980, o ensino em saúde vem incorporando uma nova performance, na tentativa de atender às necessidades que foram surgindo com essa demanda. O novo modelo de saúde exige uma transformação no pensar e saber/fazer dos sujeitos sociais envolvidos na dinâmica dos serviços de saúde e na formação dos trabalhadores.

Direcionar o processo ensino/aprendizagem ao paradigma emergente em saúde, que visa à promoção, prevenção e reabilitação dos indivíduos em sua coletividade, numa construção contínua e com parcerias envolvidas, torna-se complexo diante da diversidade social e de interesses divergentes que movem o setor. A formação dos vários profissionais da área da saúde ainda está pautada no modelo centrado na doença, fragmentado e especializado, dificultando a compreensão dos determinantes e a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde/doença.

A complexidade do trabalho em saúde vem de encontro à essencialidade de aprimorar a postura profissional, e mesmo acontecendo paulatinamente e em concomitância com o modelo biomédico ainda hegemônico, promoveu e promove avanços na reorganização do ensino e das práticas em saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

Diante desse contexto, o ensino revela uma proposta dinâmica e ousada a partir da compreensão do conceito ampliado de saúde, fortalecido pelos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva de construção de saberes em outros campos que ultrapassam os muros das instituições educacionais. Inserindo-se em outros espaços na busca de romper com a dicotomia existente entre teoria e prática, estimula a integralidade das ações em conjunto com os serviços de saúde e instâncias participativas, como gestão, ensino e conselhos de saúde. Além disso, busca entendimento político, reflexivo e crítico dos atores e cidadãos envolvidos no cotidiano do trabalho em saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

Na enfermagem, cresce a preocupação com as mudanças na formação dos profissionais pertencentes a sua categoria. Esse movimento deu-se por vários acontecimentos. O início dessa



inquietação eclodiu com o Movimento Participação\*, luta travada dentro da profissão como proposta de mudança no intuito de avançar as discussões políticas e sociais no ensino e nas práticas da enfermagem brasileira. Esse fato se fortaleceu com as lutas de redemocratização do país, quando ressurgiu o movimento sanitário, fruto de iniciativas que ocorreram no interior das universidades e organizações sociais, antes da ditadura militar, e que vieram a interferir diretamente na reorientação do ensino para a enfermagem, bem como proporcionar mudanças no sistema de saúde brasileiro.

Com todas as mudanças que permeiam o campo da saúde, outro fator que instigou a redefinição e redirecionamento dos projetos pedagógicos adotados pelas escolas de formação profissional em saúde foi a criação das novas Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN). A reformulação pedagógica no que concerne ao direcionamento de propostas e projetos curriculares dos cursos em saúde almeja seguir os ensejos institucionais do sistema de saúde adotado por e após a Reforma Sanitária, além das discussões e necessidades inerentes a cada profissão.

Mesmo diante dessa realidade, muitos são os entraves para transformar as práticas de ensino e saúde. A integralidade como um dos pilares de sustentação do SUS possui uma enorme dificuldade de sair do papel, por envolver pensamento, saberes e práticas no ensino, na gestão, no controle social e na atuação profissional.

A integralidade será, assim, um dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde, pautados num dialogismo que demanda embate de múltiplas vozes, constituindo efeitos de polifonia quando essas vozes se deixam escutar. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21-22).

Dessa forma, fazer a integralidade a partir dessa discussão é construir ações em saúde de forma horizontal, uma vez que os saberes serão contribuições vindas de todos os sujeitos envolvidos, transformando conhecimentos em ramificações dialógicas e permeáveis às alteridades inerentes de cada contexto. Essa compreensão possibilitará uma construção coletiva para além da reforma de pensamentos e fazeres em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Partindo dessa realidade, temos o objetivo de estimular reflexões sobre o ensino em saúde mais especificamente da enfermagem, compreendendo a necessidade de transformação deste para fortalecimento do SUS. Um dos mecanismos discutidos referencia a integralidade como ponto de partida e também de continuidade das ações em saúde, na perspectiva do pacto pela vida e do exercício pleno da cidadania. Possibilita, ainda, maior conhecimento da temática em questão como alicerce para concretização do acesso aos serviços de saúde mais equânime e solidário, a partir de uma construção

---

\* Movimento participação é um fenômeno social e político que aparece na enfermagem brasileira na década de 1980 a partir da ação coletiva de uma parcela de enfermeiros que articulam suas lutas internas com as de outros profissionais e com os movimentos sociais dirigidos aos objetivos do projeto de transformação social. É também um projeto de reforma para a enfermagem brasileira e para sua prática nos serviços de saúde nas escolas e entidades da categoria, que buscam desenvolvimento técnico e político da profissão, enquanto trabalho e como um serviço.

coletiva, bem como de provocar na enfermagem a necessidade de atuar como protagonista na transformação de suas práticas a partir do ensino.

## **INFLUÊNCIAS PARADIGMÁTICAS NAS PRÁTICAS DO ENSINO EM SAÚDE**

As transformações que vêm ocorrendo na sociedade pós-moderna estão influenciando diretamente vários campos de saberes, inclusive o educacional. Nos dias atuais, elas acontecem de maneira efêmera, exigindo de nós sensibilidade na percepção dessas transformações e capacidade de nos inserirmos nos espaços dinâmicos da vida social. As mudanças no ensino em saúde, especificamente, eclodem quando emerge o paradigma sanitário, acontecimento responsável pela transformação e reorganização estrutural do modelo assistencial em saúde até então adotado por nosso país.

Outro fator que instigou um novo olhar na organização e planejamento pedagógico da saúde foi a aprovação das diretrizes curriculares nacionais em 2001, que defendem a importância da formação profissional em saúde no intuito de contemplar o sistema de saúde atual, almejando o fortalecimento do trabalho em equipe e pautado na compreensão da atenção integral à saúde. (BRASIL, 2001; CECCIM, FEUERWERKER, 2004). As diretrizes curriculares voltadas aos cursos de graduação em saúde sugerem mudanças no ensino, e isso vem acarretando uma reformulação de algumas profissões no que concerne à construção de seus projetos pedagógicos, na perspectiva de redirecionar a formação profissional a partir dos preceitos do SUS. Antes de dar início a essa discussão, é necessário compreendermos as modificações que influenciaram o ensino em saúde.

No período marcado pelo modelo médico-assistencial, a formação era voltada para a fragmentação do trabalho, especialização profissional, visando à atenção individual e curativa, centrada apenas no aspecto biológico do ser. Esse modelo chamado “flexneriano” foi importado de escolas americanas, as quais muito valorizavam a doença e suas causas meramente biológicas, fazendo analogia do homem a uma máquina previsível e domesticada, organizando, assim, a produção dos serviços e o ensino em saúde para atender suas demandas. (SILVA; SENA, 2004; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; COSTA, 2008).

O estopim da mudança deu-se diante das crises financeiras que assolavam o nosso país, atingindo diretamente as políticas de saúde, bem como a fragilidade do modelo em solucionar problemas complexos e a própria conjuntura econômica e política vivenciada nas décadas de 1970 e 1980. Em consonância a esse contexto, somava-se à grande insatisfação da população com os serviços de saúde existentes, principalmente pela exclusão presente no acesso a estes, que só prestavam assistência aos que contribuíssem com a previdência, ou seja, aos trabalhadores formais.

Esse conjunto de fatores resultou na formação e fortalecimento do movimento sanitário, episódio resultante da primeira grande participação popular em decisões políticas no setor saúde, vivenciadas na sociedade brasileira. Teve seu marco com o acontecimento da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, uma das mais significativas ações que emergiu, trazendo à tona a preocupante necessidade de

mudança nas políticas de saúde brasileiras, que já estavam sendo discutidas também em outros cenários. Desse acontecimento, brota a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), institucionalizado pela Constituição de 1988, que defende a saúde como direito de todos os cidadãos e dever das instâncias governamentais (federal, estadual e municipal) (SILVA; SENA, 2004; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

O SUS, como novo sistema organizacional, encontra-se ancorado em princípios e diretrizes e, entre esses pilares, estão a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular. Outra nuance trazida pelas discussões do movimento sanitário foi a ampliação do conceito de saúde, que começa a compreender e discutir a doença como resultante dos complexos determinantes sociais embutidos no processo saúde/doença dos indivíduos e da coletividade. Diante dessa realidade, os modos de produção e reprodução social dos indivíduos interferem diretamente nas suas formas de viver/adoecer e morrer (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

Procurando avançar na compreensão de saúde, bem como na defesa da promoção, prevenção e reabilitação/recuperação dos indivíduos no coletivo, o SUS cria mecanismos de apoio para efetivação da atenção à saúde, pautada na qualidade de vida. Um desses mecanismos envolve justamente a formação dos trabalhadores em saúde, visto que fica difícil transformar as práticas se o ensino em saúde continuar privilegiando ações curativas, individuais e centradas no corpo doente, isolando o homem do seu contexto social.

A formação do profissional de saúde almeja extrapolar as competências técnico-científicas, pois apenas o domínio do saber/fazer não é mais suficiente, porque se torna essencial refletir constantemente sobre sua prática. Assim, o papel da escola não é dar receitas prontas e acabadas para o aluno, mas estimular-lhe a capacidade de criação/recriação de instrumentos/estratégias capazes de atender às necessidades do coletivo em sua totalidade e complexidade. É pertinente então, a junção dos saberes técnico-científicos, políticos, éticos, estéticos, imbuídos de subjetividade no processo de trabalho em saúde, para que nenhum deles se sobreponha, mas que se complementem e mantenham relações de interação de forma dinâmica e contínua (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; COSTA, 2008).

Nesse intuito, o ensino em saúde, pautado na integralidade, visa não apenas a reorientar as práticas de saúde em consonância com o SUS, mas tem como objetivo, também, fortalecer o papel da educação como espaço de construção de saberes que venham atender às necessidades sociais. Uma escola formadora de profissionais comprometidos, solidários e éticos, na busca do exercício de sua cidadania plena e competente, ao mesmo tempo respeitando o outro em sua alteridade e importância na convivência coletiva.

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE AS NOVAS DIRETRIZES PARA O ENSINO SUPERIOR**

As novas diretrizes curriculares do ensino superior são resultantes de um longo debate travado junto à Secretaria de Ensino Superior do Ministério de Educação e Cultura (SESU/MEC), comunidade acadêmica e Fórum Nacional de Pró-reitores de Graduação (FordGrad). Esse debate, que culminou com a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação em saúde, entre eles a enfermagem, revelou grandes tensões e disputas acerca da identidade epistemológica dessas profissões enquanto área de formação e de intervenção acadêmico/profissional (BRASIL, 2001).

Para compreendermos a importância do impacto na aprovação das novas diretrizes do ensino superior, precisamos, antes de tudo, entender algumas metas e objetivos que norteiam esse processo, entre os quais podemos destacar: proporcionar mais autonomia às Instituições de Ensino Superior (IES) no que se refere à construção dos seus projetos pedagógicos; sugerir uma carga horária mínima, que permita a otimização do tempo disponível ao aluno; aproveitar os conteúdos ministrados buscando integrar a oferta de cursos sequenciais, previstos no inciso I do artigo 44 da Lei de Diretrizes e Bases Educacionais (LDB); estimular orientações para outras atividades, como as de estágio e demais atividades que integrem o saber acadêmico em outros espaços que ultrapassem o espaço da academia; buscar o auxílio constante na avaliação dos projetos pedagógicos adotados pela comunidade acadêmica (BRASIL, 2001; CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

As diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em saúde foram aprovadas em 2001, na tentativa de firmar o compromisso de uma formação profissional com objetivo de fortalecer o SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral em saúde (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006).

Essas diretrizes excluíram a utilização de um currículo mínimo, ampliando a responsabilidade dos cursos de graduação, em assegurar atualização e reavaliação contínua dos projetos pedagógicos adotados na perspectiva de acompanhar as mudanças frequentes e aceleradas que estão ocorrendo na sociedade contemporânea.

Nesse aspecto, precisamos compreender que a formação do profissional de saúde para a sociedade está diretamente vinculada a quatro pilares que se entrelaçam: “aprender a conhecer; aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser”. (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006). Isso implica papel fundamental da academia mediante a construção de saberes alicerçados nesses quatro pilares, devendo conduzir o discente a instrumentos de autonomia na sua atuação técnico-científica e política, discernimento para oferecer uma atenção baseada no princípio da integralidade e humanização na prestação de serviços. Esta premissa se materializa na conquista da integralidade na atenção em saúde, e um dos principais pontos de encontro que precisa ser atingido concerne em abraçar as diretrizes constitucionais do SUS como determinantes na formação das políticas de saúde e, conseqüentemente, na reorientação do ensino para os futuros trabalhadores dessa esfera (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

## **MUDANÇAS NO PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM**

Não obstante a essa realidade, a enfermagem, como profissão de saúde, vem, no decorrer dos anos, reorganizando suas práticas pedagógicas na tentativa de acompanhar as necessidades surgidas sobre forte influência dos paradigmas vivenciados no cenário das políticas de saúde e de educação. Essas mudanças não acontecem de forma isolada; são, no entanto, determinadas historicamente e influenciadas pela conjuntura política e econômica vigente.

Diante disso, torna-se importante fazermos breves considerações sobre o processo histórico do ensino de enfermagem antes de analisarmos a realidade atual. Em 1923, ocorre a sistematização do ensino da enfermagem, com a criação da sua primeira escola, denominada atualmente de escola Ana Neri. Essa escola tinha como objetivo formar trabalhadoras, profissão eminentemente feminina nesse contexto, que influenciassem positivamente no modelo campanhista/sanitarista vivenciado pelo país. O foco econômico era voltado à exportação do café, visto que as ações de saúde buscavam, de maneira verticalizada e autoritária, o controle das doenças que assolavam os portos bem como o saneamento destes. O princípio do modelo campanhista estava na manutenção da ordem, afastando os males epidêmicos à luz dos portos, principal espaço de impacto econômico vivenciado, naquela época, pelo nosso país (GERMANO, 1993; COSTA, 2008).

Nessa situação, o ensino de enfermagem, embora em seus currículos possuísem disciplinas direcionadas à saúde pública, o desenrolar do curso se dava diretamente no ambiente hospitalar, mesmo porque a escola fora construída e fixada dentro desse espaço sob forte influência das escolas de enfermagem americanas (GERMANO, 1993; COSTA, 2008). É notória a ligação dos currículos criados pelas escolas de enfermagem com as influências socioeconômicas vividas pela conjuntura social e política da época. Dessa forma, a enfermagem vem orientando seu ensino de acordo com as demandas que surgem na sociedade brasileira.

Com a crescente urbanização e industrialização, a economia do país passa a ser gerenciada pelo capital e, ao mesmo tempo, entra em crise o foco do modelo econômico agroexportador. Os portos já não são cenários importantes para economia e, conseqüentemente, para intervenções em saúde. A preocupação agora está no corpo humano, ativo e produtivo, alimentando, assim, as atividades de produção de bens e serviços do setor industrial. Nesse período, o modelo de saúde campanhista cede lugar para o assistencial/privatista, pautado na assistência individual, curativa e hospitalocêntrica. (COSTA, 2008).

Com esses bastidores, o cenário do ensino de enfermagem muda completamente seu direcionamento, em 1962; passa a oferecer disciplinas de saúde pública ora como optativa, ora como complementação. Os pilares do ensino elegem a importância das disciplinas clínicas assistenciais de cunho biologicista, com forte tendência à divisão técnica da mão de obra em saúde, da crescente necessidade de fragmentação do saber, hierarquização na equipe e estímulo à superespecialização dos profissionais (GERMANO, 1993; COSTA, 2008).

Devido a essas características adotadas pelo ensino, que dominaram por muito tempo o espaço das práticas de saúde brasileiras, assistimos aos percalços da junção de competências, de humanização na

atenção em saúde e da compreensão do conceito ampliado de saúde como um processo que extrapola o aspecto biológico. Dessa forma, é fácil compreender que o ensino na enfermagem se institucionaliza à margem do saber médico, com fragmentação técnica dentro da própria categoria, fortalecendo a dicotomia entre público e privado, teoria e prática e, principalmente, do pensar e fazer dentro da profissão.

Essa realidade se contrapõe à nova discussão travada pela integralidade do ensino em saúde, que emerge no setor em decorrência dos movimentos de redemocratização do país, dos fóruns de debates frente à Reforma Sanitária bem como das reorientações das diretrizes curriculares brasileiras para o ensino em saúde.

Dando continuidade às transformações do ensino na enfermagem, com o novo paradigma sanitário e todos os outros fatores que desencadearam essas mudanças, percebemos que as novas discussões direcionadas ao processo ensino/aprendizagem na saúde passam a ser pautas de debates e seminários. O marco principal foi a realização da IX Conferência Nacional de Saúde (9ª CNS), ocorrida no ano de 1990, que solicitou a revisão de currículos dos cursos da área, com a finalidade de propor uma formação mais integral e comprometida com a sociedade (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; COSTA, 2008).

Essas discussões, aliadas à própria necessidade da enfermagem em reconfigurar suas diretrizes curriculares, na década de 1980, através de encontros organizados dentro da categoria, resultaram em debates, em que a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) teve papel primordial. A ABEn vem promovendo importantes seminários para a discussão do ensino na enfermagem, na tentativa da reformulação curricular, principalmente na busca de uma formação menos fragmentada, com ênfase no papel crítico/reflexivo e político do trabalhador da enfermagem. Essa luta se materializa com a aprovação de um documento que redefine parâmetros e diretrizes na formação do enfermeiro, em 1992. As demandas do novo currículo devem contemplar práticas voltadas ao conhecimento do perfil epidemiológico da população, na perspectiva de atender aos princípios e diretrizes do SUS, visando a uma atenção à saúde mais equânime e integral (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; COSTA, 2008).

O desafio da formação do enfermeiro frente à integralidade perpassa a adoção do ideário do projeto pedagógico voltado para esse pilar e adentra a necessidade de estimular a participação dos serviços como espaço de aprendizagem e convivência contínuo, na tentativa de despertar para a dinâmica que envolve as práticas de saúde. Além de requerer uma nova postura dos atores envolvidos nesse processo, abre a mente para um processo ensino/aprendizagem problematizador, dialógico e coletivo.

## **DESAFIOS PARA O ENSINO DA ENFERMAGEM**

Compreendendo a enfermagem como prática social, inserida no contexto de saúde, percebemos a necessidade de alavancar a bandeira do ensino pautada nos princípios e diretrizes do SUS. É notória a reorganização do processo de trabalho em saúde/enfermagem a partir de práticas cuidadoras. Práticas que

se façam presentes no cotidiano dos serviços de saúde, tanto dentro dos serviços da atenção básica e nos serviços hospitalares, quanto na sua inserção em outros espaços como domicílios, escolas entre outros.

A enfermagem, conhecida como profissão do cuidado, deve enveredar pelos caminhos de um novo olhar, que possibilite novas práticas com o intuito de envolver o outro, estimulando o diálogo, a coparticipação e sensibilização, tanto nos cuidadores como nos seres cuidados. A formação dos trabalhadores de enfermagem tem papel essencial no estímulo de um novo saber/fazer saúde. Sendo assim, precisamos continuar avançando e participando de fóruns de debates que avaliem o processo ensino/aprendizagem superior e técnico dessa profissão.

O novo percurso pedagógico para os cursos da área de saúde revela a importância da interdisciplinaridade, integralidade e intersetorialidade do trabalho em saúde. Partindo do pressuposto de que esse trabalho é composto por diferentes profissionais, além de contemplar a inserção da comunidade e de outros setores que envolvem a organização social, é necessária a constante avaliação das ações em saúde. Precisamos entender que somos todos protagonistas dessa história, ou seja, somos partes essenciais e responsáveis para o bom andamento dos serviços de saúde que influenciarão diretamente na qualidade de vida da população. Isso implica, de imediato, a transformação do ensino em todos os cursos do cenário em saúde, bem como na desmistificação do ambiente hospitalar como único centro de apoio aos estudos/pesquisas em saúde para os estudantes e docentes (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006; COSTA, 2008).

É necessário ampliarmos os campos de saberes para os serviços da atenção básica, para os espaços de participação social, como conselhos de saúde, associação de moradores, e a inserção desses estudantes também na gestão, para conhecer os entraves e possibilidades de construção de um SUS cada vez mais próximo do desejável (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, 2006). Instrumentalizarmos apenas as competências técnicas na enfermagem não é mais o suficiente para atender à dinâmica e complexidade que permeiam a saúde, tampouco avançar em direção ao acesso aos serviços de saúde menos desiguais e de boa qualidade. Como reforça Saupe (2006), os cursos na área da saúde precisam oferecer experiências/vivências interdisciplinares de cuidado e educação em saúde, para que os estudantes incorporem a necessidade de conhecer a realidade e, de forma consciente e crítica, atuem sobre a mesma.

Diante disso, somos conhecedores das inúmeras dificuldades que permeiam o processo do ensino em saúde e, particularmente, da enfermagem, mas não podemos descartar as positivas experiências de cursos/faculdades que têm redirecionado a formação dos profissionais de saúde na busca de um novo cenário para o SUS, incentivando a aprendizagem pela convivência com o cotidiano do trabalho em saúde e suas particularidades. Essas implicações exigem do profissional de enfermagem habilidades e competências não apenas no saber/fazer saúde, mas, principalmente, implicam o exercício do seu compromisso cidadão/humano com a sociedade e com o próprio sistema de saúde brasileiro.

Entretanto, as mudanças necessárias precisam ser fortalecidas com maior articulação entre os copartícipes do processo, envolvendo universidades/escolas, serviços de saúde, gestão e participação

popular para conseguirmos chegar, de fato, à transformação do processo de trabalho, trazendo alterações significativas nas ações/práticas de saúde voltadas para a população em geral.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino na enfermagem, tendo como eixo norteador o princípio da integralidade, permite-nos elucidar a importância de romper com o modelo hegemônico em saúde, pautado na atenção curativa e individual, que dá ênfase à formação técnica em detrimento de uma educação dialógica e construída coletivamente. Nesse intuito, esse estudo não tem a pretensão de esgotar as reflexões que envolvem os desafios encontrados e que ainda estão por vir, todavia almeja instigar novas inquietações e questionamentos diante da realidade ainda assistidas nas IES e nos serviços de saúde.

Essas discussões, travadas no âmbito da educação para enfermagem, dá-nos a oportunidade de conhecer a preocupação constante que essa profissão tem na reorientação do ensino, estimulando uma atuação profissional consciente, crítica e reflexiva, direcionada ao paradigma adotado pelo SUS, despertando-nos o desejo de enfrentar dificuldades que surgirão no percurso, na busca por práticas de saúde mais solitárias e capazes de interferirem, de forma positiva, na consolidação de um sistema de saúde mais equânime e de qualidade.

Portanto, é nosso papel convocarmos todos a refletirem sobre a pertinência em manter as discussões acerca de um novo saber/fazer saúde, na perspectiva de ter a educação como espaço dinâmico de transformação comprometida com o bem-estar social, ultrapassando o aspecto mercadológico simplesmente. Nesse sentido, fica implícito o desejo de abraçar a luta política, ideológica e ética pela transformação e a otimização das práticas de saúde/enfermagem, na tentativa de atender às necessidades de saúde de população.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer N°: CNE/CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=258&Itemid=306](http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com_content&task=view&id=258&Itemid=306) > Acesso em: 10 dez. 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

COSTA, L. M. e. **A aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem**. 2008. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2008.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993b.



PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ:CEPESQ:ABRASCO, 2006. p.13-35.

SAUPE, R.; BUDO, M. L.D. Pedagogia interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 326-333, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a17v15n2.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2009

SILVA, K.L; SENA, R.R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.4, jul./ago. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672006000400003&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672006000400003&script=sci_arttext&tlng=e)> Acesso em: 12 nov. 2008.

# INTEGRALIDADE EM SAÚDE: DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA NO SÉCULO XXI

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

Lucidio Clebeson de Oliveira

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

Amélia Carolina Lopes Fernandes

## INTRODUÇÃO

A integralidade, nos últimos anos, vem sendo tema de discussão em vários campos do conhecimento. Tal debate reafirma a sua perspectiva polissêmica, que orienta a organização das práticas voltadas para o cotidiano dos serviços, para os processos de trabalho em saúde e para os processos formativos.

Como afirma Mattos (2001), existe um conjunto de sentidos que, no campo da saúde, se expressa em muitos possíveis sentidos, convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e objetivação dos sujeitos. De acordo com Mattos (2004a), esses sentidos designam um aspecto desejável nas práticas de saúde, nas formas de organizar os serviços ou mesmo nas respostas governamentais dadas a certos problemas de saúde, convergindo para atributos das práticas dos profissionais de saúde; para aspectos relativos à organização dos serviços; e para políticas públicas que respondam às necessidades e aos problemas de saúde.

Esta compreensão implica repensar as maneiras como se estruturam, organizam e operam os processos de formação dos profissionais do setor de saúde, bem como ocorrem as estratégias de mudanças desenvolvidas nos diferentes cursos da área, as quais envolvem, dentre outras possibilidades, modificações de conteúdos, de práticas pedagógicas e cenários de aprendizagem. Estas permitem avançar em direção a uma concepção de trabalho mais parceiro entre os setores envolvidos nesses processos, desde a esfera da gestão à participação e controle social (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; HORTALE, 2004; MACHADO et al, 2007).

Dessa forma, as questões socioculturais e os problemas cotidianos das práticas profissionais precisam ser contemplados como elementos centrais do trabalho curricular, traduzindo concepções políticas e filosóficas que estarão orientando aquele processo de formação em seu conjunto. A produção do cuidado se mostra como possibilidade de interação profunda, ética e dialógica entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, e o cotidiano dos serviços de saúde é o espaço de confronto dos desafios dessa produção, na medida em que exigem mediações entre estudantes, docentes, profissionais, gestores e comunidade (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR., 2003; MATTOS, 2004b).

O presente artigo visa, portanto, a refletir sobre a integralidade do cuidado e suas implicações para o processo de formação em saúde/enfermagem, por ser um importante eixo a ser percorrido em busca de

uma atenção mais digna, equânime, ética e democrática. Um cuidado que, em sua integralidade, possibilita relações entre sujeitos que cuidam e são cuidados, ensinam e aprendem, gerenciam e executam num permanente fazer, refazer, pensar e repensar coletivo e participante. Mattos (2004b, p. 1414) afirma que “defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre subjetivas, nas quais os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos e não com objetos”, sendo necessário para estas práticas uma relação dialética e dialógica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, reflexiva a qual utilizou fontes escritas sob a forma de livros, periódicos impressos e on-line, obtidos em acervos institucionais e particulares, bem como em acesso a bancos de dados como MedStudents – MEDLINE, Scientific Electronic Library Online – SCIELO, Biblioteca Virtual em saúde – BVS, entre outros. A pesquisa oportunizou a construção de parte de revisão teórica de dissertação de mestrado, como também da elaboração de conferências realizadas por ocasião da 60ª Semana Brasileira de Enfermagem 2008. Espera-se, ainda, contribuir para a discussão sobre o tema em nível local e nacional.

## **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE**

O sentido da integralidade relaciona-se com um movimento que ficou conhecido como medicina integral, surgido nos EUA, a partir da contestação do modelo biomédico o qual tendia a recortar analiticamente os pacientes, atentando apenas para o funcionamento do sistema ou aparelho sendo, sobretudo, reducionista. A formação dos profissionais, segundo esse modelo, ressaltava as condições estritamente biológicas, em detrimento das considerações psicológicas e sociais (MATTOS, 2001).

Os modelos hegemônicos de formação e atenção, determinados pela ênfase ao tecnicismo, as especialidades e a cura das doenças, fortalecem o processo de medicalização da sociedade e consolidam o complexo médico-farmacêutico industrial, principalmente, a partir da segunda metade do século XX.

A fragmentação em especialidades transforma o homem em pedaços orgânicos, descaracterizando-o enquanto ser social e histórico, que, estudado e tratado parceladamente, o reduz a um amontoado de objetos de trabalho em saúde, passíveis, como qualquer outro objeto, ao estabelecimento de um valor de uso e de um valor social e, enquanto tal, aos meios de consumo e obtenção de lucro (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Condicionada fortemente pelas diretrizes do modelo acima, a educação médica/enfermagem, enfatiza a visão mecanicista do homem, compreendido como uma máquina que pode sofrer reparos a partir do conhecimento do seu funcionamento e das partes que a compõe (KOIFMAN, 2006). Embora originada de uma metáfora concebida no Renascimento, é ela quem revoluciona e dá base ao

desenvolvimento científico cartesiano, que se instala fortemente no campo da Biologia e até hoje exerce hegemonia na medicina ocidental.

A chamada racionalidade humana, pragmática e traduzida pela adoção da monocultura científica, imprime suas marcas indeléveis, gerando a cisão de saberes, e a própria cisão do homem. Segundo Pinheiro e Luz (2003), de acordo com esta racionalidade moderna que se confunde com a racionalidade científica, o ser humano é dividido em partes, sendo a razão hierarquicamente superior, separada das paixões, dos sentimentos e dos sentidos, progressivamente, consideradas apenas parte que são vistas como peças fragmentáveis.

Sabemos que a nossa formação nos ensina a deslocar os objetos de seu contexto, separar as disciplinas uma das outras, unificar o que é múltiplo, simplificar o complexo e eliminar o que é incerto ou contraditório, ocasionando o aparecimento de relações inumanas, deterministas, formalistas e quantitativas que dissolvem tudo o que subjetivo, livre, afetivo e criador (MATTOS, 2001).

Juntamente com o cientificismo e a tecnoburocracia, o modelo de formação até hoje praticados, constituem as grandes contradições do processo de mudança almejada, pois, se por um lado, o desenvolvimento tecnológico favorece a elucidação de complexos quadros mórbidos e oportuniza de forma cada vez mais competente a cura, por outro, dificulta o acesso, discrimina e distancia os profissionais do usuário e distorce a formação, pela perda da dimensão totalizadora do homem e da sociedade.

Os adeptos do movimento integral fizeram críticas veementes às atitudes reducionistas e fragmentárias que, durante muito tempo, foram produzidas nas escolas de formação de profissionais de saúde, através de um currículo que privilegiava a atuação nos laboratórios e nas instituições hospitalares.

No Brasil, as críticas direcionadas a essa concepção de mundo e os movimentos em prol de um novo modelo de atenção à saúde, desencadeados nas décadas de 1970 e 1980, favoreceram a associação da medicina integral à medicina preventiva, propiciando uma renovação teórica no modo de conceber saúde enquanto campo de relações sociais, além de reformas curriculares de escolas médicas que pudessem formar profissionais capazes de apreender os pacientes e suas necessidades de modo mais integral (MATTOS, 2001, p. 44-45).

Albuquerque e Stotz (2004) colocam que o conceito de integralidade é relativamente novo na saúde brasileira, uma vez que este emana do Movimento de Reforma Sanitária e se concretizou com a Constituição Federal de 1988, estando presente nos textos de antigos programas como o Programa de Assistência Integral da Mulher – PAISM e das Ações Integradas de Saúde (AIS) – consideradas um dos primeiros movimentos concretos em busca da promoção e prevenção da assistência. Os autores partem da análise do tema educação em saúde nos serviços e da formação profissional, refletindo sobre a ação dialética de ensino e aprendizagem que envolve os copartícipes do processo de construção da saúde.

## **A PRÁTICA PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE**

A integralidade, em relação à prática profissional, deve se contrapor à abordagem fragmentária e reducionista de encarar os indivíduos. De acordo com esse modelo, os sujeitos não se reduzem a uma patologia ou lesão que lhes causam sofrimento nem a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas. Eles devem ser apreendidos como sujeitos portadores de sonhos, desejos, sentimentos e aspirações e não como se fossem apenas portadores de doenças. Pois como afirma Restrepo (1998, p. 18), devemos estar cada vez mais dispostos

a reconhecer que o tipicamente humano, o genuinamente formativo, não é a operação fria da inteligência binária, pois as máquinas sabem dizer melhor que nós que dois mais dois são quatro. O que nos caracteriza e diferencia da inteligência artificial é a capacidade de emocionar-nos, de reconstruir o mundo e o conhecimento a partir dos laços afetivos que nos impactam.

A não formação profissional, em consonância com o Sistema Único de Saúde – SUS, apresenta-se como uma limitação ao processo de implantação do mesmo. Machado et al (2007) colocam que a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde tem como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva; a qualidade de vida (biologia) do andar da vida (produção subjetiva); não fragmentar os grupos de trabalhadores; e não perder o conceito de atenção integral à saúde e realizar o trabalho educativo junto a população, aceitando que há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo de atenção integral à saúde.

Alves (2004, p. 43), em relação à assimilação da integralidade na prática profissional, coloca que,

integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, e reconhecer nele um sujeito, um semelhante a mim mesmo; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade em prol da reorientação do modelo assistencial. Esta assimilação deve se processar cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde, 'locus' de exercício de racionalidade, sejam estas de manutenção do modelo assistencial vigente e hegemônico – marcadamente reducionista, biologicista, individualista, centrado na doença e orientado para a cura – ou de construção de um novo modelo assistencial – integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população.

Orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e participação social, e, pelo estabelecimento de bases educacionais centradas na autonomia, na flexibilização e na interdisciplinaridade, o modelo de saúde em construção propicia os alicerces para a construção de um projeto político educacional, com vistas a superar o modelo flexneriano de formação, o que vem sendo arduamente perseguido por alguns cursos da área da saúde nos últimos vinte anos.

Ceccim e Feuerwerker (2004), corroborando os autores anteriormente citados, afirmam que seriam necessárias, além das mudanças na organização dos serviços, mudanças na formação profissional que viabilizassem a integralidade na atenção à saúde, ampliando e desenvolvendo uma dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde e possibilitando que estes profissionais se tornem mais responsáveis

pelos resultados das ações e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicionais.

Particularmente, a enfermagem tem se apresentado à frente desse processo, acumulando experiências e produções teóricas sobre o tema, bem como vivenciando projetos inovadores na formação do enfermeiro e nos demais níveis de ensino. Estes níveis extrapolam a concepção pedagógica tradicional, pela vivência de situações de aprendizagem multidisciplinar, as quais favorecem o exercício de uma nova prática baseada na integralidade, a qual assume dois eixos básicos: de um lado, tratava-se de modificar radicalmente a concepção do que era básico, quer pela introdução de outros conhecimentos relativos ao adoecimento e à relação médico paciente, bem como relativos à sociedade e aos contextos culturais, quer pela valorização da integração desses conhecimentos básicos na prática médica. De outro, tratava-se de enfatizar o ensino nos ambulatorios e nas comunidades, lugares que, ao contrário das enfermarias, permitem mais facilmente o exercício da apreensão do contexto de vida dos pacientes. E lugares que, quando comparados a um hospital de clínicas, talvez sejam menos plasmados pelos recortes das especialidades (HENRIQUES; ACIOLI, 2004).

Todavia, tais iniciativas ainda se apresentam iniciais e insuficientes, se levarmos em conta as rupturas e distanciamentos ocorridos entre o ser que é cuidado e o ser cuidador. Pois a acumulação histórica do conhecimento em saúde baseia-se na lógica binária de “causa e efeito”; no pensamento linear e no padrão excludente traduzido pela expressão “ou / ou”.

O que ainda se observa fortemente nas faculdades e escolas é a preocupação com a instrução formal/conteudista, o adestramento para o consumo de tecnologias e o treinamento para o uso de equipamentos e materiais de ponta, que distancia o profissional do usuário e compromete cada vez mais o diálogo entre quem cuida e quem é cuidado. Também persiste o preparo profissional para o domínio da tecnociência, em detrimento da prática, das interações, dos sentimentos, das emoções e das relações entre as pessoas.

Dessa forma, a integralidade teria a ver com uma atitude profissional que seria desejável, que não reduzisse o paciente à sua patologia, ao aparelho ou ao sistema fisiológico que estaria produzindo o sofrimento, mas uma atitude para uma boa prática, na qual o profissional da saúde agiria de forma integral e aproveitasse o encontro com o outro para apreciar fatores de risco de outras doenças que não as envolvidas no sofrimento concreto daquele paciente e/ou investigar a presença de doenças que ainda não se expressaram em sofrimento (MATTOS, 2001). Na perspectiva integral, o profissional deve ter um olhar mais atento e totalizante do sujeito e ser capaz de compreender as suas necessidades. A abordagem não deve se restringir à assistência curativa, mas também à articulação das ações assistenciais e das ações preventivas.

Mattos (2004b) diz que é preciso defender a integralidade, pois defendê-la seria, antes de tudo, defender que as práticas em saúde sejam sempre intersubjetivas, nas quais os profissionais de saúde procurem estabelecer uma relação com sujeitos e não com objetos. É preciso manter uma prática de conversação que possa ampliar os conhecimentos, no contexto de cada encontro, a respeito das

necessidades do sujeito com o qual se mantem um relacionamento, para reconhecer amplamente o conjunto de ações que poderão ser postas em prática (como por exemplo, ações de aconselhamento e práticas de educação em saúde) para responder às necessidades que são apreendidas.

Sendo assim entendidos, os projetos terapêuticos não são simplesmente as aplicações dos conhecimentos que os profissionais detêm sobre a doença. Numa perspectiva integral, os projetos terapêuticos surgem do diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. Para a existência desse diálogo, é preciso compreender o contexto específico dos diferentes encontros. Para haver o entendimento, a compreensão, é preciso que o profissional reconheça a necessidade trazida pelo outro a partir de seus sentimentos, seus desejos, suas aspirações, seus medos e seu sofrimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mesmo não sendo uma tarefa fácil, é preciso considerar que a integralidade não é uma utopia, como muitos acreditam. A transição para este modelo pode demorar a acontecer e pode até ser que nunca aconteça, mas é preciso manter a esperança, é preciso transformar e apoiar propostas que já concretizaram essa aparente utopia, tais como: a proposta de acolhimento, na qual nenhuma pessoa deve sair de um serviço de saúde sem alguma resposta concreta desse serviço; as teses que enfatizam a necessidade de uma escuta atenta por parte de todos os profissionais que atuam nos serviços; a ideia de clínica ampliada; o enfoque no cuidar, dentre outros.

O primeiro deles é formar o enfermeiro com competências que o qualifique a compreender e trabalhar o conceito ampliado de saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado, relacionando-o ao acesso aos bens e serviços essenciais, aos condicionantes dos níveis de vida e saúde da população e sendo a expressão da organização social e econômica do país. Para tanto, chamamos a atenção não só para as competências legalmente estabelecidas para a formação do enfermeiro, mas também, primordialmente, para o desenvolvimento de uma competência solidária (ASSMANN; MO SUNG, 2000) traduzida como o ingrediente ético-político na busca de soluções estruturantes e sustentáveis para os complexos problemas de saúde. A Educação em saúde deve ampliar a ação para além da visão técnica, quantitativa, burocrática e funcional, insuficientes a compreensão da complexidade humana.

Implica a compreensão do educador enquanto sujeito social responsável pela “formação” de outros sujeitos e enquanto tal detentor da competência pedagógica que lhe capacite a nortear o fazer pedagógico, a partir da concepção de homem, sociedade, processo saúde-doença e enfermagem previstos no Sistema Único de Saúde e no Projeto Político Pedagógico do Curso, bem como concretizar cotidianamente (no micro espaço da sala de aula) o projeto contra-hegemônico para a saúde, fundamentado nos princípios e referências que norteiam a formação em saúde/enfermagem.

O desafio diz respeito à humanização enquanto retorno da condição humana como ser integrante da Terra. O papel da educação, na luta contra a exclusão, no alerta ao crescimento econômico apartado do

crescimento social e na insistência de um modelo solidário de educação e saúde, exige a renovação da prática pedagógica. A importância da humanização é primordial à educação voltada para a condição humana enquanto ser pertencente e integrante da Terra. Assumir a integralidade na educação e na formação em saúde significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como seres que sabem, sabem que sabem, sabem por que sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e não importante, agem consequentemente aos seus saberes (MORIN, 2003).

Outro desafio consiste em alicerçar a formação em outras bases paradigmáticas. É estar disposto a despojar-se de valores e condutas tidos como verdades, para conceber o mundo sob outra dimensão. É preciso sentir, pensar, falar e agir a partir uma nova estrutura mental e de novas ideias que integrem e integrem o fazer em saúde, tornando-o um processo no qual se realiza o acolhimento.

Superar o interdito que separa a inteligência da afetividade, pois o que caracteriza o pensamento e a cognição humana e que nenhuma máquina jamais irá suplantar é a capacidade de emocionar-se, relacionar-se e solidarizar-se. Negar a importância das cognições movidas pela emoção é perpetuar uma razão apática, acríica e mantenedora de interesses distantes de sentimentos e afetos, pois o que caracteriza o pensamento e a cognição humana e que nenhuma máquina jamais irá suplantar é a capacidade humana de emocionar-se, de reconstruir o mundo e o conhecimento, a partir do componente afetivo presente em todas as manifestações da convivência. A dissociação entre a cognição e a sensibilidade aparta de tal forma o homem da natureza e o homem do próprio homem que, em sua cegueira afetiva, passa a enxergá-lo apenas como recursos para a sua utilização, dominação e consumo. Trata-se, por excelência, de um tema ético que nos obriga a aceitar como seres corrompidos, fragmentados e cindidos e, nesse sentido, carentes da sensorialidade (PRIGOGINE, 2001).

Sermos ternos com o mundo, com os objetos e com os outros implica inverter a lógica da obtenção e do poder para colocarmos-nos diante de um movimento incerto, de uma apreensão delicada e de uma disposição de aceitar o diferente para aprendermos com ele(s) a sua singularidade sem, no entanto, submetê-lo(s). Podemos então falar de ternura na política, na pesquisa, na academia e nas nossas relações cotidianas, sem cairmos na armadilha de confundir-la com o facilismo, a melosidade, a submissão e a complacência. Enveredar pelo caminho da ternura requer ainda a clareza da possibilidade da crueldade e da violência, das manipulações e dos jogos de sedução que conduzem emocionalmente a pessoa a envolver-se com os interesses de outrem (RESTREPO, 1998).

O apelo à ternura, portanto, é um apelo à sensibilidade daqueles que fazem educação e saúde. É um apelo a nós, enfermeiros, educadores, pesquisadores, gestores, que estamos lidando cotidianamente com seres humanos e natureza, somos movidos por novos conceitos tais como: integralidade, interdisciplinaridade, flexibilidade, complexidade, solidariedade e acolhimento.

O que deve permanecer, ao final de um período de formação acadêmica, não é só um acúmulo de conhecimentos, mas ainda, essencialmente, um conjunto de princípios, valores, atitudes e comportamentos que moverão a capacidade cognitiva do educando e futuro profissional.



Assim, é preciso refletir sobre o pensar e o agir integralmente, sem escusar da capacidade do sentir e do criar. Precisamos, pois, despojar-nos da lógica mecânica, inerte e simplista, para nos assumirmos enquanto capacidade criativa e emocional do (re)ligamento, da integralidade e do acolhimento.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, mar./ago. 2004.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, set. 2004/fev. 2005.

ASSMANN, H.; MO SUNG, J. **Competência e sensibilidade solidária: educar para a esperança**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, sept/oct. 2004.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR., H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, A. A Expressão do Cuidado no Processo de Transformação Curricular na FENF UERJ. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec; IMS; ABRASCO, 2004.

HORTALE, V. A. Fórum: a integralidade na perspectiva da formação, das práticas e da avaliação em saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, sept./oct. 2004.

KOIFMAN, L. Editorial. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v.30, n. 3, sept./dec. 2006.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, mar./abr. 2007.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

\_\_\_\_\_. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set./out. 2004a.

\_\_\_\_\_. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, mar./ago. 2004b.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

PRIGOGINE, I. **Ciência, razão e paixão**. Belém: EDUEPA, 2001.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO JR., K. R. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2003.

RESTREPO, L. C. **O direito à ternura.** 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

## A CAMA VOADORA: A TELA NO DIÁLOGO DO CORPO COMO MATRIZ PEDAGÓGICA

Lorrainy da Cruz Solano

Raimunda Medeiros Germano

Ailton Siqueira de Sousa Fonseca

O Século XX, o mais terrível da história da humanidade, especialmente porque abrigou duas guerras mundiais, é apresentado com uma das mais renomadas artistas mexicanas. Uma mulher extraordinária, que foi dilacerada por terríveis sofrimentos físicos e uma imensa força de criação: Frida Kahlo (SILVA, 2002).

As telas dessa pintora nos inquietam. Os olhares obedientes aos padrões de beleza, ditados na atualidade, podem apontá-las como feias e agressivas, mas inquietam. E talvez seja essa peculiaridade que balance as nossas mais elementares estruturas cognitivas.

Vítima de um acidente, a artista passou por longos períodos de imobilidade na cama. Como consequência desse fato, Frida começou a pintar, como um modo de evitar o aborrecimento e a dor. Sendo assim, foi colocado um dossel com um espelho que cobria toda a parte de baixo da cama, de modo a que Frida se pudesse ver e ser o seu próprio modelo. Assim começaram os autorretratos que dominaram a obra dessa artista. Ela diria mais tarde, a propósito deste gênero de pintura: “Eu pinto-me porque estou muitas vezes sozinha e porque sou o tema que conheço melhor” (KAHLO apud KETTENMAN, 2004, p. 18).

Incomodados com as formas e cores das telas, é impossível vê-las sem que algo seja levado conosco, nem que sejam os rótulos por breves instantes. São ressignificativas, em sua exuberante explosão de cores e nos fazem explodir em sentidos e sentimentos.

Observa-se, em algumas de suas obras, senão em sua maioria, movimento de afirmação da dor, do sofrimento, do fato, mas além disso, vemos também a sua afirmação e luta pela vida. A obra de arte de Frida evoca criação, mas ultrapassa isso, pois é também uma exaltação psíquica particular, uma recriação e apreensão da realidade. Recriação porque é um novo que tem relação com o velho (o fato acontecido), mas que não é a reprodução simples do fato, já que traz algo novo (SILVA, 2002, p. 83).

A tela escolhida, para ser nossa metáfora nessa discussão sobre o corpo como matriz pedagógica na enfermagem, foi *O Hospital Henry Ford ou A Cama Voadora*.

Entre tantas expressões pictóricas da dimensão humana, presentes em diversas obras de Frida Kahlo, a tela nos chamou a atenção por representar a experiência traumática de abortamento da pintora. O autorretrato, que expõe a dor e o sofrimento vivenciado por ela é, para nós, uma senha para alcançar o objetivo deste trabalho.

O quadro a óleo foi pintado em 1932 e expressa o aborto de Frida, que aconteceu em 4 de julho. A pequena e frágil figura da artista deixada na enorme cama perante um vasto deserto dá a impressão de solidão e incapacidade – um reflexo dos seus sentimentos após ter perdido o bebê e durante sua passagem pelo hospital. A ideia de abandono é reforçada pela paisagem industrial desolada no horizonte, diante da qual a cama parece flutuar (KETTENMANN, 2004).

A tela nos chama a atenção pelo entorno frio e cinzento, pelo olhar fixo e profundo de Frida, que segura, com sua mão esquerda, seis fitas vermelhas que a ligam a objetos postos ao seu redor.

Lévi-Strauss (1997, p. 20) parece traduzir os pensamentos dessa pintora mexicana, ao falar sobre outro pintor, que “não deixava entrar nada em suas obras sem aprofundar-lhe as razões”. Frida é assim: todos os detalhes que compõem seus quadros estão por algum motivo.

Saber disso aguça nossos sentidos, uma vez que ela se apresenta nua, em cima de um lençol branco ensopado de sangue e de seus olhos escorre uma lágrima. Dor e sofrimento são os sentimentos que surgem, de imediato, ao ver a obra.

A linguagem pictórica de Frida Kahlo guarda uma especificidade própria. A sua sintaxe nasce de uma história de dor e esperança. Sua pintura é expressão de uma vida. Através da arte ela dribla a dor e enuncia uma palavra que traduz as raízes de sua intimidade, fazendo transbordar questões que tocam a fundo a dinâmica do humano. Sua pintura, na verdade, é uma biografia, pois aproxima-se mais da obra de um escritor (EGGERT, 2008, p. 50).

Essa tela talvez tenha mais a nos ensinar sobre a condição humana do que todo o conhecimento enciclopédico transmitido na academia. E ela ensina instigando, comparando, provocando o visitante. Une o sensível e o inteligível, o visível e o invisível, o dito e o interdito. A enfermagem precisa conhecer essa tela.

Ela também nos convida a pensar em seus elementos constitutivos como quem lê o que fora escrito por Morin (2004, p. 116), ao se referir a Pascal: “Ele convidava a um conhecimento em movimento, a um conhecimento em vaivém, que progride indo das partes ao todo e do todo às partes; o que é nossa ambição comum”.

Ela sabe disso e talvez seja por acreditar na integralidade de si e dos acontecimentos de sua vida que ela apresenta esse momento singular em sua vida inteira.

Isso é muito provocante já que somos, a todo instante, sufocados com o ideário de fragmentação do ser e do conhecimento. Cyrulnick (2005, p. 26) explica o porquê desse fato, que “é nossa cultura científica que fragmenta o saber para melhor controlá-lo”.

Frida pinta e nos convoca a romper com esse ideário. Morin (2003) parece dialogar com a pintora e discute sobre a situação paradoxal que vivemos na contemporaneidade, em que o desenvolvimento do conhecimento instaura a resignação à ignorância e o da ciência significa o crescimento da inconsciência. O autor vai mais longe e diz que a enorme massa do saber quantificável e tecnicamente utilizável não passa

de veneno se for privado da força libertadora da reflexão. É preciso esforçar-se para obter uma visão poliocular do mundo que aposte na religação dos saberes.

Mas em sua tela, Frida nos faz questionar como o nosso trabalho em saúde corrobora o que fora dito pelo autor anteriormente. O ambiente frio, objetual, monocromático que circunda a artista é estranho no primeiro momento, mas para nós, trabalhadores da saúde, sabemos o quão é real.

Merleau-Ponty compreende o que ela quis externalizar, já que para ele

é oferecendo seu corpo ao mundo que o pintor transforma o mundo em pintura. Para compreender essas transubstanciações, é preciso reencontrar o corpo operante e atual, aquele que não é uma porção do espaço, um feixe de funções, que é um trançado de visão e de movimento (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 16).

Essa talvez seja uma das grandes lições que a enfermagem deva aprender com o corpo: oferecer nossos corpos ao mundo para transformar o nosso mundo em espaços de convivência solidária, sensível e humana.

As obras de Frida não oferecem nada pronto e acabado, como uma tela feita para combinar com a decoração da sala. Elas são pontes que podem ligar nossas vidas inconscientes a saberes e fazeres mais humanos.

Não é à toa que Merleau-Ponty (2004, p. 23) fala sobre “essência e existência, imaginário e real, visível e invisível, a pintura confunde todas as nossas categorias ao desdobrar seu universo onírico de essências carnis, de semelhanças eficazes, de significações mudas”.

A imagem pequena da pintora em cima da cama, com um olhar fixo em quem a vê, atordoia.

Os autorretratos de Frida Kahlo ajudaram-na a construir uma ideia do seu próprio eu: ao recrear-se, tanto no universo artístico como na vida, encontrava agora uma identidade. Esse fato pode explicar porque é que seus autorretratos diferem uns dos outros em apenas alguns aspectos. A artista olha para quem observa o quadro quase sempre com uma cara do tipo máscara, em que sentimentos e temperamento se tornam difíceis de ler (KETTENMANN, 2004).

Quantas pessoas passam por nós e têm esse mesmo olhar, essa mesma máscara. E nós, enfermeiros, talvez não tenhamos percebido o que dizem esses olhares, esses corpos.

Cremos que, se fôssemos um pintor, seríamos copiadores de imagens, porque é isso que o saber lógico determina: a reprodução.

Frida não é assim. E quem justifica é Lévi-Strauss (1997), ao falar sobre outro pintor, que não copiava o modelo no momento presente, mas as imagens que seu espírito armazenara. Poussin, citado pelo autor, costumava dizer que é observando as coisas que o pintor adquire habilidade, e não as copiando à exaustão. É preciso, continua, que o artista seja capaz de fixar o modelo em sua mente, incrustá-lo nela como propriedade sua e que tenha a natureza tão bem gravada na memória, que ela venha por si só colocar-se na obra.

Outra lição que a enfermagem precisa aprender é que nossa pintura do cotidiano deve ser feita da mesma matéria de nossos sonhos. Observando nossos interlocutores (usuários, colegas, gestores) tenhamos não somente cópias em nossas mentes (rótulos), mas as imagens de seus espíritos. Seríamos uma enfermagem melhor, mais próxima da dimensão do cuidado.

Os mesmos sentimentos que levamos para o nosso espaço institucional, não raro os reproduzimos nas práticas e sofremos também. Hoje, a violência institucional vem sendo cada vez mais reconhecida e conseqüentemente discutida nas pautas que envolvem a enfermagem.

A busca de práticas assistenciais menos reducionistas não encontra espaço para consolidar-se, esbarrando em séculos de positivismo objetivista e individualista. A menção de práticas alternativas arrepia os que se apegam à ideologia flexneriana, com a qual se estruturam os cursos profissionalizantes na saúde. Somos todos filhos de uma mentalidade em que a única visão verdadeira do mundo é aquela concebida da racionalidade das ciências naturais. Não caberá nesta perspectiva qualquer outra visão, seja ela já admitida ou não pelas ciências do mundo contemporâneo (LEOPARDI et al., 1999, p. 95).

O mundo da percepção, não a percepção compreendida como consciência que sobrevoa o corpo, mas como experiência significativa do corpo, é descoberto também por meio da arte. Assim, a obra de arte é percebida, contemplada, quando mergulhamos no mundo da percepção. Por meio da arte, sentimos mais, percebemo-nos como sujeitos engajados no mundo, que não vivemos sozinhos, ilhados; vivemos a partir de nossa relação com tudo aquilo que está presente no mundo, inclusive o outro (MEDEIROS, 2008). Eis um caminho para transpor o reducionismo.

E pensando sobre o outro, a arte e o corpo, vemo-nos contemplando a tela e somos levados pela metáfora a refletir sobre o trabalho do enfermeiro frente a essa tríade. Por isso, a tela de Frida está aqui não como um adorno, mas na qualidade de elemento do corpo, como matriz pedagógica no processo ensino aprendizagem da enfermagem.

Essa pintora, querendo exprimir suas ideias e sentimentos, desenvolveu uma linguagem pictórica pessoal com vocabulário e sintaxe próprios. Fez uso de símbolos que, uma vez decodificados, permitem-nos ter um conhecimento profundo sobre a sua obra e as circunstâncias que presidiram a sua criação. A mensagem dos quadros não é hermética: os trabalhos devem ser vistos como resumos metafóricos de experiências concretas (KETTENMANN, 2004).

Nossas aulas deveriam ser conduzidas através de metáforas, como a que propõe este texto. Alimentaríamos a criatividade, a reflexão, a dúvida, a sensibilidade, a humanidade nossa e de nossos alunos. Ao contrário, transmitindo saber lógico reducionista, atuamos, por vezes, como autênticos plagiadores, uma vez que despejamos nas salas de aula ideias, conceitos de outros autores, dando tudo em mãos, não restando nada ao aluno que não seja memorizar para transcrever em um momento oportuno, como a prova.

Partindo da ideia de Merleau-Ponty (2006, p. 360) de que “o corpo como uma das coisas, ou o corpo como o meu ponto de vista sobre as coisas: ele é os dois: coisa-padrão enquanto carne: sentir o meu

corpo é também ter sua postura no mundo”. Vemos a necessidade de a enfermagem se alimentar dessas ideias e metamorfosear nossas teorias e práticas e Frida Kahlo pode ser uma de nossas mestras.

Frida Kahlo é singular em representar e inscrever na arte pictórica os acontecimentos do corpo. Enfermidades, cirurgias, dores, deficiência, raivas, inquietudes, embates, convicções, contrariedades, alegrias, prazeres, amores – tudo transforma-se em ousados matizes de sua pintura que é inscrição simbólica e metafórica dos processos corporais. Na aparente individualização, há uma ativa subjetivização, e acontece uma politização do íntimo no corpo explícito na pintura (EGGERT, 2008, p. 130).

O corpo como expressão política. Corpos que são lidos para além da condição biológica. Corpos vivos, inteiros, porosos, ligados com a multidimensionalidade humana.

A tela mostra-nos Frida toda nua, deitada numa cama de hospital que é desproporcionalmente grande para seu corpo pequeno. O lençol branco por debaixo do seu baixo-ventre está ensopado de sangue. Por cima da barriga, ainda ligeiramente inchada, devido à gravidez, estão três fitas vermelhas, como se fossem artérias, que ela segura com a mão esquerda, e que têm seis objetos atados às pontas – símbolos da sua sexualidade e da gravidez falhada (KETTENMANN, 2004).

Os sujeitos envolvidos se sentiriam melhor se lhes fosse dada a oportunidade de expressarem suas ideias e sentimentos frente à singularidade de seus modos de adoecer, viver e morrer.

Como desdobramento da ideologia hegemônica no cotidiano de nossas prática laborais, vem a desumanização dos serviços de saúde. O trabalho do enfermeiro vem reproduzindo essa realidade silenciando dor e sofrimento.

Nesse contexto é preciso ouvir o que o corpo fala:

Um estado de anorexia, uma afasia pode ser muitas vezes uma resistência da pessoa a comunicar-se com o mundo, e é por isso que acredito que o corpo fala. O corpo fala através da recusa de alimentos, através da retenção de fezes, através do vômito e muitas vezes o corpo morre porque decidiu morrer mesmo tendo condições biológicas de sobreviver, mas neste caso o biológico não sustentou aquilo que o ser total do sujeito decidiu sobre sua própria existência. Quando há perda de sentido, a existência do homem torna-se “pesada”, porque ele é um ser que põe sentido em tudo, mesmo sem se dar conta de que faz isto (SILVA, 1995, p. 41, Grifo do autor).

Fechamo-nos para esse diálogo com o corpo do outro e o nosso corpo, e essa atitude tem sérias consequências. Aprisionamos a multidimensionalidade humana a normas e rotinas, a protocolos, a horários fixos, a certeza, a saberes e fazeres mecânicos.

Como enfermeiros, aprendemos com os corpos frios a preservar o espaço interdito entre nós (donos do saber/poder) e eles (pacientes desprovidos de saber/poder). O que está dito pertence à organização institucional, que responde, por sua vez, ao ideário hegemônico na saúde: o paradigma flexneriano.

Um outro desdobramento dessa ideologia no trabalho do enfermeiro é a vivência cotidiana de separações, que é marcada pela fragmentação do tempo, uma vez que as atividades que envolvem o

paciente, tais como exames, medicações e exercícios funcionam como se dividissem o dia em várias etapas. Desse modo, o paciente aguarda a refeição, a visita médica, a medicação, o banho. Da mesma forma, há uma fragmentação do corpo, em cujas partes são executadas técnicas e procedimentos (KRUSE, 2004).

É provável que seja essa fragmentação que Frida exprime em suas fitas vermelhas, as quais a ligam a símbolos que flutuam ao seu redor.

“A fita que está por cima da poça de sangue à volta da pélvis transforma-se num cordão umbilical e leva-nos até a um feto masculino de tamanho invulgar em posição embrionária” (KETTENMANN, 2004, p. 33).

Essa imagem nos remete às singularidades do corpo, em especial do corpo feminino. Este, capaz de gerar vidas, de alimentar, de compartilhar prazeres. No dizer de Lévi-Strauss (1997, p. 57), que, ao se reportar a um outro artista, parece falar de Frida, “[...] a organização de um quadro de Poussin é paradigmática, não sintagmática”. Assim podemos também referenciar a obra dessa pintora mexicana.

A pintura do feto nos remete à capacidade que nós enfermeiros temos de tornar público algo íntimo, ou senão de tornar invisível símbolo dos corpos com os quais convivemos. A fita está para nos fazer lembrar que é uma parte que pertence a um todo. Esse pensamento nos faz lembrar Lévi-Strauss (1997, p. 74) quando afirma que “os termos não valem em si; apenas as relações importam”.

Certamente a enfermagem vem perdendo essa habilidade de ver o todo e as partes e as relações que são estabelecidas entre elas.

A organização dos serviços seguem a lógica das especialidades que é a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem e corresponde ao modelo biológico positivista de entendimento das doenças. Esse modelo tem dado sinais de esgotamento, tanto para o entendimento da manifestação das doenças no homem e do seu comportamento epidemiológico, quanto tem sido insuficiente para determinar medidas terapêuticas eficazes (LEOPARDI et al., 1999, p. 36).

Nesse caminho, tornamo-nos admirados da cultura da fragmentação, que está no mundo acadêmico como a hipervalorização das especializações.

A condição de especialistas é uma situação muito confortável intelectualmente, visto que nos basta acumular cada vez mais de informações sobre um ponto cada vez mais preciso e acaba-se então por tudo saber sobre nada (MORIN; CYRULNIK, 2004).

Cerceado pelo discurso do cientificismo, ser especialista tem uma conotação de superioridade intelectual de apropriação do saber e consequentemente de poder.

É preciso pensar nas matrizes pedagógicas da formação do enfermeiro na busca de desconstruir essa premissa ideológica. Morin convoca-nos para uma reforma do pensamento como sendo uma necessidade social-chave: formar cidadãos capazes de enfrentar os problemas de seu tempo.

Com isso, tornar-se-ia possível frear o debilitamento da democracia, que suscita, em todos os campos da política, a expansão da autoridade dos *experts*, de especialistas de toda ordem, que limitam



progressivamente a competência dos cidadãos, condenados à aceitação ignorante daqueles que são considerados conhecedores, mas que realmente praticam uma compreensão que rompe com a contextualidade e globalidade dos problemas (ALMEIDA; CARVALHO, 2007).

A tela faz-nos pensar nessa e em outras questões e, nesse instante, outra fita chama a atenção para nossos saberes e fazeres.

Por cima da cabeceira da cama, à direita, vê-se um caracol a flutuar. Segundo a própria Frida Kahlo, é um símbolo da interrupção da gravidez que ainda era de curta duração. O caracol também surge noutros trabalhos como um símbolo de vitalidade e sexualidade. A sua casca protectora já levava as culturas índias a ver o caracol como um símbolo da concepção, da gravidez e do nascimento (KETTENMANN, 2004, p. 34).

Nosso olhar obediente ao paradigma capitalístico não veria significado algum em um objeto tão esdrúxulo quanto um caracol. Quantos símbolos são referenciados pelos nossos usuários e são desprezados ou mesmo ridicularizados por nossas práticas mecânicas?

Para Leloup (1998), temos sido modelados para a especialização; por conseguinte, o especialista fechado é a pessoa que perdeu o olhar aberto, simples e natural. É alguém com a nuca rígida, que perdeu a flexibilidade de olhar para os lados, para cima, para baixo e para trás. É alguém com viseira, e cujos cacoetes adquiriram *status*. Para esse olhar estreito e minimizado, o inusitado escapa-nos. Perdemos o deslumbramento, o espanto essencial.

Acabamos por normatizar, padronizar, fragmentar o que há de mais natural, simples e aberto: o corpo. “O problema é que este trabalhador coletivo está fragmentado, fragmentando o trabalho” (LEOPARDI et al, 1999, p. 81). Somos esse trabalhador e como possibilidade transformadora de nossos saberes e fazeres está o corpo, como matriz pedagógica, mediado pela arte com suas metáforas, instigando nossa criatividade, sensibilidade e humanidade.

Para Nóbrega (2009b, p. 94), “o corpo e o conhecimento sensível compreendidos como obra-de-arte, aberta e inacabada, horizontes abertos pela percepção do ser humano em movimento”.

Frida acredita nisso e escolhe os elementos que irão compor suas obras para dizer ao observador que a dimensão humana vai além do visível. Para ela,

Uma vez que meus temas foram minhas sensações, meus estados de espírito e as reações profundas que a vida tem causado dentro de mim, muitas vezes materializei tudo isso em mim mesma, que era a coisa mais sincera e real que eu podia fazer para expressar o que sentia a meu respeito e a respeito do que eu tinha diante de mim (KAHLO apud SILVA, 2002, p. 87).

Essa é uma outra lição a aprender com a arte e o corpo nesse diálogo: o corpo como interseção do mundo. Ao dizer que “a interrogação da pintura visa, em todo caso, a essa gênese secreta e febril das coisas em nosso corpo”, Merleau-Ponty, (2004, p. 21) exprime talvez o sentido da pintura para Frida.

E continua essa ideia “é o corpo como totalidade aberta. Consequências para as coisas percebidas: correlações de um sujeito carnal, réplicas de seu movimento e de seu sentir, intercalados em seu circuito

interno, elas são feitas do mesmo material que ele: o sensível é a carne do mundo, isto é, o sentido no exterior” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 351).

Como enfermeiros, essa deveria ser uma necessidade paradigmática, uma vez que nos incorporamos no universo do trabalho e lidamos com outros corpos.

Nossa postura crítica frente ao paradigma do saber lógico que apoia a explosão tecnológica e informacional como indutora ao afastamento dos significados e à adoção de artifícios, inclusive nas relações, pelos quais sofremos cada vez mais o encantamento da tecnologia e nos tornamos cada vez menos sujeitos de nosso próprio destino. Certamente, não será, porém, a sua eliminação que nos tornará sujeitos, mas a consciência das escolhas que podemos fazer, tanto sobre nosso pensar como sobre o nosso fazer (LEOPARDI et al., 1999).

Ainda admirando a obra de Frida: “O modelo anatômico da parte de baixo de um corpo, de cor salmão, que está por cima dos pés da cama, assim como o modelo de osso em baixo, à direita, indica-nos a causa do aborto: o dano da coluna e da pélvis, o que impossibilitou Frida de ter um filho” (KETTENMANN, 2004, p. 34).

A parte representa o todo. Frida sofre com a perda do filho e, na sua organização cognitiva, sua pélvis manifesta toda a sua conjuntura traumática que a levaria inclusive à morte anos depois.

Eggert (2008) argumenta que a socialização dos corpos efetiva uma interiorização dos limites impostos como naturais ou sagrados. Essa dogmatização raramente considera o corpo em sua dinâmica e potencialidade de vida, dor e sofrimento, alegria e prazer, como se o corpo fosse uma matéria inerte, apenas portador de determinadas funções biológicas e socioculturais, especialmente, se se tratar de um corpo feminino.

Na simbologia do corpo, Frida consegue trazer as mais íntimas nuances da multidimensionalidade humana.

A enfermagem nem sempre consegue perceber essa sutileza, já que está voltada comumente para a doença. Kruse (2004, p. 21) explica muito bem isso, direcionando para o corpo: “[...] o corpo é isolado na doença, tornando-se objeto de enclausuramento, o que possibilita a vigilância constante e o registro permanente”.

A tela expõe um ambiente de internação comum para a enfermagem e remete à discussão de que

em algum momento da história, o “saber por quê” ocorre um dano à saúde foi substituído pelo “saber como” e, desta forma, institucionaliza-se a perversidade do sistema de saúde, que responde o mais pragmaticamente às questões **de saúde** somente quando ela já se deteriorou. Será que falamos mesmo de profissões **de saúde**, ou de doença? Que situação poderia equacionar este dilema que vivemos, quando a compulsão tecnicista é atavicamente dirigida por uma compulsão de domar a natureza humana, naquilo que ela tem de mais complexo, ou seja, sua multiplicidade constitucional, reduzindo-a à pura matéria biológica? (LEOPARDI et al., 1999, p. 97, Grifo do autor).

Qual o sentido de nosso trabalho como enfermeiros? Dar resposta ao ideário vigente ou assumir compromissos com a vida em sua inteireza?

O que diz o corpo? Leloup (2008, p. 19) alerta que o corpo, mesmo silenciado pelo entorno, objetual, embotado pelo raciocínio lógico, falar “de um corpo que perdeu a sensibilidade e, no entanto, sente dor nos rins, no plexo solar, na cabeça, por toda a parte”.

O maquinismo que vemos embaixo na tela de Frida, à esquerda, também deve ser compreendido no contexto do quadro. Representa, provavelmente, uma parte de um esterilizador a vapor, como os que se utilizavam nos hospitais naquele tempo. É um componente mecânico, que serve para selar tanques de gás ou de ar comprimido e, assim, regular a pressão existente lá dentro. Na ocasião de seu internamento, Frida Kahlo poderá ter feito um paralelo entre esse mecanismo de selar seus próprios músculos defeituosos, que não deixaram carregar o bebê dentro de seu útero (KETTENMANN, 2004).

Essa imagem nos faz lembrar de Merleau-Ponty (2006), ao dizer que aborda o homem primeiramente em seu corpo, em sua maneira de ser corpo. Frida, em sua maneira de ser, traz essa analogia com uma máquina não na visão objetual de corpo, mas como um corpo percipiente. Para o autor, o corpo humano só pode ser compreendido como um corpo percipiente: que é percepção e é percebido. Essa condição carnal nos faz compreender a carne do mundo.

Eis uma demanda necessária para o trabalho do enfermeiro compreender o corpo em sua inteireza através dele e do outro. Carvalho (2005, p. 82) relata que “uma coisa era acumular informações presentes nos livros, formas discursivas não-vivenciadas. Outra era ter o próprio corpo como protagonista clínico, um teatro de operações empenhado na restauração do senso de movimentos”.

Esse pensamento nos confronta com a tela de Frida e nos faz pensar que, para ela, seu corpo “e a sensação, que desde então nunca mais me deixou, de que meu corpo concentra em si todas as chagas do mundo” (SILVA, 2002, p. 29).

É no convívio com os corpos que deveríamos manter a porosidade dos nossos corpos. Sem essa compreensão, estaremos tão-somente reproduzindo o ideário presente no paradigma hegemônico sanitário flexneriano.

Frida consegue nos ensinar, através de suas pinturas, que o autoconhecimento é imprescindível ao saber sensível, contrapondo-se ao saber lógico e, na saúde, ao biomédico. Medeiros (2008, p. 26) justifica “[...] como Merleau-Ponty, buscando uma visão amplificada, inacabada e aberta do corpo humano, reconhecendo-o como um espaço biológico, cultural, educativo, simbólico e artístico”.

A pintura e outras expressões artísticas podem ser um caminho para aproximar a enfermagem, como metáfora, da sabedoria do corpo. A arte, a poesia, a pintura, a dança apresentam-se como conhecimentos, cuja racionalidade é traçada pela estesia do corpo, nuançando sentidos amplos para a comunicação, a expressão e os atos de significações (NÓBREGA, 2009a).

Uma orquídea presa a outra fita está ao centro. Por baixo da cama, foi-lhe trazida para o hospital, segundo Frida Kahlo, por Diego Rivera, seu marido. Para ela, a orquídea era um símbolo de sexualidade e de emoções (KETTENMANN, 2004).

As emoções encontram espaço nas práticas do enfermeiro, na atenção psicossocial. Este, por vezes, normativo, imperativo, prescritivo, neutro, eis o significado desse suporte geralmente.

No roteiro de nossos saberes e fazeres, é importante discutir que, do ponto de vista da análise epistemológica, a questão primordial que toca fundo nesta mudança de paradigma é a inclusão da análise antropobiológica. Amor, compaixão, sensibilidade, compromisso, cumplicidade humana não têm preço e, portanto, não se pagam. Desse modo, as profissões fundadas nesses valores constituem-se de atividades que, embora inegavelmente necessárias, não necessitam de compensação social, já que, para a organização social fundada em premissas econômicas e tecnocráticas, são autocompensáveis subjetivamente (LEOPARDI et al., 1999).

A enfermagem já tem essa marca em sua historicidade e vem lutando por reconhecimento de seu saber/fazer e, talvez nessa luta, vem assumindo posturas mais duras e distantes da nossa humanidade com a ideia de que esse seja o comportamento mais científico.

Maturana e Varela (2001) subsidiam essa discussão afirmando que o amor, as emoções, ou a aceitação do outro junto a nós na convivência são o fundamento biológico do fenômeno social. Sem amor, emoção, aceitação do outro junto a nós, não há socialização, e sem esta não há humanidade. Qualquer coisa que destrua ou limite a aceitação do outro, desde a competição até a posse da verdade, passando pela certeza ideológica, destrói ou limita o acontecimento do fenômeno social.

E continua esse raciocínio, “portanto, destrói também o ser humano, porque elimina o processo biológico que o gera. Não nos enganemos. Não estamos moralizando nem fazendo aqui uma prédica do amor. Só estamos destacando o fato de que biologicamente, sem amor, sem aceitação do outro, não há fenômeno social” (MATURANA; VARELA, 2001 p. 269).

Talvez esse seja um discurso visto como piegas, utópico, transcendental. Mas, neste trabalho, é uma premissa que deve estar incluída na ideia do corpo como matriz pedagógica na enfermagem.

Poussin, citado por Lévi-Strauss (1997), retoma a temática e esclarece que, falando da pintura do mesmo modo que as 24 letras do alfabeto servem para formar nossas palavras e exprimir nossos pensamentos, os lineamentos do corpo humano servem para exprimir as diversas paixões da alma, para fazer aparecer no exterior o que se tem no espírito.

A enfermagem convive com múltiplos e inesgotáveis destinos humanos. Muito embora não seja atribuído esse significado às relações que acontecem em nossos espaços laborais.

Morin (2004) justifica ser a hiperespecialização<sup>1</sup> uma das causadoras dessa miopia quanto ao compromisso de nossas teorias e práticas com a vida.

Afirma, também, ser o enfraquecimento de uma percepção global levar ao enfraquecimento do senso de responsabilidade – cada um tende a ser responsável apenas por sua tarefa especializada – bem como ao enfraquecimento da solidariedade, pois ninguém mais preserva seu elo orgânico com a cidade e seus concidadãos.

---

<sup>1</sup> “... a especialização que se fecha em si mesma sem permitir sua integração em uma problemática global” (MORIN, 2004, p. 18).

Técnicos especialistas que lidam com os problemas de modo isolado e esquecem que, nessa época de mundialização, os grandes problemas são transversais, multidimensionais e planetários (ALMEIDA; CARVALHO, 2007).

Cirulnick tem outra justificativa que converge com o supraposto “acontece que nossas vitórias técnicas acabam de inventar o “homem-instante”. O homem fulgurante, que ama a urgência porque ela o impele ao ato evitando que pense, torna-se prisioneiro do presente, cuja relação com o tempo organiza um estilo de vida [...]” (CYRULNICK, 2006, p. 23).

Frida organiza sua obra contrapondo-se a esse ideário utilitarista, mercantil, egocêntrico, reducionista, excludente, desumanizador. A enfermagem deve participar desse movimento contra-hegemônico.

A beleza do conjunto da obra dessa pintora mexicana, como matéria artístico-estética, acresce-se à dimensão estética de ser, de sentido da vida ou produção de sentido. É o belo, o bom, o agradável aos olhos, ao coração, não restrito à beleza ou à perfeição da forma – embora esta também esteja presente na obra de Frida – como muitas vezes a questão estética está circunscrita (EGGERT, 2008).

Apesar de cada motivo estar delineado no quadro com pormenores precisos, o realismo da vida real é evitado, de uma forma geral, na composição. Os objectos são extraídos do seu *habitat* normal e integrados numa nova composição. Para a artista, é mais importante reproduzir o seu estado emocional numa destilação da realidade que ela experimentara, do que registrar uma situação real com precisão fotográfica (KETTENMANN, 2004, p. 35).

Nossas posturas têm sido, na maioria das vezes, de reprodução, onde acabamos: míopes, inconscientes, fragmentadores, racionalistas, deixando-nos aprisionar pelo saber lógico, que alimenta o paradigma hegemônico no cenário brasileiro da saúde. E nesse estado, a tela de Frida Kahlo será tão-somente algo incômodo e feio a incomodar nossa muito confortável situação de parcela de trabalhadores da saúde, fechados à sabedoria do corpo, numa posição de meros consumidores de saberes e fazeres alheios.

Para melhorar a vida, é necessário melhorar a qualidade de nossas experiências, o que nos leva a extrapolar que, para reencantar a educação, é preciso transformar a qualidade das experiências de aprendizagem, fazer com que elas deixem de conspirar contra a inteireza humana (MORAES, 2005).

Nesse cenário, emerge o corpo como matriz pedagógica no processo ensino-aprendizagem da enfermagem como eixo norteador de nossos saberes e fazeres na busca de um novo paradigma educacional pautado no saber sensível.

Vamos ouvir o que Frida tem a nos ensinar nesse caminho, “toda obra é uma aproximação, uma tentativa para alcançar algo. Mas, se a poesia está ao alcance de todos, são supérfluos os poemas e os quadros. Todos podemos fazê-los. Ainda mais: todos podemos ser poema. Viver em poesia é ser poemas, ser imagens”. (KAHLO apud SILVA, 2002, p. 52).

Eis a sabedoria fundamental no trabalho do enfermeiro que lida diretamente com a dimensão humana através do cuidado. Ser imagem, ser poema, ser humano, ser.

Frida nos ensina também que, se a fronteira da imobilidade física impõe limites e delimita seu território de mobilidade e a possibilidade de realizar seus desejos mais convencionais, é a partir dessa fronteira que faz suas leituras da vida, recria sua experiência e cria, através da arte, a sua própria arte de ser. Faz rupturas e constitui caminhos de resistência. Transforma a arte em dever de vida e resposta à tragédia. O próprio corpo torna-se pincel, tinta, tela, motivação e paisagem de seu processo estético-experiencial (EGGERT, 2008).

Sua arte é uma expressão pictórica da condição humana, e como aponta Lévi-Strauss (1997, p. 13), é “um método de composição assimilado tão perfeitamente que se torna praticamente um modo de pensar”.

Tal modo de pensar deve dialogar com nossos modos de ser enfermeira e apostar em modos de ser, viver, adoecer e morrer plurais, polifônicos, policromáticos, polissêmicos e poéticos, comprometidos com o destino da vida, reencantados com a condição humana.

Aqui cabe a discussão levantada por Kruse (2004, p. 117), quando se refere à “instrução” da enfermeira:

[...] o primeiro contato da estudante com o objeto de sua futura prática é um cadáver impregnado de formol, o segundo é um boneco, feito de material inerte, que simula o corpo que será objeto de seu cuidado. Com este comentário não pretendo recomendar que as estudantes treinem nos corpos dos pacientes hospitalizados, nem que não existia uma produtividade nos laboratórios de enfermagem e nos treinamentos que aí são realizados. O que desejo é apontar que o uso desses bonecos não é isento de efeitos que podem estar implicados na produção dos corpos frios.

Tal realidade deveria fazer parte da memória do ensino da enfermagem. Isso não acontece na discussão da formação do enfermeiro para os corpos frios, objetais, obóticos, desconjuntados, descontextualizados, pois estão no cerne da formação de enfermeiros em nível nacional.

Dissonante, portanto, das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem (2001). Essa norma evidencia a ideia norteadora de aprendizagem, que deve ser interpretada como um caminho que viabiliza ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto, e deve ser orientada pelo princípio metodológico geral da ação – reflexão – ação e que aponta para a resolução de situações-problema (BRASIL, 2001).

Essa é uma necessidade vital para consolidar o SUS como uma política pública de saúde capaz de dar respostas às reais necessidades de saúde e sociais da população brasileira.

Não podemos perder de vista que a saúde entrou no campo dos direitos da cidadania não colada a um civismo idílico, mas na centralidade da saúde para a vida, para a produção e reprodução da existência e para o trabalho. Nessa perspectiva, saúde é, antes de tudo, um direito atrelado à reprodução material da existência (ARROYO, 2003).

A formação de enfermeiros deve ser orientada e vivida partindo dessas premissas e necessariamente passa pelo exercício da licenciatura.

A função do ser enfermeiro docente, nesse contexto, não pode limitar-se ao desenvolvimento de competências técnico-científicas e/ou limitar-se ao desenvolvimento de uma aula criativa e atraente para potencializar a atratividade. Muito além de desenvolver habilidades técnico-científicas, a função docente necessita desenvolver habilidades interativas e integradoras do todo às partes como das partes ao todo, bem como compreender as singularidades dos estudantes pela capacidade didático-pedagógica de ligar e religar os saberes teórico-práticos (BACKES, 2010, p. 424).

A leitura imagética da tela de Frida nos faz ter a compreensão do que fora discutido até aqui. A profundidade da tela e seus detalhes, que se movimentam na direção da totalidade do quadro, fazem-nos pensar no valor do corpo como matriz pedagógica na enfermagem, em consonância com as premissas do SUS e a formação de profissionais de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ARROYO, Miguel G. Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **1º Fórum Nacional do PROFAE: construindo uma política pública de formação profissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 190 p.

BACKES, Dirce Stein; MARINHO, Mara; COSTENARO, Regina Santini et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 421-6, maio/jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer N°: CNE/CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**. Brasília: MEC, 2001. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=258&Itemid=306](http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=com_content&task=view&id=258&Itemid=306) > Acesso em: 27 out. 2010.

CARVALHO, Edgard de Assis. **Virado do avesso**. São Paulo: Selecta Editorial, 2005. 136 p.

CYRULNIK, Boris. **O murmúrio dos fantasmas**. Tradução Sônia Sampaio; revisão da tradução Marina Appenzeller. São Paulo: Martins Fontes, 2005. 184 p.

EGGERT, Edla (Org.). **(Re) leituras de Frida Kahlo: por uma ética estética da diversidade machucada**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. 184 p.

KETTENMANN, Andréa. **Kahlo: dor e paixão**. [S.l.]: Paisagem, 2004. 96 p.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras**. Brasília-DF: ABEn, 2004. 159 p.

LELOUP, Jean-Yves. **O corpo e seus símbolos: uma antropologia essencial**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. 133 p.

\_\_\_\_\_. **Carência e Plenitude:** elementos para uma memória do essencial. Petrópolis: Vozes, 2008. 230 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. et al. **O Processo de Trabalho em Saúde:** Organização e Subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. 176 p.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Olhar, Escutar, Ler.** Tradução Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. 151 p.

MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco J. **A Árvore do conhecimento:** as bases biológicas da compreensão humana. 6 ed. Tradução de Humberto Mariotti e Lia Diskin. São Paulo: Palas Athena, 2001. 288 p.

MEDEIROS, Rosie Marie Nascimento de. **Uma educação tecida no corpo.** 2008. 167 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, [2008].

MERLEAU-PONTY, Maurice. **O olho e o espírito.** Tradução de Paulo Neves e Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Cosac & Naify, 2004. 166 p.

\_\_\_\_\_. **A natureza.** Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 448 p.

MORAES, Maria Cândida. **Educar na biologia do amor e da solidariedade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 293 p.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma reformar o pensamento. Tradução Elóia Jacobina. 9 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128 p.

\_\_\_\_\_. **Ciência com consciência.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003. 350 p.

MORIN, Edgar; CYRULNIK, Boris. **Diálogo sobre a natureza humana.** Lisboa: Instituto Piaget, 2004. 84 p. (Coleção Epistemologia e Sociedade).

NÓBREGA, Terezinha Petrucia da (Org.). **Escritos sobre o corpo:** diálogos entre arte, ciência, filosofia e educação. Natal-RN: EDUFRN, 2009a. 182 p.

\_\_\_\_\_. **Corporeidade e educação física:** do corpo-objeto ao corpo-sujeito. 3 ed. rev. Natal-RN: EDUFRN, 2009b. 124 p.

SILVA, Jarileide Cipriano da. **Frida Kahlo:** imagens da condição humana. 2002. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2002].

SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade. O corpo como veículo da relação entre a enfermeira e o cliente. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 37-42, maio 1995.



# **O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ESPAÇO DE CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE?**

Cecília Nogueira Valença  
Raimunda Medeiros Germano

## **INTRODUÇÃO**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como um fator que permite a aproximação e a interação do profissional com os membros que compõem esse núcleo familiar, tornando-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial individual para o integralizado, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Visa ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde da comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de profissionais a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde, SUS (BRASIL, 2000).

Considerando a reorientação do modelo assistencial de saúde pública a partir da Estratégia de Saúde da Família, é possível compreender a importância da inserção do estudante de graduação de enfermagem, nesse espaço, através do estágio curricular supervisionado na atenção básica. Assim, o graduando terá a oportunidade de vivenciar em estágio algumas demandas com as quais entrará em contato no exercício profissional.

O desenvolvimento da compreensão dos conceitos norteadores da nossa prática profissional permite a implementação de ações articuladas para tornar real uma práxis transformadora, alicerçada em trajetórias metodológicas de trabalho que assegurem o diálogo, a participação e o desenvolvimento de uma consciência crítica comprometida com a transformação da realidade (SILVEIRA, et al, 2005). Portanto, é necessário unir a prática de enfermagem, desenvolvida no estágio, de modo a promover impacto rumo à transformação da realidade da comunidade e dos serviços.

Para que essa união se consolide, o profissional em formação deve compreender sua participação nas políticas públicas de saúde, tais como a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A construção de conhecimento sobre o SUS ocorreu durante a matriz curricular teórica do curso de graduação em enfermagem.

Entretanto, no estágio curricular supervisionado na atenção básica, esperamos que o discente possa ser capaz de inserir sua atuação no desenho de uma rede assistencial do sistema e que o estágio contribua significativamente na construção de saberes sobre o SUS, além dos discutidos em sala de aula, mas que se somam a outros espaços de ensino/aprendizagem.

Essa compreensão do SUS e da saúde da família, pelo estudante de enfermagem, nem sempre acontece a contento na conjuntura do estágio supervisionado na atenção básica, resultando no fenômeno da atuação discente na atenção básica no SUS a partir da vivência do estágio supervisionado. Assim, questionamos: o estágio supervisionado na atenção básica fornece subsídios ao estudante de graduação em enfermagem para uma atuação voltada para o SUS?

Este estudo tem por objetivo analisar os aspectos contextuais do fenômeno atuação discente na Atenção Básica a partir da vivência do estágio supervisionado à luz das políticas de formação para o SUS.

Para a análise, utilizamos o referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress (1992), os quais conceituam o contexto como tendo quatro camadas interativas – o imediato, o específico, o geral e o metacontexto – que se distinguem, entre si, pela extensão com que o significado é compartilhado (estendido a partir do significado totalmente individualizado até o significado quase universal), pelo tempo que focaliza (presente ou futuro), e pela rapidez com que a mudança em cada camada pode ocorrer e ser percebida. Assim, enfoca-se o fenômeno inserido nas suas camadas de contexto.

Segundo esse referencial, o contexto imediato tem como foco o fenômeno em si, no tempo presente. No contexto específico, a principal característica é o conhecimento individualizado e único, que engloba o passado imediato, influenciado por várias circunstâncias, e os aspectos relevantes da presente situação. A mutável camada do contexto geral se caracteriza pelo quadro de referência de vida desenvolvido pelo indivíduo a partir das suas interpretações obtidas através das interações passadas e atuais. O metacontexto se constitui como uma fonte de conhecimento socialmente construído, que opera continuamente e que resulta em uma perspectiva social compartilhada (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

## **O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

A Lei que ampara a realização de estágios supervisionados nos currículos escolares dos cursos é a de nº 6.494/77, regulamentada pelo Decreto nº 87.497/82, com as modificações introduzidas pela Lei nº 8859/94.

Na graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a proposta curricular em vigor foi implantada em 1997, com base no currículo mínimo da enfermagem, disposto na Portaria nº 1.721/MEC/1994, e nas diretrizes curriculares nacionais que estavam em processo de homologação.

Em 2001, essa proposta foi atualizada na forma de Projeto Político Pedagógico (PPP) e, mais recentemente, a partir de 2005, a comissão de currículo começou a unir docentes e discentes para avaliar o curso e construir um novo PPP, norteado pelas diretrizes curriculares. O PPP de 2001 é orientado pelos princípios da interdisciplinaridade, integralidade e terminalidade e concebe o SUS como um modelo a ser buscado. No perfil do egresso, enfoca uma formação generalista, com vistas ao desenvolvimento de

habilidades e competências para assistir/cuidar/intervir, gerenciar, investigar e ensinar, nos diferentes cenários da prática profissional, estimulando, a educação permanente para contemplar as necessidades do trabalho especializado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, 1997).

Na perspectiva de formar o profissional enfermeiro em todas as suas competências, o curso em graduação em enfermagem pela UFRN preza por oferecer um semestre dedicado às práticas de estágio supervisionado no âmbito da atenção básica em saúde, através da parceria com as secretarias municipais de saúde de Natal e de Parnamirim, a fim de oferecer campos de estágio na ESF desses municípios.

O oitavo período da graduação visa à prática supervisionada do graduando pelo preceptor (enfermeiro da unidade de saúde da família, USF), em parceria com um supervisor de campo (professor da UFRN), a fim de que o aluno possa adquirir autonomia no cuidado em saúde pública a ser desenvolvido futuramente como profissional.

A ênfase em saúde pública, dada pelo currículo da graduação, visa a formar enfermeiros para atenderem às demandas do SUS, atualmente o maior responsável pelo mercado de trabalho na saúde, principalmente após a implantação da ESF como reorientação do modelo assistencial em saúde.

Considerando o contexto da ESF, são atribuições específicas do enfermeiro: realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do ministério da saúde e as disposições legais da profissão; as atividades corretamente às áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS, 2001; ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio (BRASIL, 2000).

Outras competências do enfermeiro da ESF envolvem: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto, e idoso; no nível de suas competência, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos, de saúde mental, entre outros; supervisionar e coordenar capacitações de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções (BRASIL, 2000).

Esperamos que a maior parte dessas competências sejam desenvolvidas pelo enfermeiro em formação no decorrer do estágio supervisionado na atenção básica, sendo amplas e variadas as oportunidades de ensino/aprendizado voltados para o fortalecimento do SUS.

## **A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESPAÇO DE APRENDIZAGEM NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO**

Idealizada pelo Ministério da Saúde em 1993, sua oficialização ocorreu no ano seguinte, e sua extensão nacional efetiva se deu a partir de 1995. Os pontos centrais da ESF incluem o estabelecimento de

vínculos e a criação de laços de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Seu objetivo está na reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, substituindo o modelo tradicional de assistência curativista e hospitalocêntrico. A atenção é voltada para a família, que é entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que avancem para além das práticas curativistas (SILVA; DALMASO, 2002).

Perante a mudança na lógica assistencial com o advento da ESF, a enfermagem em saúde pública, desenvolvida a partir do modelo médico/curativista centrado no indivíduo, buscou mudar esse enfoque do cuidado para uma prática mais holística de atenção à saúde. Nessa visão, a enfermagem tem demonstrado grande interesse e disposição em incorporar aspectos relacionados à subjetividade do ser humano em sua prática assistencial e no desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio, através do desenvolvimento e utilização de referenciais que possibilitem ir além do modelo médico (PAIM; TRENTINI, 1993).

A inserção do discente em estágio curricular, na conjuntura da ESF, pode ser significativa para sua compreensão sobre o SUS, além de possibilitar o exercício das diversas atribuições do enfermeiro que atua na atenção básica do sistema.

Como exemplo dessa contribuição para o discente, no curso de graduação em enfermagem da Unochapecó, a partir de 2006, houve uma ampliação significativa da inserção dos estudantes com ações de cuidado, gerência e educação nos cenários da rede de atenção básica, escolas e espaços da comunidade. Isso viabilizou a inserção dos estudantes no contexto social e possibilitou seu aprimoramento nas habilidades requeridas ao enfermeiro. Também fortaleceu parcerias entre instituição formadora, profissionais, gestores e usuários; ampliou a integração ensino/serviço, indispensáveis para que a inserção do estudante no cotidiano de trabalho dos serviços e na vida das comunidades seja produtiva e coerente (COLISELLI, 2009).

A articulação ensino/serviço é essencial para a consolidação do estágio curricular supervisionado no processo de formação do enfermeiro. A trajetória histórica do estágio na atenção básica nos cursos de graduação de enfermagem demonstra alguns avanços e problemas.

Em 1994, o currículo foi construído coletivamente pela enfermagem a partir dos princípios do SUS e do conceito ampliado de saúde, trazendo a exigência da realização do Estágio tanto na rede básica quanto na hospitalar; medida atualizada e mantida pelas Diretrizes Curriculares para integrar a atenção individual e coletiva, teoria e prática, ensino e serviço, formando um profissional apto a atender as demandas de saúde da população brasileira e contribuir na construção do SUS (COSTA; GERMANO, 2007).

Não obstante, na materialização desse ideal, antigos e novos problemas se somam: desarticulação ensino-serviço e docente/assistencial; dificuldades na relação público/privado; problemas com a legislação profissional, a qual interfere na preceptoria, escassez e superlotação dos campos de estágio, decorrente da expansão do ensino na esfera privada, dentre outros. Perante essa conjuntura, emerge a reflexão acerca do

Estágio Curricular Supervisionado nos aspectos didático-pedagógico, estrutural e legal, no intuito de construir uma política de Estágio que possa reger essa atividade acadêmica dentro de sua especificidade, contribuindo para o SUS e para a construção deste (COSTA; GERMANO, 2007).

Assim, é válido elencar elementos relacionados às mudanças na formação em saúde/enfermagem com relação ao estágio curricular supervisionado e sua contribuição para o discente no processo de construção do SUS, enquanto política pública de saúde no Brasil.

## **AS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM E O ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO**

A formação para a área da saúde, marcada pelo desenho flexneriano de ensino e trabalho, deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para essa designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (BRASIL, 2004a).

Por sua vez, o ensino na enfermagem se institucionaliza à margem do saber médico, com fragmentação técnica dentro da própria categoria e fortalecendo a dicotomia entre público/privado, teoria/prática e especialmente do pensar/fazer na profissão<sup>(10)</sup>. Uma educação em saúde/enfermagem pautada na integralidade pode transformar práticas e saberes tradicionais em inovadores e comprometidos com a mudança social.

A formação do enfermeiro frente à integralidade envolve um projeto pedagógico voltado para esse ideal e a participação dos serviços como espaço de ensino/aprendizagem, dinâmica que envolve as práticas de saúde. Requer uma postura dos atores envolvidos num processo ensino/aprendizagem problematizador, dialógico e coletivo (CAVALCANTE, 2009).

A enfermagem vem orientando seu ensino de acordo com as demandas que surgem na sociedade brasileira. A implantação de novas diretrizes curriculares nos cursos de formação acadêmica se configura como desafio à construção de projetos político-pedagógicos criativos, inovadores e flexíveis, de forma a adequá-lo às prerrogativas da nova lei de diretrizes e bases da educação nacional, ao modelo assistencial às necessidades sociais e ao mercado de trabalho em saúde (COSTA; MIRANDA, 2009).

A articulação da formação acadêmica do enfermeiro com o processo de consolidação do SUS/ESF, amparada pelas reformas na educação brasileira, determina a necessidade de mudanças efetivas e radicais, de produção e manutenção de inovações nos currículos e nos projetos político-pedagógicos e nas metodologias de ensino. Essa transformação viabilizaria a formação de enfermeiros capazes de intervirem na reorganização do modelo assistencial por conhecerem os problemas sociais e de saúde da população (COSTA; MIRANDA, 2009).

Desse modo, compreendemos que as mudanças na formação do enfermeiro, nas grades curriculares e nos projetos político-pedagógicos são essenciais para a construção e a consolidação do SUS, por gerarem ou não um perfil profissional voltado às necessidades sociais e de saúde da população e comprometidos com o sistema. Por outro lado, tais mudanças não devem ser pautadas numa perspectiva tradicional de ensino, mas sim numa lógica capaz de gerar crítica e reflexão no discente, a serem vivenciados no contato com a comunidade no estágio curricular supervisionado na atenção básica.

## **A EDUCAÇÃO CRÍTICO/REFLEXIVA E SUA IMPORTÂNCIA NO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO**

Diante das dificuldades na apropriação de uma prática pedagógica, fundada numa educação libertadora, aliada às práticas sociais e políticas para viabilizar uma transformação social, afirmamos ser necessário a problematização das práticas pedagógicas dos educadores, para que elas também se tornem temáticas em processo de conhecimento (ANTÔNIO; LUCINI, 2007). Essas práticas pedagógicas transformadoras devem se inserir no estágio curricular supervisionado de enfermagem, enquanto espaço de ensino/aprendizado, consolidado na relação preceptor/discente.

À luz dos aspectos significativos do processo ensino/aprendizagem, defendidos pela prática educativa reflexiva, depreendemos que, ao aproximar os estudantes da realidade profissional, são oferecidas a eles condições que vão gerar um aprendizado capaz de mobilizá-los na busca de novos conhecimentos (MEIRA; KURCGANT, 2008). Essa busca consolida o aprendizado da graduação ao mesmo tempo em que o contextualiza na realidade da comunidade assistida na atenção básica do SUS.

Desse modo, a abordagem crítico-reflexiva discute a ação educativa de forma inovadora, centrada no diálogo entre o educador e o educando. O ser humano é compreendido como sujeito a partir de seu posicionamento crítico, refletindo sobre sua condição, comprometido com sua realidade e não sendo um mero espectador das ações de outros indivíduos. Então, ao se integrar com o mundo e no mundo, recria sua própria história e decide sobre ela (ALVIM; FERREIRA, 2007). Assim, preceptor e discente dialogam entre si, sendo o graduando um sujeito ativo na sua busca incansável por conhecimento e protagonista desse processo.

Portanto, o estágio curricular supervisionado de enfermagem deve formar para o SUS numa perspectiva crítico/reflexiva, capaz de unir saberes e práticas, visando à transformação de uma realidade social e de saúde já posta, mas não consolidada. Esse olhar transformador se desenvolve no discente a partir da empatia com os sujeitos envolvidos no processo saúde/doença individual e coletivo no âmbito da atenção básica, esses sujeitos se articulam de forma a buscar novos conhecimentos amparados no espaço da comunidade e da ESF, locus por excelência do saber/fazer saúde coletiva.

## **POLÍTICAS E PROGRAMAS DE FORMAÇÃO VOLTADOS PARA O SUS**

Atualmente, existem várias medidas do Ministério da Saúde para incentivar a formação adequada para o trabalho transdisciplinar e multiprofissional, compatíveis com políticas já utilizadas por países desenvolvidos, tais como Canadá, França, Suécia, Alemanha.

O governo federal vem implantando políticas de inclusão social, que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente na saúde e na educação. Na área de saúde, há um consistente esforço para a substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar. A articulação entre as instituições de ensino superior e o servidor público de saúde potencializa respostas às necessidades concretas da população brasileira, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004a).

Dentre as ações estratégicas em educação na saúde, desenvolvidas com apoio do Ministério da Saúde, com vistas a capacitar recursos humanos para fortalecer o SUS e o controle social, na perspectiva da integralidade, destacam-se: polos de educação permanente; formação de facilitadores de educação permanente em saúde; especialização em ativação de processos de mudança na formação superior de profissional de saúde; o Aprender-SUS – incentivo às mudanças curriculares da graduação em saúde; programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – Pró-Saúde; capacitação de coordenadores de cursos e docentes da educação superior para implantação das diretrizes curriculares nacionais da área da saúde (Projeto SGTES/OPAS/FNEPAS); vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde (VER-SUS); residências; rede multicêntrica de apoio à especialização em saúde da família em grandes municípios (REDE MAES+); telessaúde aplicada à atenção básica; certificação de hospitais de ensino; articulação com a SETEC/MEC e cursos superiores de tecnologia na área de saúde; Projeto FAIMER; parceria e apoio a eventos e publicações (BRASIL, 2004a).

Analisamos, como grande avanço, a criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS), criada a partir do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Seu objetivo é propor ações de regulação para as profissões e ocupações da área de saúde, bem como sugerir alterações de leis e estimular iniciativas para regulamentar o exercício das novas atividades (BRASIL, 2004a).

Uma das estratégias que integram a política de educação para o SUS é o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS/Brasil, construído em parceria entre o Ministério da Saúde com o movimento estudantil dessa área. Seu principal objetivo é proporcionar aos estudantes a vivência e a experimentação da realidade do SUS e contribuir para a formação de profissionais críticos e sensíveis às necessidades da população brasileira e do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004b).

O Projeto VER-SUS tem o objetivo específico de aproximar os estudantes universitários da área da saúde aos desafios inerentes à implantação do Sistema de Saúde. Embora partilhe a vocação para a mobilização massiva de universitários e sua adesão às necessidades sociais do País, o VER-SUS se propõe à ruptura com o caráter de política compensatória, inaugurando uma vivência com caráter crítico, reflexivo e propositivo de debates com gestores e docentes da área da saúde (BRASIL, 2004c).

Assim, os estudantes são convidados a assumirem um protagonismo sobre seu processo ensino/aprendizagem, voltado para a consolidação do modelo de saúde preconizado pelo SUS, desmistificando valores pré-concebidos sobre o sistema e assumindo um caráter de sensibilização para as necessidades sociais e de saúde junto à comunidade a aos profissionais/gestores. Portanto, consideramos o VER-SUS como uma iniciativa para contribuir para a formação de estudantes para o SUS.

Na área da enfermagem, cujo corpo de auxiliares e técnicos de enfermagem de qualificação urgente e pendente ainda é numeroso, algumas ações voltadas para a educação profissional de nível médio em saúde podem ter impacto relevante. São elas: fortalecimento e modernização das escolas técnicas do SUS; a formação técnica de nível médio na área da saúde; programa de incentivo à pesquisa nas escolas técnicas em saúde do SUS, no âmbito do projeto PROFAE; mestrado profissional em gestão do trabalho e da educação na saúde; formação pedagógica dos docentes; elaboração, negociação, pactuação e validação dos perfis de competências profissionais (BRASIL, 2004a).

Esse direcionamento ministerial para a formação e a capacitação em saúde e enfermagem são fundamentais para a consolidação do SUS como modelo assistencial vigente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perante as discussões e os avanços das diretrizes para a educação em enfermagem, percebemos que o estágio curricular supervisionado na atenção básica pode fornecer subsídios ao estudante de graduação em enfermagem para uma atuação voltada para o SUS. Entretanto, para que esse propósito de formar para o SUS seja alcançado, é necessário lançar mão das novas políticas de educação voltadas para a formação de recursos humanos para a saúde coletiva, entendendo-a como espaço por excelência de trocas de saberes e práticas.

A atuação discente na Atenção Básica, a partir da vivência do estágio supervisionado, à luz das políticas de formação para o SUS, vai ser modelada desde o início da graduação de acordo com o projeto político pedagógico da instituição de ensino superior. Desejamos que essa atuação seja capaz de promover saúde e transformação da realidade da população brasileira, através de práticas e sentidos inovadores, obtidos mediante uma formação crítico-reflexiva e comprometida com a ética da solidariedade, rompendo a tradicional lógica do individualismo presente na formação em saúde.

Acreditamos que o enfermeiro egresso da instituição formadora, formado numa educação libertadora e entrelaçada com o compromisso social de formar para o SUS, pode contribuir significativamente para a construção e o fortalecimento do sistema.

## REFERÊNCIAS

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 315-319, 2007.



ANTÔNIO, C. A.; LUCINI, M. Ensinar e aprender na educação do campo: processos históricos e pedagógicos em relação. **Caderno Cedes**, v. 27, n. 72, p. 177-195, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **EducarSUS: notas sobre o desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, período de janeiro 2003 a janeiro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

CAVALCANTE, R. D. **O projeto pedagógico de enfermagem e o Sistema Único de Saúde: a visão de discentes**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2009.

COLLISELLI, L. et al. Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino- serviço. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 932-937, 2009.

COSTA, L. M.; GERMANO, R. M. Estágio curricular supervisionado na Graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 706-710, 2007.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Sistema Único de Saúde e da Família na formação acadêmica do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 300-304, 2009.

HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. **Qualitative Health Research**, v. 2, n. 1, p. 61-74, 1992.

MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P. Avaliação da formação de enfermeiros segundo a percepção de egressos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 556-561, 2008.

PAIM, L.; TRENTINI, M. Indo além do modelo médico - uma experiência de ligação teoria-prática na assistência de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 2, n. 1, p. 13-32, 1993.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVEIRA, R. S. et al. Conceptualizando a prática da enfermagem a partir de Paulo Freire. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 156-162, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Coordenação do Curso de Enfermagem. **Projeto Político-pedagógico do Curso de Enfermagem da UFRN**. Natal/RN: UFRN, 1997.

# **METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Eumendes Fernandes Carlos  
Thiago Enggle de Araújo Alves  
Carmem Lúcia Colomé Beck

## **INTRODUÇÃO**

Percorrendo a história da Educação, identifica-se que o modo de ensinar, através dos tempos, ofereceu variações no que se ensinava, nas atitudes dos mestres e alunos, nos recursos e instalações escolares (CASTRO, 2005).

A educação é um processo sistemático e interativo de troca de informações entre pessoas de uma dada comunidade, com o propósito específico de ajudá-las a elaborar conhecimentos e significados, incorporando-os a sua estrutura cognitiva e ao patrimônio cultural coletivo (JAEGER, 1995). Trata-se de uma atividade com grande repercussão na vida individual, mas que, por definição, diz respeito à tessitura da sociedade. Assim, foi trazido à tona o conceito freireano da educação problematizadora, ou seja, aquela que representa o conjunto compartilhado entre dois sujeitos pensantes na busca de significados comuns (VASCONCELOS, 2006).

A educação moderna aponta para os estudantes e professores, grandes desafios, ao instigá-los para olhares diferenciados, quando o assunto envolve perspectivas inovadoras, ao buscar a formação de profissionais crítico-reflexivos, voltados a novas realidades, de forma a problematizá-las, suscitando mudanças no interagir de uns com os outros, ao participarem ativamente no processo de ensino-aprendizagem (SILVA; TANJI, 2008).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. Nesse aspecto, o processo ensino-aprendizagem tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento no qual o docente assume um papel de transmissor do conhecimento (MITRE et al, 2008).

Assim, o grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual, em íntima relação com o coletivo, no qual a educação deva ser capaz de desencadear uma visão do todo – de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva.

Portanto, a busca de métodos inovadores, que apontem para uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, que ultrapasse os limites do treinamento puramente técnico, é necessária para

efetivamente se alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação. (MITRE et al, 2008).

Nessa perspectiva, objetiva-se apresentar a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Coletiva I e II, no Curso de Bacharelado em Enfermagem na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN.

As metodologias ativas propõem, através da resolução de problema, da criação de conflitos, o preparo para a vida, para a autodisciplina, autorregulação e que estimula parte do esforço voluntário, para combinar um trabalho individual e de equipe, com propostas significativas e muito mais comprometedoras do professor e do aluno, na busca por um fazer pedagógico e longe de um fazer anárquico individualizado (PIAGET, 1973).

Assim, pretendeu-se mudar o processo de formação profissional nas disciplinas supracitadas, incorporando-lhes conhecimentos e tecnologias para a educação de adultos, o que implicou a introdução de metodologias que favorecessem a aprendizagem ativa, centrada no estudante, no desenvolvimento de sua capacidade crítica e de investigação (BORDENAVE; PEREIRA, 1993).

## **METODOLOGIA**

O aprendizado e o uso de metodologias ativas de aprendizagem foi despertado em um dos autores deste trabalho, durante a participação no curso de especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, realizada de maio de 2010 a maio de 2011, no Polo Universidade Aberta do Brasil – UAB, em Fortaleza/CE.

Esse curso de especialização apresentou uma organização curricular que contemplou as áreas de competência político-gerencial, educacional e de cuidado à saúde, no que se refere aos processos de mudanças na formação superior de profissionais de saúde, tendo como objetivo formar especialistas capazes de estimular e fomentar, nos espaços de formação de profissionais de nível superior em saúde, o pensamento crítico e as ações estratégicas que promovam mudanças na qualidade de atenção a saúde da população brasileira.

O curso foi desenvolvido integralmente por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, com a utilização do processamento de situações-problema presentes no Caderno do Especializando e de relatos de prática elaborados pelos alunos especializando, estimulando a permanência destes como sujeitos de sua formação.

Assim, vivenciando essa metodologia como estratégia de ensino-aprendizagem, é que foi possível aplicá-la no processo de construção do conhecimento dos alunos em sala de aula, permitindo a democratização e a reflexão do conteúdo apresentado através de rodas de conversa com a formulação de situações problemas. Logo, percebeu-se que as mudanças ocorridas com essa metodologia incidiam sobre dimensões mais abrangentes do processo de formação profissional, estabelecendo novos critérios de convivência entre os sujeitos envolvidos (FEUERWERKER; SENA, 2002)

Este trabalho se constitui em um relato de experiência de uma estratégia pedagógica junto a acadêmicos de enfermagem e inicia a partir da análise do cenário de trabalho. A partir da identificação das fragilidades, carências e potencialidades encontradas no campo de atuação, especialmente no processo de ensino-aprendizagem, identificaram-se estratégias para impactar essa realidade, a fim de transformá-la para melhor atender aos anseios no aprendizado dos acadêmicos.

Desenvolver um trabalho de mudança na formação de profissionais em saúde demandou, primeiramente, um estudo metodológico sobre a melhor forma de fazê-lo.

Os atores envolvidos nesse processo foram os alunos e professores do curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, matriculados no quarto e no quinto período curricular, nas disciplinas de Enfermagem em Saúde Coletiva I e II, durante os anos de 2010 e 2011.

As referidas disciplinas são lecionadas por dois professores, e estavam matriculados na disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva I 35 alunos e, na disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva II, 13 alunos.

Para os discentes pertencentes a esse campo de atuação, foram aplicadas as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, para observar o processo de construção do conhecimento.

A estratégia de metodologias ativas, através de situação-problema, permitiu uma relação direta com o ensino do discente e se tornou mais eficaz na operacionalização do trabalho na busca do conhecimento. Assim, desenvolveu-se inicialmente a formulação de situações-problema, por entender que estas ofereceriam a condição de fazer uma maior reflexão da conjugação educação, atuação profissional e aprendizagem.

A partir da formulação das situações problema pelos docentes da disciplina, os alunos, em cada turma, eram reunidos em pequenos grupos, com composição máxima de cinco alunos, os quais discutiam a disciplina a partir dos temas referentes ao conteúdo programático. No momento da discussão, eram disponibilizados textos-base para ajudar os alunos na discussão e apreensão do conteúdo.

Logo em seguida, os pequenos grupos tornavam-se um grande grupo, no qual haveria a socialização do conhecimento construído, sempre com a presença do professor mediando esse processo, interferindo o mínimo possível e estimulando uma discussão aberta e problematizadora.

É importante salientar que os alunos tinham conhecimento prévio do assunto que seria discutido na aula e também tinham acesso ao texto-base para leitura preliminar. Em seguida, era apresentada a situação-problema, que era discutida e que poderia ser reformulada.

Foi possível introduzir o lúdico nesses momentos de discussão para instigar a sensibilidade dos acadêmicos frente à realidade vivenciada no cenário de sua prática. Para avaliar uso dessas metodologias de ensino-aprendizagem, aplicou-se o seguinte questionamento aos alunos, no primeiro e no último dia de aula: como você percebe o seu aprendizado com essa metodologia de ensino aplicada nas aulas?

## **RESULTADOS ALCANÇADOS**

A perspectiva clássica da educação enfatiza o domínio do professor, o ensino em sala de aula e a ênfase nos tópicos a serem ensinados. Em sua expressão mais extremada, os alunos são vistos como instrumentos passivos, capazes de aprender e aceitar orientações, mas muito imaturos para iniciar qualquer atividade significativa. Professores associados a essa abordagem veem sua função como modeladores do comportamento dos alunos, mediante exposições e demonstrações (GIL, 2009).

O modelo clássico tem sua origem na antiguidade greco-romana, foi dominante nas primeiras décadas do século XX e, a despeito dos ataques que lhe têm sido movido pelos educadores progressistas, ainda constitui modelo muito valorizado em inúmeras partes do mundo. Em muitos países subdesenvolvidos, onde educação constitui privilégio de uma elite, o modelo clássico aparece como o preponderante e associado à reprodução das relações de poder. No Brasil, é fácil verificar que esse modelo ainda goza de bastante prestígio (GIL, 2009).

Antes da participação na especialização, as aulas ministradas nas disciplinas citadas eram baseadas na perspectiva clássica da educação, na qual o conteúdo programático era transmitido através de aulas expositivas dialogadas, com o uso de slides projetados. Assim, o assunto exposto era “recortado” e “costurado” para permitir os conceitos “prontos”, que eram apresentados aos alunos. Nessa perspectiva, o professor era o detentor do conhecimento, e os alunos se comportavam apenas como “baús”, prontos a receberem e armazenarem o conhecimento.

Com isso, percebe-se que novos elementos tecnológicos no ensino não garantem, por si, a ruptura de velhos paradigmas. É necessário que se transformem as concepções inerentes ao processo ensino-aprendizagem para ressignificá-las em uma perspectiva emancipadora da educação (PIAGET, 1976; PIAGET 2003).

Essa intervenção é um processo em que não há um repasse de informações de forma unilateral, mas sim uma circulação de conhecimentos que se retroalimentam no esquema da roda. Isso se evidencia de tal forma que os profissionais de nível superior que estão se constituindo nesse processo têm possibilidades de melhorar o seu linguajar e sua forma de lidar com as experiências em grupo.

Logo, o professor passou a atuar como um problematizador, colocando o “aprendiz” em situações nas quais a interação sujeito-conteúdo-sujeito pudesse ocorrer e, dessa forma, estimular que o aluno se torne um partícipe ativo no seu processo de aprendizagem.

Os resultados obtidos com a realização do trabalho foram imediatos e constituíram-se em um processo permanente de educação em que os atores envolvidos nessa nova estratégia de ensino foram assimilando o novo modo de trabalho, que era agora baseado em processos educativos mais autônomos, atentando para o fato de que seus conhecimentos prévios tinham muita importância diante do saber científico.

As aulas passaram a apresentar uma melhor dinâmica e com isso fluíam naturalmente, pois apresentavam um compartilhamento de ideias por todos os atores envolvidos. Nesse momento, foi introduzida a ludicidade como, por exemplo, na utilização de uma rosa com espinhos para simbolizar a

vida humana nos seus diversos estágios. Com isso, muitos temas como humanização, integralidade, processos de trabalho na saúde puderam ser discutidos.

Assim, todos os alunos afirmaram, ao término das disciplinas, terem melhorado o nível de apreensão dos conteúdos, já que agora eles eram co-partícipes do processo educativo, e o seu saber era levado em consideração. Nesse caso, o conhecimento e experiência prévia não são ignorados, mas, pelo contrário, são aproveitados para construção do conhecimento acadêmico a partir das experiências deles, o que parece contribuir para que a retenção das informações seja mais eficiente. Também o fato de conteúdos serem discutidos e analisados em grupo serviu como recurso facilitador da aprendizagem.

Nesse aspecto, esta experiência caminhou em consonância com as premissas expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996), as quais fundamentam o processo de formação na educação superior através do desenvolvimento de competências e habilidades; do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão; da implantação de Projetos Pedagógicos inovadores, em uma perspectiva de mudança para a formação profissional (FERNANDES, 2005).

Um dos resultados significativos provenientes de pesquisas em formação de professores é que um dos obstáculos para o professor adotar uma atividade docente inovadora e criativa, além da já discutida falha no domínio do conteúdo, são suas ideias sobre ensino/aprendizagem. Algumas pesquisas mostram que os professores têm ideias, atitudes e comportamentos sobre o ensino, formados durante o período em que foram alunos, adquiridos de forma não reflexiva, como algo natural, óbvio, escapando, assim, à crítica e se transformando em um verdadeiro obstáculo para sua mudança didática. (CARVALHO; PEREZ, 2005)

A avaliação dos alunos envolvidos nessas disciplinas demonstrou que eles desenvolveram a independência, retiveram por mais tempo os conteúdos adquiridos e assumiram uma postura inquisitiva e de valorização do estudo permanente.

Outro ponto positivo do projeto se refere ao relato dos alunos a respeito de uma melhoria da qualidade das aulas. As aulas tornaram-se muito mais interativas e humanizadas, pois, ao estimular a expressão de voz aos alunos, conseguiu-se abranger um número maior de informações já que a bagagem cultural de cada ator é contemplada e torna o conhecimento mais amplo.

Outra importante conquista refere-se a uma maior integração interna entre os alunos, porque permite vivenciar o trabalho em equipe. Essa ligação mais estreita é fundamental para a operacionalização de um tão almejado trabalho em equipe, objetivo da sua formação para atuar no mercado de trabalho atual na saúde.

Esses avanços provocam alterações nos padrões de vida, saúde e doença nas situações particulares e familiares, e ainda dá a expectativa de evolução do trabalho e de avanços ainda maiores. Nessas circunstâncias, emergem as dimensões problematizadoras, as quais assumem a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade, tornando-a ponto de partida e de chegada do processo de aprendizagem.

É importante ressaltar que o “processo” de entendimento e discussão de um problema geralmente se mostra mais relevante até mesmo que o “produto”, por ele ser gerado, ou seja, a resolução do mesmo é algo de fato esperado, porém entendido como possível consequência de todo o debate realizado no grupo de alunos.

Ao levar os alunos a lidar com problemas e procurar solucioná-los, defendemos que eles são levados a compreender de que forma aprendem determinado conceito e/ou utilizam determinada competência, conduzindo-os a uma reflexão sobre o seu papel no mundo e potencializa sua atuação no mercado profissional. Com a vivência em tal método, espera-se do aluno o debate crítico em torno da resolução de um problema, auxiliando-o na criação de um ambiente de respeito ao professor e aos seus colegas no grupo.

No entanto, o papel do professor, nesse contexto, está longe de ser passivo, visto que sua atuação se mostra fundamental no sentido de mediar as discussões e auxiliar o grupo a manter uma estrutura de foco no problema e determinação em sua resolução. Assim, espera-se do docente um estímulo para o grupo de alunos no intuito de se aproximar com o contexto de problema e promover o aprendizado pelas seguintes tentativas de resolvê-lo.

Buscava-se sempre atrelar o assunto à futura prática profissional do aluno para que pudesse compreender melhor as informações. Como complemento, era preparado para cada assunto discutido, um resumo escrito, com linguagem simples e que poderia servir de roteiro de expressão para servirem de base para o resgate no próximo debate.

Ao término do período letivo, foi possível apresentar todo o conteúdo programático aos acadêmicos, verificando-se a sua percepção através de avaliações pontuais e perceber que a compreensão dos conteúdos tinha ocorrido de forma significativa.

## **LIÇÕES APRENDIDAS COM A EXPERIÊNCIA**

Na realidade descrita, os alunos mostraram-se interessados no aprendizado de assuntos relacionados ao seu dia a dia e trouxeram muitos relatos de suas experiências de vida. O fato de levar em consideração os conhecimentos prévios dos alunos também facilitou o processo de diálogo e de aprendizagem. Nesse contexto, os eles sentiam-se co-partícipes do processo de produção de conhecimentos e práticas em saúde.

É fundamental destacar a importância da subjetividade de cada aluno, e esse fato é condição *sine qua non* para a concretização dos objetivos propostos, tendo em vista que é complexo organizar rodas de conversas para discutirem-se temas importantes à formação e ao trabalho como futuro enfermeiro se o próprio discente não se interessar em desenvolver um bom trabalho quando formado. Outra inferência importante se refere à personalidade de alguns alunos, que são introspectivos, mas, com o uso dessa metodologia, conseguem explicar suas ideias no momento de integração.

Assim, percebeu-se que não se deve levar em consideração apenas os aspectos técnicos do trabalho nas discussões, mas também trabalhar o fator emocional dos alunos, que são, antes de tudo, seres humanos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Portanto, a pedagogia da interação supera com vantagens a pedagogia da transmissão passiva de conhecimentos, utilizada nos métodos tradicionais de ensino, porque facilita o desenvolvimento do método próprio de estudo e possibilita que o aluno aprenda a selecionar criteriosamente os recursos educacionais mais adequados, a trabalhar em equipe e a aprender a aprender.

Essa concepção de ensino na Universidade propõe a preparação de um profissional de Enfermagem com formação geral, sólida e integral. Logo, o objetivo principal dessa formação é a conquista de um profissional criativo, cooperativo, com iniciativa, capacitado para continuar a buscar conhecimento após a graduação e comprometido com as transformações sociais.

Assim, ocorre uma ruptura com as concepções tradicionais do ensino e, fundamentalmente, com as formas acadêmicas desvinculadas da prática real da profissão do enfermeiro nessa tarefa, realmente inovadora no âmbito da educação formal.

Nesse contexto, a reforma das práticas pedagógicas tem sido uma preocupação das instituições de ensino neste início de século. Essa necessidade surge com a mudança dos paradigmas educacionais baseados na urgência da adequação às culturas contemporâneas que primam pela liberdade do saber pensar. Tal liberdade supõe o conhecimento crítico da realidade social, pois não há como desvincular a ciência do saber comum já que aquela existe para este e a partir deste processo.

A nova proposta nas disciplinas Enfermagem em Saúde Coletiva I e Enfermagem em Saúde Coletiva II, é inovadora em sua metodologia, pois tenta alcançar a premissa: a universidade a serviço da comunidade, formando profissionais cidadãos, conhecedores da realidade social, cultural e econômica brasileira.

Enfim, o modelo pedagógico das disciplinas ficou fundamentado nos princípios da pedagogia interativa, de natureza democrática e pluralista, com um eixo metodológico firmemente estabelecido e que priorize metodologias ativas de ensino aprendizagem. Esse modelo deve possibilitar, ao término do curso, uma formação geral e integral do profissional enfermeiro. Com essa metodologia, pretende-se conjugar o enfoque pedagógico que melhor desenvolva os aspectos cognitivos da educação (aprender a aprender), com o enfoque que permita o melhor desenvolvimento das habilidades psicomotoras e de atitudes (aprender fazendo).

O referido trabalho é de possível aplicação nos mais variados cenários, pois não demanda um grande investimento de recursos para a sua efetivação, lembrando que é importante levar em consideração alguns fatores determinantes para o seu sucesso, como ter empenho e vontade pessoal de lutar pelo



desenvolvimento do sistema de educação pautado na participação e entender que a construção do conhecimento deve ser estimulada e compartilhada.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da educação. Lei nº 9.394, 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 dez. 1996; Sessão 1, p. 833-41.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 9. ed. Petrópolis: vozes, 1993.

CARVALHO, A. M. P.; PEREZ, D. G. O saber e o saber fazer do professor. In: CASTRO, A.D.; CARVALHO, A.M. P. **Ensinar a ensinar**: didática para escola fundamental e média. São Paulo: Thomson, 2005.

CASTRO, A. D. O ensino: objeto da didática. In: CASTRO, A. D; CARVALHO, A. M. P. **Ensinar a ensinar**: didática para escola fundamental e média. São Paulo: Thomson, 2005.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 4, n. 39, p. 443-449, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. A contribution to the movement for change in Professional healthcare education: an assessment of the UNI experiences. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

JAEGER, W. **Paidéia**: a formação do homem grego. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

MITRE, S. M. et al. Metodologias Ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e saúde coletiva**, v.13, sup. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

PIAGET, J. **Biologia e conhecimento**: ensaio sobre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos. Petrópolis: Vozes, 1973.

PIAGET, J. **A equilíbrio das estruturas cognitivas**. Problema Central do desenvolvimento. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

VASCONCELOS, M. L. M. C.; BRITO, R. H. **Conceitos de educação em Paulo Freire**. Rio de Janeiro: Vozes; São Paulo: Mack Pesquisa, 2006.

SILVA, C. M. S. L. M. D.; TANJI, S. A avaliação: um desafio que permanece para professores e estudantes de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 2, n. 4, p. 385-91, out./dez. 2008.

# PRÁTICAS INTEGRAIS E EMANCIPATÓRIAS: O SUS NA RELAÇÃO TRABALHADOR-USUÁRIO

Erica Louise de Souza Fernandes Bezerra

Rosalba Pessoa de Souza Timoteo

## INTRODUÇÃO

É bastante comum e correto afirmar que o processo de construção e consolidação dos SUS, a partir do que foi pensado por seus idealizadores e defensores (Movimento Sanitário Brasileiro), necessita de uma reorganização do modelo assistencial. “Por modelo assistencial, entenda-se a forma com que o cuidado em saúde é produzido e se organiza na política de saúde para atender às necessidades da população” (PIRES, 2005, p. 1030).

O modelo assistencial, ainda predominante nos serviços de saúde (o modelo clínico), prima por uma atenção fragmentadora, reducionista, baseada no biologismo. Esse tipo de pensamento/ação não dá conta de resolver os problemas de saúde das pessoas, tendo em vista que estas são seres complexos e dinâmicos, não mensuráveis e não redutíveis a um corpo biológico. Esse modelo assistencial, curativista e hospitalocêntrico, responde adequadamente ao complexo médico-industrial, envolvendo e gerando lucros às indústrias farmacêuticas, de equipamentos e de insumos tecnológicos.

A supremacia desse modelo capitalista de intervenção em saúde e a manutenção desse sistema de cuidados exigem a oferta, prescrição e consumo desses tipos de serviços e equipamentos e, para tal, necessita de profissionais habilitados ao paradigma cartesiano, tecnicamente competente, porém alienados de seu processo de trabalho, o cuidar.

Um “novo” modelo de atenção deve, pois, levar em conta não o aspecto mercadológico de obtenção de lucros a qualquer custo, mas sim ter um apelo para uma atenção com ênfase na justiça. Deve nos levar a entender o ser humano como um ser complexo e a pensar o “corpo humano” de uma forma mais ampla e mais completa.

“Corpo é um ecossistema vivo que se articula com outros sistemas mais abrangentes. Pertencemos à espécie *homo*, que pertence ao sistema Terra, que pertence ao sistema galáctico e ao sistema cósmico. [...] Mais ainda, o corpo vivo é **subjetividade**” (BOFF, 2001, p. 143, grifo nosso).

Percebe-se, hoje, que, mesmo aquele modelo assistencial contra hegemônico, que desencadeou um pensamento sanitário que estabeleceria as bases do SUS, baseado na teoria da determinação social do processo saúde-doença, torna-se redutor da complexidade humana, ao passo que coloca o processo saúde-doença como um resultado de um processo social. Não descartamos essa vertente, porém, como grifamos

acima. Há outra dimensão que necessita ser levada em consideração para a ampliação necessária do conceito de saúde: a subjetividade.

Ao advogar a ‘determinação social’ das doenças, procede também uma redução da experiência, negligenciando a questão do sujeito e de sua interação no sistema produtivo e na vida social. Além disso, o reducionismo sociológico no que tange ao componente técnico de suas ações não deixou de ser normativo (ROZEMBERG; MINAYO, 2001, p. 117).

Posto isso, percebe-se como é necessária a utilização dos conceitos complexos, principalmente a fuga aos reducionismos. Porém, o grande problema criado pelo reducionismo não está em sua constituição em si, mas na pretensão de totalidade que ele traz consigo e o controle que força sobre o pensamento, advogando para si a supremacia sob a forma de olhar o mundo, desqualificando os demais.

Como proposta de reorganização dessa estrutura conceitual, conceptual e por que não dizer, política e ideológica, surgem várias teorias. Destacaremos aqui aquelas que tratam da proposta da clínica ampliada, com uma reorientação do foco da assistência em saúde não mais para a doença em si, mas sim para o cuidado.

## **O CUIDADO COMO EIXO DO PENSAMENTO REORGANIZADOR EM SAÚDE**

Para discutirmos a categoria “cuidado”, valemo-nos da prerrogativa de que ela não é algo específico do trabalho em saúde e, por consequência, dos trabalhadores em saúde, mas ela é algo inerente à própria condição dos seres vivos. Tudo que é vivo cuida. Dessa forma, ela é algo da essência das pessoas e não um atributo específico de alguns – como muitas vezes é pensado. A própria condição de ser *humano* pressupõe a condição de ser um *cuidador*. O cuidado não é simplesmente uma prática, é parte da constituição própria dos seres.

“Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado. Isto significa que o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos” (BOFF, 2001, p. 89).

Esse modo especial de ver o cuidado determina algo muito salutar (que no campo da saúde adquire contornos bastante importantes), que é o fato da necessidade da concretização de relações sujeito-sujeito, pois, a partir dele (cuidado), não podemos tratar o agente a receber nossa atenção como mero objeto, uma vez que esse tipo de relação exige a participação, a troca, a rede.

Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos. A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito. Experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade frontal. [...] [o ser humano] Não existe, co-existe com todos os outros. A relação não é de domínio *sobre*, mas de com-vivência. Não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão (BOFF, 2001, p. 95).

Outro ponto importante a ser notado na questão do cuidado é o fato de que ele não se constitui apenas de ações isoladas, visto que é um conjunto articulado de ocupações e valores como envolvimento afetivo, preocupação e responsabilização com o problema. “Cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, de zelo e de desvelo” (BOFF, 2001, p. 33).

Quando nos retratamos à especificidade do cuidado em saúde, torna-se imprescindível trazer outros pontos ao debate. O primeiro é o de que ele é realizado por profissionais da saúde a partir de um processo de produção de serviços de saúde. O trabalho em saúde traz consigo características que lhe dão sua peculiaridade. É designado como um serviço e, como tal, tem semelhanças com os demais serviços, porém ele se dá em uma relação interpessoal bastante intensa e em um momento de fragilidade do usuário que procura o serviço. A direcionalidade técnica do trabalho em saúde se dá, pois, para o cuidado a um ser que, de algum modo, sofre, e a experiência do sofrimento exige uma intervenção complexa, tendo em vista que ela – a experiência – acomete o ser que é, ao mesmo tempo, uma completude biológica, psicológica, social, espiritual etc.

Quem é *são* pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto, não é uma parte que está doente, mas é a vida que adoece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo [...], em relação com a sociedade [...], em relação com o sentido global da vida [...] (BOFF, 2001, p. 143).

O cuidado em saúde é realizado a partir dos atos de saúde que, segundo Merhy (1998), é o produto do trabalho realizado pelos trabalhadores da saúde, que devem ser capazes de intervir naquilo que é denominado como o problema de saúde, a fim de provocar uma alteração do mesmo com o objetivo final de promover uma satisfação da necessidade do usuário.

O cuidado, enquanto centro do modelo assistencial, vive as contradições já mencionadas entre os moldes hegemônicos e contra-hegemônicos de agir.

Quando está relacionado ao modelo fragmentador, ele perde sua característica ontológica, perde sua face de essência, ao passo que isola e especifica problemas de um ser que é único. Aqui há uma tendência muito grande à tecnificação dos atos de saúde, com a utilização excessiva, e muitas vezes irracional, de exames e procedimentos, de produtos e máquinas, ou seja, há uma exacerbação do que Merhy chama de tecnologias duras. Nesse caso, os próprios trabalhadores perdem parte de sua autonomia e de sua importância, tendo em vista que a supremacia dos interesses organizados em torno da utilização dessas tecnologias subjuga o trabalho do profissional e até mesmo o problema de saúde que se quer enfrentar. Por isso é que esse tipo de intervenção é conhecido como “procedimento centrado”. Nesse caso, o cuidado deixa de ser central e passa a ocupar um papel de coadjuvante no cenário da prática.

Esse tipo de modelo assistencial e de processo de cuidado utiliza-se da clínica procedimento centrada, na qual o que mais importa é a confecção de um diagnóstico nosológico e a prescrição de uma terapêutica interventora que “resolva” o problema que, no caso, é estritamente biológico. Nesse tipo de ação clínica, o usuário também perde seu espaço enquanto co-partícipe do processo de produção da sua

saúde, passando a ser um mero repassador de informações que sejam julgadas necessárias à atuação do profissional. Seus medos, anseios, angústias acabam por ser suprimidos ou não considerados.

“A clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma ‘disfunção biológica’, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir” (MERHY, 1998, p. 06).

Essa discussão sobre a clínica em seus aspectos “procedimento centrada” e “usuário centrada” repercute diretamente sobre as tecnologias que são utilizadas convencionalmente nos serviços de saúde e sobre a sobreposição do trabalho morto ao vivo. Discutamos isso com mais profundidade.

Para Merhy (1997), existem três tipos de tecnologias em saúde: a tecnologia dura, a leve-dura e a leve. A tecnologia dura diz respeito ao arsenal de máquinas e instrumentos, aparelhos e ferramentas que são cotidianamente utilizados, tais como, tomógrafos, monitores, desfibriladores, gasômetros e até mesmo impressos para anotações.

Há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, e que está sempre presente nas atividades de saúde, que denominamos de leve-dura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado (MERHY, 1998, p. 05)

Já a tecnologia leve é trazida como aquela que usamos para acolher, para discutir, para compartilhar. É a tecnologia do relacionamento. Tecnologia que faz com que o trabalho em saúde se dê de forma dialogada, interpessoal, respeitosa e humanizada. A necessidade dessa tecnologia é indiscutível, tendo em vista que “o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de Trabalho Vivo em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzido” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 321).

Já em relação às terminologias trabalho vivo e trabalho morto, trabalho morto são os instrumentos, e é definido assim porque sobre eles já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração, ou seja, são os aspectos materiais utilizados no trabalho em saúde. Já trabalho vivo diz respeito ao trabalho em ato, à operacionalização do trabalho, por isso chamamo-lo de trabalho vivo **em ato**. Este se utiliza do trabalho morto, porém não deve se submeter a ele, caso contrário, estaria se reproduzindo o modelo procedimento centrado.

Essas duas tipificações do trabalho em saúde ocorrem inevitavelmente em todo o trabalho em saúde. A própria existência do cuidado pressupõe, na maioria dos casos, a necessidade da utilização de ambos. Eles são as duas faces da mesma moeda, as quais podemos chamar de cuidado.

[...] ao realizar o cuidado, o trabalhador opera um núcleo tecnológico no seu processo de trabalho, composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em ato. Os dois formam uma certa razão entre si, à qual chamamos de Composição Técnica do Trabalho (CTT), que pode trazer a hegemonia do Trabalho Morto, quando o modelo

assistencial se caracteriza como médico hegemônico, produtor de procedimentos (MERHY; FRANCO, 2003, p. 316).

A falta de equilíbrio nessa razão faz com que um serviço seja mais ou menos ligado aos princípios e diretrizes do SUS. A Composição Técnica do Trabalho (CTT), quando estiver favorável ao trabalho morto, vai reproduzir um modelo assistencial baseado na supremacia médica, na medicalização e na maquinificação do ser humano, afastando-o de uma atenção integral.

Se a razão existente aí [Composição Técnica do Trabalho – CTT] estiver centrada no Trabalho Vivo, é indicador de que a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização (MERHY; FRANCO, 2003, p. 324)

A utilização de equilíbrios diferenciados na CTT interfere decisivamente no tipo de SUS que se quer construir e implementar, se um sistema baseado no modelo clínico convencional ou se um sistema integral, com respeito aos desejos e à autonomia dos usuários, com responsabilização, por parte dos trabalhadores e dos serviços, ao problema apresentado, com uma integração transdisciplinar e complexa que possa dar conta da completude do ser humano, com uma ação intersetorial que possa ajudar a resolver problemas de ordem estrutural que interferem na saúde.

A ênfase em uma CTT com predomínio no trabalho vivo, e consequentemente a utilização de um tipo de cuidado relacional e responsabilizador, abre caminhos para a construção da tão sonhada e almejada integralidade. Claro que isso não é suficiente haja vista depender de fatores que não estão diretamente ligadas à micropolítica do trabalho em saúde, mas sim a aspectos gerenciais e estruturais. Contudo, é impensável construir um sistema de saúde integral a partir do topo. É necessária a estruturação da base, dos microespaços de poder e atuação dos profissionais.

Nesses pequenos espaços de atuação (pequenos por tamanho, porém gigantes por possibilidades), hão de se reestruturar os saberes em saúde para, assim, poderem-se reorganizar os modelos assistenciais e poder se falar em integralidade e em consolidação do SUS. Um dos principais saberes que necessitam ser repensados é, sem dúvida, o saber clínico, a clínica.

Torna-se imperativo que não se reduza a clínica a um modo de ver o ser humano como um organismo biológico, mas que ela o veja como um ser que, ao mesmo tempo em que é biológico, é social, psíquico, emocional, espiritual e subjetivo. É importante ainda que esse saber não busque única e exclusivamente a cura física do problema, mas que ele vá além, buscando possibilitar que o usuário dos serviços de saúde melhore o “seu modo de andar na vida”.

A clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma “disfunção biológica”, mas também é um processo e um espaço de produção de relações e intervenções, que se dá de modo partilhado, e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir (MERHY, 1998, p. 06).

Essa “nova” clínica, proposta por vários pensadores e estudiosos do movimento sanitário, é chamada de **clínica ampliada**, pelo seu modo de ampliar os olhares e, acima de tudo, de ampliar a participação do usuário no seu processo de cuidado. É a valorização do saber e da responsabilidade do “doente” para consigo mesmo. É a busca da construção de uma relativa autonomia do homem em relação ao seu cuidado. É a busca da melhoria do autocuidado consciente e bem orientado, levando sempre em consideração “que o ‘objeto’ da atenção não é somente a doença ou o risco de adoecer, mas pessoas que vivem em um contexto familiar, cultural, econômico e social específico” (CAMPOS, 2003, p. 13).

Para a construção de modelos de atenção e cuidado, ousaríamos dizer que, para a construção de um novo paradigma sanitário, baseado na clínica ampliada, seria necessária a utilização de conhecimentos voltados a construir um papel ativo e decisivo dos usuários em relação ao seu processo saúde-doença. Demanda, ainda, apropriação de técnicas pedagógicas e de estratégias para trabalhar com a subjetividade. “Enfim, caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde, objetivando, com isso, ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas” (CAMPOS, 2003, p. 09).

Um produto interessante destes processos [de construção de clínica ampliada] é a evidência de que se produzem novas modalidades de assistência, trabalho vivo dependente, centradas nos usuários e marcadas por novas combinações entre as tecnologias leves e as leve-duras que, diga-se de passagem, é uma combinação geradora de modalidades assistenciais que operam com recursos de custos muito mais controláveis e baratos, do que os articulados as modalidades assistenciais produtos de uma combinação marcada pelas tecnologias leve-duras e duras (MERHY, 1998, p. 11).

## **O CUIDADO E O TRABALHADOR DA SAÚDE/ENFERMAGEM: A POLITICIDADE DO ATO**

O cuidado em saúde se dá, como já mencionamos, em um encontro, em uma aproximação entre o ser a ser cuidado – o usuário – e o ser cuidador – o trabalhador. Isso é uma relação que se estabelece cotidianamente nos serviços de saúde nos quais cada uma das pessoas envolvidas possui objetivos e saberes a serem trabalhados.

[...] o encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao “carregar” a representação de um dado “problema” como “problema saúde/necessidade de saúde”, procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a “sinceridade”, a “responsabilização” e a “confiança na intervenção, como uma possível solução”; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (MERHY, 1997, p. 77).

Na realidade atual do SUS, com a vivência de um modelo assistencial “procedimento centrado”, esta relação se dá de forma não harmoniosa, o que dificulta de sobremaneira a implantação de um serviço

integral. Essa interação ainda se dá em uma relação vertical de saberes, na qual o trabalhador em saúde ocupa o papel de detentor supremo do conhecimento, enquanto o usuário se “acomoda” em seu papel coadjuvante de **paciente**.

O trabalho integral necessita de uma abordagem não-linear, complexa. Como podemos falar em integralidade da atenção, quando desconsideramos o saber do usuário no processo? Como podemos pensar em trabalho integral, quando mantemos a intervenção no sentido único trabalhador-paciente?

Atevemo-nos a responder a essas indagações, citando: não podemos. A relação trabalhador/usuário, numa perspectiva integral, demanda uma abordagem complexa, em que não ocorra uma relação do tipo linear, mas do tipo recursiva. O que queremos dizer é que, numa relação integral e complexa, não podemos menosprezar saberes, experiências e os desgastes vividos por uma pessoa. Nessa relação de cuidado, os dois saberes devem coexistir para atingirem o objetivo do trabalho em saúde, o cuidado.

Outro entrave que se pode observar para a concretização de um trabalho em saúde, orientado pelo princípio da integralidade, diz respeito à supremacia do saber médico em relação aos outros saberes da saúde. Essa supremacia não é recente, ao contrário, é histórica.

A implantação do poderio médico, com a apropriação do crescimento de saúde e assumindo o gerenciamento do processo de trabalho em saúde, está relacionada com a identificação dos médicos com as classes dominantes nos diversos momentos históricos, produzindo discurso, saber e tecnologia necessários à manutenção do *status quo* e a ordem social estabelecida, diferentemente do senso comum, que entende que a supremacia médica no setor se deve à superioridade do saber médico (PIRES, 1989, p. 105).

O trabalho em saúde, baseado na clínica ampliada e construído na perspectiva de um cuidado integral, demanda uma ação integrada dos diversos saberes e das diversas profissões da área da saúde, tendo em vista que um trabalho centrado exclusivamente no conhecimento médico não dá conta da diversidade do ser humano. “[...] a clínica ampliada depende do trabalho em equipe e, particularmente, da interação interdisciplinar entre as distintas formas de exercício clínico existente” (CAMPOS, 2003, p. 14). Porém, a atuação conjunta dos diversos trabalhadores deve respeitar, é claro, a singularidade de cada um, a sua unidade.

A atuação profissional deve ter como princípio básico o da humanização do cuidado, a fim de que se possam valorizar não somente o trabalho em si, mas, em especial, os atores que participam desse processo de produção dos serviços de saúde. Atuar de forma integral e a partir de uma clínica ampliada exige uma atenção humanizada e, para nos apropriarmos um pouco sobre a humanização, trazemos o entendimento do Ministério da Saúde:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de



vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2004, p. 6).

Outro aspecto há a ser levado em consideração, quando nos reportamos à humanização: o ético, pois o núcleo do conceito de humanização é a ideia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando, nesse espaço, a dimensão ética da relação entre trabalhador e usuário. No campo da saúde, ela tem sido relacionada, como nos relatam Vaitsman e Andrade (2005), a uma concepção de política que garanta os direitos do usuário.

Outra prerrogativa exigida pela integralidade e pela clínica ampliada no campo da humanização diz respeito à responsabilização que a equipe de saúde deve ter com as necessidades e demandas trazidas pelo usuário. Isso deve, de alguma maneira, ter uma resposta à sua demanda.

Dentre as várias profissões que se inserem na produção de serviços de saúde, encontra-se a enfermagem. Ela, como parcela do trabalho em saúde, vem buscando também reconstruir suas práticas e seus conhecimentos, buscando fundamentos que subsidiem uma prática centrada nas tecnologias leves e na relação sujeito-sujeito. Para tal, ela tem se aproximado, nos últimos anos, de conhecimentos não ligados diretamente aos saberes biológicos, mas também tem buscado nas ciências sociais aspectos que a auxiliem na fundamentação de seu cuidado, de forma ampliada, humanizada e integral.

Portanto, o conhecimento capaz de fundamentar o cuidado de enfermagem deve ser construído na intersecção entre a **Filosofia**, que responde à grande questão existencial do homem, a **Ciência** e **Tecnologia**, tendo a **lógica formal** como responsável pela correção normativa, e a **Ética**, isto é, numa abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana. (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p. 100, Grifo do autor)

Porém, apenas o fato de buscar esses conhecimentos, em si, não resolve o problema da falta de humanização ou de integralidade nos serviços de saúde. A integralidade não se faz apenas na teoria, se constrói no cotidiano dos serviços de saúde, a partir das lutas diárias de trabalhadores e usuários pela construção de um sistema de saúde justo e igualitário, baseadas nos princípios e diretrizes do SUS, pensadas originalmente pelo movimento sanitário. É necessário que se conheçam quais os entraves existentes na realidade concreta e objetiva dos serviços de saúde para que se possam traçar as estratégias adequadas à concretização das propostas antes mencionadas.

## REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH/Clínica Ampliada**. Brasília – DF, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Paideia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: O SUS em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998. Disponível em <[www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc](http://www.hc.ufmg.br/gids/perda.doc)>. Acesso em 07 de maio de 2007.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, p. 316-323, 2003.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e processo de trabalho em saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Revista ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1025-1035, out./dez. 2005.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Revista ciência e Saúde Coletiva**, v. 06, n. 01, p. 115-123, 2001.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

# **O TRABALHO EM SAÚDE COMO ESPAÇO PEDAGÓGICO: POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Thiago Enggle de Araújo Alves

Soraya Maria de Medeiros

Lorrainy da Cruz Solano

## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho aborda as interfaces entre educação e trabalho, apontando para a necessidade de que os espaços de trabalho em saúde se transformem continuamente em ambientes de aprendizado, enfocando a importância da educação no mundo do trabalho, na dinâmica da sociedade.

Entendemos que o trabalho é um processo em que os homens, tendo um fim pré-concebido, empreendem sua força de trabalho sobre um determinado objeto de trabalho, utilizando meios e instrumentos no intuito de transformá-los e produzirem bens e serviços.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho, a partir dos anos 1990, como a globalização da economia, a reestruturação produtiva e as novas formas de relação entre Estado e sociedade, a partir do neoliberalismo, mudaram e mudam substancialmente as demandas que o capitalismo faz à educação.

Essas novas demandas correspondem ao novo tipo de produção racionalizada, a qual exige um novo tipo de homem, capaz de ajustar-se aos novos métodos da produção, uma vez que, mudadas as bases materiais de produção, é preciso capacitar o trabalhador para que atenda às demandas de um processo produtivo cada vez mais tecnicista e desprovido de reflexão sobre suas práticas.

O trabalho pedagógico, assim fragmentado, respondeu e continua respondendo às demandas de disciplinamento do mundo do trabalho capitalista, organizado e gerido segundo os princípios do taylorismo e do fordismo. A pedagogia dominante, orientada pelas formas de divisão social e técnica do trabalho e da sociedade no taylorismo/fordismo, tinha por finalidade atender às demandas de educação de trabalhadores e dirigentes a partir de uma clara separação entre as ações intelectuais e as instrumentais.

Kuenzer (2003) traz que, para essa educação, eram insuficientes os mecanismos de coerção social, isto é, era preciso articular novas competências a novos modos de andar a vida, pensar e sentir, adequados aos novos métodos de trabalho, caracterizados pela automação, ou seja, pela ausência de mobilização de energias intelectuais e criativas no desempenho do trabalho.

Esse novo tipo de trabalho exigia uma nova visão de mundo, que fornecesse ao trabalhador uma justificativa para a sua crescente alienação e, ao mesmo tempo, suprisse as necessidades do capital com um homem cujos comportamentos e atitudes respondessem às suas demandas de valorização.

Kuenzer (2003) nos traz que o fundamento desse novo tipo de trabalho é a fragmentação, observando que, da manufatura à fábrica moderna, a divisão capitalista faz com que a atividade intelectual

e material, o gozo e o trabalho, a produção e o consumo caibam a indivíduos distintos; portanto, as relações sociais e produtivas, como a escola, educam o trabalhador para essa divisão.

Em decorrência dessa problemática, a ciência e o desenvolvimento social que ela gera, ao pertencerem ao capital, aumentando a sua força produtiva, colocam-se em oposição objetiva ao trabalhador; assim, o conhecimento científico e o saber prático são distribuídos desigualmente, contribuindo ainda mais para aumentar a alienação dos trabalhadores.

A escola e a educação constituíram-se historicamente como uma das formas de materialização dessa divisão, ou seja, como o espaço de acesso ao saber teórico e divorciado da práxis, sendo uma representação abstrata feita pelo pensamento humano, e que corresponde a uma forma peculiar de sistematização, elaborada a partir da cultura de uma classe social.

É importante destacar que a classe dominante é a que detém o poder material e também os instrumentos materiais para a elaboração do conhecimento. Assim, a escola, fruto da prática fragmentada, expressa e reproduz essa fragmentação, através de seus conteúdos, métodos e formas de organização e gestão.

A educação, enquanto conjunto das práticas sociais intencionais e sistematizadas de formação humana e profissional que ocorrem nas relações produtivas e sociais, tem a finalidade de formação para a vida social e produtiva e está em conformidade com as especificidades que processos de produção vão assumindo em decorrência do desenvolvimento das forças produtivas na sociedade.

Os nossos objetivos são discutir as interfaces entre educação e trabalho e analisar as possibilidades e os desafios para que os espaços de trabalho em saúde transformem-se continuamente em ambientes pedagógicos.

Trata-se de um ensaio analítico de caráter qualitativo que, para a sua construção, foram lidos e fichados artigos científicos que discutem a relação entre educação e trabalho. A opção por ensaio teórico deve-se ao fato de que, como diz Severino (2002), esse tipo de trabalho é entendido como um trabalho bem desenvolvido, formal, discursivo e concludente, estando as ideias expostas lógica e reflexivamente. É um estudo em que existe argumentação rigorosa de alto nível e interpretação e julgamento pessoal.

A revisão de literatura foi realizada no mês de abril de 2009, juntamente com a construção do texto a partir do diálogo com os autores. A escolha dos livros e artigos aconteceu a partir da busca por autores que abordassem a questão da educação no mundo do trabalho atual.

A análise foi realizada a partir do estabelecimento das categorias: articulação entre educação e trabalho; educação e trabalho em Gramsci e trabalho como espaço pedagógico.

## **EDUCAÇÃO E TRABALHO: AS POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES**

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) exige uma nova forma de se organizarem os espaços de trabalho em saúde, com o objetivo de que tais espaços se transformem continuamente em ambientes pedagógicos, tendo em vista a crescente necessidade de (re)discussão e (re)construção das

práticas nos serviços de saúde, superando-se a tradicional e tão criticada fragmentação da educação na saúde.

Essa superação, como diz Ceccim (2005), representa o esforço de se cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

Além disso, a consolidação do SUS requer uma participação/interação árdua de todos os profissionais da saúde, sendo necessários maciços investimentos no ensino-aprendizagem dos profissionais para que, no processo assistencial, a promoção à saúde seja o objetivo de todos os envolvidos.

O retorno desse investimento fica explícito na melhoria do desenvolvimento das atividades dos profissionais, uma vez que só o profissional bem preparado tem condições de enfrentar os rápidos avanços da tecnologia e, assim sendo, garantir uma assistência de enfermagem de qualidade, atendendo às reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

Muitos fatores concorrem para que essa perspectiva de educação no trabalho não aconteça, tais como: a precarização das relações de trabalho, o subemprego, má qualidade da formação dos trabalhadores da saúde, contratos de tempo parcial, subcontratação, terceirização, entre outros. A estrutura do mercado de trabalho também tem passado por mudanças, uma que as altas taxas de desemprego são acompanhadas da crescente insegurança e precariedade das novas formas de ocupação.

Nesse aspecto, a educação no mundo do trabalho aparece hoje como questão central, pois ela é capaz de adaptar trabalhadores às mudanças técnicas e minimizar os efeitos do desemprego. Há uma forte necessidade de enfrentamento das inovações e diversificações tecnológicas adotadas pelo mundo do trabalho globalizado, que, por sua vez, determinam um novo modelo de produtividade de bens e serviços, gerando mudanças nas relações de trabalho e na organização produtiva.

Desta forma, o perfil de morbidade da população sofre o impacto dessas mudanças e estas, consequentemente, determinam novas demandas profissionais, bem como a elaboração de novas propostas assistenciais e paradigmáticas.

O trabalho exige do homem processos mentais e intelectuais, planejamento, revisão de objetivos e metas e alteração de percursos que, obrigatoriamente, interagem com todo o conhecimento já produzido pela humanidade, e este, com novas sistematizações, com outras análises e outras ações. Dessa forma, dialeticamente o conhecimento vai sendo tecido e a história dos homens (re)construída.

Pochman (2004) ainda chama a atenção para a dinâmica excludente do mercado de trabalho, a qual deteriora as vantagens propiciadas pela educação. Essa relação deve ser rediscutida, observando-se a transição da sociedade industrial para a sociedade do conhecimento, devendo-se abandonar a visão conservadora e ultrapassada do trabalho como obrigação pela sobrevivência para construir uma nova educação para o mundo do trabalho.

O autor lembra ainda que a deterioração das condições de funcionamento do mercado de trabalho, ao invés de ser contida pela melhoria educacional, contribuiu para o desperdício e o desgaste de habilidades educacionais em atividades precárias e de baixa qualidade.

O mundo do trabalho, segundo Segnini (2000), revela características e contradições específicas que são expressas, no contexto atual, pela globalização dos mercados e do acirramento da concorrência; difusão do ideário neoliberal que, contraditoriamente, requer políticas estatais que garantam a desregulamentação de normas de concorrência e direitos sociais.

Nessa perspectiva, a concentração de capital – fusões, incorporações e privatizações – ocorre no mesmo momento em que a força de trabalho é fragilizada pela flexibilização das relações, seja das estruturas produtivas, seja nas formas de organização do trabalho, seja da própria força de trabalho por meio do emprego/desemprego. É nessa nova correlação que se afirma a lógica do “livre mercado”, sob a coordenação do sistema financeiro global.

Segnini (2000) relata que essas tendências são observadas mundialmente e que se mostram de forma heterogênea em diferentes contextos. No Brasil, isso se mescla com problemas sociais jamais resolvidos, como a profunda desigualdade da distribuição da renda, o analfabetismo e os baixos índices de escolaridade que atingem grande parte da população, o que provoca implicações perversas nas parcas condições para o exercício da cidadania.

Como fator agravante, aponta-se o crescente desemprego de trabalhadores escolarizados, mesmo em um contexto como o brasileiro, no qual a educação ainda não é um direito conquistado por todos.

Essa situação permanece porque se sabe que somente políticas e ações concretas que possibilitem real desenvolvimento social e econômico, tais como distribuição de renda, reforma agrária, reforma do sistema de saúde e educacional podem estar superando desigualdades e construindo condições sociais que caminham para a cidadania.

Nesse contexto, as ações só encontram sentido social no interior de um projeto de desenvolvimento econômico que possibilite direitos sociais, entre eles, o trabalho. Nessa perspectiva, a educação torna-se fundamental como um fim em si mesma, como condição fundamental e indispensável para a cidadania crítica.

Diante dessa realidade, o espaço de trabalho deve ser reconhecido como lócus de discussão e construção de saberes, superando a dicotomia existente entre educação e trabalho, entendendo que a questão não é que a educação tenha se desenvolvido na história independentemente da produção, mas que foi excluída dela e, por outro lado, a produção foi excluída da educação. Dessa forma, a educação vem configurando, durante séculos, algo alheio ao trabalho.

Farias (1995) acrescenta que a divisão dos homens em classes irá provocar uma divisão também na educação. Introduz-se, assim, uma cisão na unidade da educação, antes identificada plenamente com o próprio processo de trabalho. A partir do escravismo antigo, passaremos a ter duas modalidades distintas e separadas de educação: uma para a classe proprietária, identificada como a educação dos homens livres; e outra, para a classe não proprietária, identificada como a educação dos escravos e serviçais. A primeira,

centrada nas atividades intelectuais, na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar. E a segunda, assimilada ao próprio processo de trabalho.

Cavalcante (2007) nos traz que incorporar o processo produtivo ao educativo e considerar as reais necessidades da instituição é suficiente para garantir o sucesso de uma assistência com eficácia e eficiência.

## **EDUCAÇÃO E TRABALHO: REFLEXÕES EM GRAMSCI**

Manacorda (1990) diz que em Gramsci sempre esteve presente a ideia do trabalho como princípio educativo, desenvolvido na mais tenra idade através da disciplina nos estudos, e ressalta que esse esforço muitas vezes poderia parecer até mais difícil que a própria futura formação profissional. Gramsci (1995) acrescenta que, assim, retorna-se à participação realmente ativa do aluno na escola, que só pode existir se a escola for ligada à vida.

Gramsci (1995) entende que o conceito e o fato do trabalho, enquanto atividade teórico-prática, é o princípio educativo imanente à escola elementar, já que a ordem social e estatal é introduzida e identificada na ordem natural pelo trabalho.

O princípio educativo em Gramsci apoia-se na construção histórica do homem, o que fundou a sua concepção sobre a educação, acreditando que qualquer proposta pedagógica que não se baseie nele terá dificuldades em atingir os objetivos a que se propõe. Assegura que, sem base nesse princípio, mesmo que a escola dedique todos os seus esforços no intuito de adquirir uma “cultura desinteressada”, através de estudos objetivos, não conseguirá formar eficazmente a consciência infantil.

É interessante observar que, na concepção gramsciana, a preparação para uma profissão não significa a preparação imediata de mão-de-obra para o mercado de trabalho, materializando-se numa aprendizagem técnica ou preparação mecânica. É, antes de tudo, a formação de hábitos adequados, necessários ao mundo do trabalho. Essa formação deveria ser realizada não dentro de um limitado espaço de tempo, mas dentro de uma perspectiva que percorra todo o processo educativo desde a primeira infância.

Gramsci defendia o trabalho industrial como princípio educativo na escola, contudo, nunca aceitou que esta fosse uma simples máquina de preparação de mão-de-obra, e sua preocupação prendia-se a uma escola que desenvolvesse harmoniosamente todas as faculdades do educando. E essa escola deveria ser um tipo de escola preparatória que conduza o jovem até os píncaros da escola profissional, formando-o como pessoa capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige.

Farias (1995) nos traz que Gramsci, inspirado no princípio da unitariedade, sugere uma “escola unitária”, escola do trabalho: essa escola teria, naturalmente, o trabalho como “princípio educativo”. A escola do trabalho desejada por Gramsci deveria proporcionar entre os trabalhadores uma comunhão de corações e de mentes a fim de que pudessem tirar dela energia para viver e lutar. Quando ele propõe um tipo único de escola, fala num sentido de organicidade unitária, de uma escola que integrasse as funções

dispersas e os princípios educativos que estavam desagregados na escola por ele criticada, ou seja, a escola atual.

A proposta de escola única de Gramsci estava relacionada ao princípio de unitariedade e do trabalho como princípio educativo, sugerindo uma escola única inicial de cultura geral, humanista, formativa, que equilibre as competências técnicas e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual.

“O advento da escola unitária significa o início de novas relações entre trabalho intelectual e trabalho industrial não apenas na escola, mas toda a vida social. O princípio unitário, por isso, refletir-se-á em todos os organismos de cultura, transformando-os e emprestando-lhes um novo conteúdo” (GRAMSCI, 1995, p. 125).

Assim, o trabalho seria um componente da instrução em sua função educativa, aparecendo como uma forma de participação na vida da sociedade inteira, não só para conhecê-la, mas para compreender a sua natureza e transformá-la.

## **ENTENDENDO O TRABALHO COMO ESPAÇO PEDAGÓGICO**

Concordamos com Ceccim (2005), quando diz que é preciso disseminar e descentralizar capacidade pedagógica por dentro dos serviços de saúde, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o SUS verdadeiramente como uma rede-escola.

Cavalcante (2007) lembra que o mundo encontra-se em constante transformação, e a tecnologia mostra cada vez mais novas formas de produção. Diante disso, o desenvolvimento da capacidade humana necessita apontar para a necessidade de não se estagnar no que foi aprendido anteriormente, superando e motivando a busca contínua e incessante por novos saberes, na perspectiva de acompanhamento e interação com essas transformações.

Vale ressaltar que essas transformações são fruto da atividade humana, conhecida por trabalho, que é uma atividade que altera o estado natural dos produtos existentes na natureza, em proveito de quem o realiza. É nos ambientes de trabalho que ocorrem as relações de produção, de economia, de desenvolvimento pessoal e de crescimento profissional.

É importante ressaltar que não estamos falando simplesmente de educação continuada nos serviços, nem muito menos dos famosos “treinamentos”, uma vez que a transformação da realidade necessita de ações muito mais articuladas e realizadas de forma coletiva e engajada.

Contudo, as ações usuais de educação continuada, promovidas pelos órgãos de recursos humanos, pretendem contribuir para a reorganização dos serviços de saúde por meio da atualização do conhecimento dos profissionais, sem criar condições para que esse conhecimento seja reelaborado frente às condições reais dos próprios serviços.



Para Kuenzer (1998), a qualificação não se acaba na obtenção de conhecimentos nos cursos específicos de formação profissional, mas ocorre no conjunto das relações sociais, por meio da prática política produtiva, desempenhada em todas as instâncias que compõem a vida social.

Destacamos que existe uma forte intimidade entre formação dos trabalhadores da saúde, gestão do sistema, atenção à saúde e participação popular, mediante as *intervenções* promovidas pela educação na saúde, assinalando o potencial educativo do processo de trabalho para a sua transformação. Essas intervenções da educação no trabalho em saúde têm como objetivo a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do sistema de saúde, as instituições formadoras e o controle social. Procura instigar a produção dos saberes a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito e das práticas de trabalho em saúde.

Colocamos em debate a formação e o desenvolvimento das práticas produtivas nos serviços de saúde para necessariamente gerar atores comprometidos e não para gerar profissionais mais ilustrados sobre o tema, objeto das suas capacitações. Isso para não forjar profissionais que detenham o monopólio de um saber, um campo de conhecimento ou um conjunto de técnicas, mas “profissionais que tenham compromisso com um objeto e com a sua transformação” (CECCIM, 2005, p. 10).

Ceccim (2005) ressalta que o referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde constitui uma ferramenta potente para a transformação de práticas, e isso pode ser feito em curso/em ato da gestão setorial ou de serviços, colocando o cotidiano do trabalho ou da formação – em saúde – como central aos processos educativos.

No entanto, é notório que a busca por conhecimentos que rediscutam as ações de enfermagem não é característica de todos os profissionais, e que poucos são os serviços que desenvolvem ações educativas para a melhoria do trabalho que é desenvolvido. Dessa forma, observa-se que a maioria das ações de enfermagem é aprendida no cotidiano dos serviços, e que a busca por conhecimento teórico restringe-se aos anos que o profissional passa em formação.

Passados os anos de vida acadêmica, o profissional começa a trabalhar e, com isso, ocorre uma forma de aprendizagem, denominada de *aprender fazendo*, na qual os profissionais que estão há mais tempo no serviço “treinam” os mais recentes, ou seja, como se deve fazer, e assim as ações são direcionadas.

O processo de trabalho em saúde é fundamental para a vida humana e faz parte do setor terciário da economia, o de prestação de serviços. É um trabalho de domínio de produção não material, que é consumido no momento em que é produzido. Dele não se tem, como resultado, um produto material ou excedente. O produto é indissociável do processo que o produz, posto que é a própria realização da atividade.

Nogueira (1997) acrescenta que há outra dimensão, que é a de serviço, e observa que a assistência à saúde não é um processo de trabalho igual ao da indústria, além do fato de esse serviço não se realizar sobre coisas, sobre objetos, como acontece no caso de um serviço de mecânica de automóveis; dá-se ao contrário, sobre pessoas e, mais ainda, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui para o processo de trabalho, é parte desse processo.

Dessa forma, o trabalho em saúde, no tocante aos trabalhos humanos, tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços, e diferencia-se da produção material industrial e do trabalho no setor primário da economia, desde a emergência do modo de produção capitalista até os dias atuais. Assim, como os demais trabalhos humanos, o trabalho em saúde tem sofrido influências das mudanças tecnológicas e dos modos de organização do trabalho, vigentes nos setores mais dinâmicos da economia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das discussões trazidas por este trabalho, concluímos que a articulação entre educação e trabalho, como afirmam Ceccim e Merhy, é um desafio ambicioso e necessário, tendo em vista as necessidades do trabalho em saúde na sociedade.

Em síntese, é necessária, mas não suficiente, a ampliação do trabalho dos profissionais da saúde com vistas a essa articulação, posto que, se não fundamentado nas categorias de uma pedagogia emancipatória, que tenha como finalidade a superação da contradição entre capital e trabalho, pode simplesmente corresponder à substituição do trabalhador especializado do taylorismo/fordismo pelo trabalhador multitarefa, e nem sempre criativo e autônomo, sendo um simples cumpridor de tarefas em ações esvaziadas de conhecimento técnico e de compromisso político com a transformação.

Por isso, não basta a unificação no âmbito do trabalho e saúde; é preciso que este se dê a partir das categorias que historicamente têm se construído no campo da pedagogia emancipatória, articulada às demais estratégias que superem as condições que multipliquem as condições que separam a educação e o trabalho.

## REFERÊNCIAS

- CAVALCANTE, Elisângela Franco de Oliveira. **A educação no processo de trabalho em enfermagem: o caso do hospital de ensino**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.975-986, 2005.
- FARIAS, Itamar Mazza. O sentido do trabalho como princípio educativo na concepção Gramsciana. **Educação e Filosofia**, v.17, n.1, p.139-155, jan./jun. 1995.
- GRAMSCI, Antônio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. 9 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- KUENZER, Acácia Zeneida. A formação de educadores no contexto das mudanças no mundo do trabalho: Novos desafios para as faculdades de educação. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 63 aug. 1998.

KUENZER, Acácia Zeneida. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 24, n. 67, aug. 2003.

MANACORDA, Mário Aligheiro. **O princípio educativo em Gramsci**. Trad. por William Lagos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **O trabalho em serviços de saúde**. In: SANTANA, José Paranaguá de (Org). Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.

POCHMAN, Márcio. Educação e trabalho: como desenvolver uma relação virtuosa? **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 87, p. 383-399, maio/ago. 2004.

SEGNINI, Liliana Rolfsen Petrilli. Educação e trabalho: uma relação tão necessária quanto insuficiente. **São Paulo em Perspectiva**, v.14, n.2, 2000.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22.ed. Rev. e ampl. de acordo com a ABNT. São Paulo: Cortez, 2002.

# **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A OTIMIZAÇÃO DO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Lucidio Clebeson de Oliveira

Johny Carlos de Queiroz

Francisco Rafael Ribeiro Soares

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

Amélia Carolina Lopes Fernandes

## **INTRODUÇÃO**

O aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis e, em especial, da hipertensão arterial, presente em todas as faixas etárias e em todas as classes sociais é responsável por uma parte significativa dos gastos públicos com os serviços de saúde. Isso faz com que a enfermidade seja considerada como um dos mais importantes problemas de saúde da atualidade e é denominada de epidemia do mundo moderno.

Esse cenário alerta para a necessidade de conhecer melhor o processo evolutivo da patologia para que possam ser realizadas estratégias para o seu combate/controle.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de estarmos possibilitando a esses usuários o conhecimento sobre a patologia e suas complicações, sendo que o alcance de tal objetivo está atrelado à realização de ações educativas, as quais visam a melhorar a qualidade de vida deles, e haverá uma maior integração dos indivíduos na sociedade, tornando-os agentes ativos no seu processo saúde-doença.

A partir desse panorama, faz-se necessário refletir sobre que tipo de trabalho educativo está sendo desenvolvido atualmente no campo da saúde, pois a população, em geral, não se integra às atividades dos grupos ou está desgastada pelas tentativas, sem sucesso, e agora quer espaços em que suas vozes possam produzir algum ruído no sentido da mudança. Faz-se necessário refletirmos sobre essas questões para não reproduzirmos práticas educativas tão restritas ao repasse de informações e, conseqüentemente, tão pouco influenciadoras da mudança.

Em todas as práticas desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Educação em Saúde está inserida, representando um mecanismo essencial na relação direta dos serviços com os usuários e na formulação das políticas de saúde de forma compartilhada (BRASIL, 2003).

Nesse ínterim, foi realizado um estudo bibliográfico com os Trabalhos de Conclusão de Curso da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), que tinham como temática “A educação em saúde enquanto estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial”.

Acredita-se que a educação em saúde pode ser colocada como instrumento de mudança, otimizando, dessa forma, o tratamento da hipertensão arterial, visto que permite uma maior aproximação entre os profissionais e os usuários (MENEZES JÚNIOR et al, 2011).

Não se pode deixar de destacar a necessidade de tornar indissociável o trabalho da enfermagem e as práticas de educação, uma vez que, a cada dia, torna-se mais evidente a insuficiência das práticas impositivas que, por si sós, já não dão conta das necessidades de saúde de um modo eficaz.

Dessa forma, a pesquisa é caracterizada como um estudo descritivo, caracterizada, de acordo com seus procedimentos de coleta, em uma pesquisa de campo, empírico-analítica, com uma abordagem qualitativa.

Para Minayo (2007, p. 22), “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

Santos (2008, p. 28) afirma que a pesquisa descritiva “é um levantamento das características conhecidas que compõem um fato/fenômeno/processo. É normalmente feita de levantamentos ou observações sistemáticas do fato/fenômeno/processo escolhido”.

O estudo teve como campo de pesquisa a Faculdade de Enfermagem (FAEN), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), situada no município de Mossoró-RN, e durou cerca de oito meses, foi realizada de outubro de 2009 a junho de 2010, na biblioteca setorial, quando se realizou uma pesquisa nos Trabalhos de Conclusão de Curso, do período compreendido entre os anos de 2004 a 2009.

A pesquisa teve como público-alvo os trabalhos monográficos de conclusão de curso dos discentes da Faculdade, os quais tratam da educação em saúde enquanto instrumento para o tratamento da Hipertensão Arterial. Foram analisados 102 trabalhos monográficos, dos quais apenas 13 foram utilizados para coleta de dados, já que apenas estes tratavam da temática em estudo.

Como critérios de inclusão, elencaram-se os trabalhos monográficos que tratavam da temática estudada e que foram desenvolvidos no período compreendido entre os anos de 2004 a 2009.

Com relação aos critérios de exclusão, temos: Trabalhos monográficos que não abrangiam a temática de interesse ou que tinham sido realizados fora do período supracitado. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro previamente elaborado com questões referentes à utilização da educação em saúde no tratamento da hipertensão arterial.

Na coleta de dados, foram realizadas leituras dos Trabalhos com o intuito de sistematizar as informações sobre a Educação em Saúde relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica, realizadas nos serviços pelos profissionais.

As informações coletadas foram arquivadas em um banco de dados no computador de uso pessoal do pesquisador responsável a fim de subsidiar a análise, na perspectiva de obtermos um conhecimento acerca do tema em estudo.

Fundamentou-se no método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2009, p. 72), definido pela autora como

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.

A realização da análise de Conteúdo permitiu a organização dos dados em categorias, técnica de estudo que auxiliou a compreensão dos dados coletados para a construção de um entendimento dos resultados.

As categorias procuram reunir os elementos em características comuns, bem como o maior número de informações, por meio de uma esquematização em que as classes de acontecimentos são correlacionadas e ordenadas. Enfim, a organização dos dados em categorias é a passagem das informações brutas para as informações organizadas (BARDIN, 2009).

Dessa forma, o estudo objetiva analisar as concepções dos Acadêmicos de Enfermagem sobre a importância da educação em saúde enquanto instrumento para a promoção da saúde de indivíduos portadores de Hipertensão arterial contidas nos Trabalhos de Conclusão de Curso da Faculdade de Enfermagem.

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE A HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Para atingir todas as células do nosso organismo, o sangue é impulsionado pelo coração, que, através de movimentos cardíacos de contração (sístole) e de relaxamento (diástole), provocam a ejeção do sangue, possibilitando, assim, que este alcance o seu destino. Durante o trajeto, o sangue enfrenta, como principal obstáculo, a resistência vascular.

Segundo Guyton (2006 p. 222), “a resistência ao fluxo sanguíneo na circulação sistêmica é causada pelo atrito do sangue ao se escoar ao longo das superfícies das paredes vasculares.”

Essa resistência vascular, contrapondo-se ao débito cardíaco, provoca uma tensão no interior dos vasos sanguíneos, denominada pressão arterial, que, devido a diversos fatores, pode elevar-se a níveis pressóricos acima dos valores considerados normais. Se tais valores se mantiverem persistentemente elevados caracteriza-se a hipertensão arterial. (KAISER; COUTO, 2003).

A pressão arterial é medida em milímetros de mercúrio (mmHg), sendo atribuído dois valores: um para a pressão arterial sistólica (máxima), que é registrada quando a tensão sanguínea consegue se sobrepor a pressão exercida pelo manguito; e outro valor para a pressão arterial diastólica (mínima) que é aferida quando o manguito não exerce mais pressão suficiente para deformar a artéria e, assim, interromper o fluxo sanguíneo. (KAISER; COUTO, 2003).

Segundo a Associação Brasileira de Cardiologia (2005), é considerado hipertenso o indivíduo cuja pressão arterial sistólica é igual ou superior 140 mmHg, e a pressão diastólica é igual ou superior a 90 mmHg, após duas verificações realizadas em dias diferentes, utilizando-se métodos e condições

apropriadas. No entanto, é considerado normal que a partir dos 50 anos de idade um indivíduo apresente uma elevação de cerca de 1 mmHg a cada ano na sua pressão arterial.

Porém, o desencadeamento da doença pode ocorrer pela associação de diversos fatores, os quais são classificados em modificáveis e não modificáveis ou constitucionais.

Os modificáveis estão relacionados ao estilo de vida dos usuários como, por exemplo: o tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo, estresse e dislipidemia. Já os não-modificáveis são os que estão relacionados à idade, sexo e etnia. (KAISER; COUTO, 2003)

São considerados também como relevantes os fatores relacionados aos aspectos psicossociais, culturais e socioeconômicos, assim como, aqueles que se relacionam ao ambiente físico e a outras patologias associadas (KAISER; COUTO, 2003)

Outro aspecto relevante da doença é o fato de esta ser uma das principais causas de hospitalizações no Brasil, porque representam elevados custos financeiros devido as suas complicações, aliados aos gastos referentes ao tratamento após a alta hospitalar (BARBOSA; JORGE, 2002).

A doença ainda provoca prejuízos na esfera produtiva, pois milhares de trabalhadores das mais diversas áreas tornam-se incapazes de realizar suas atividades laborais em decorrência da hipertensão e/ou de suas complicações. Como consequência, 40% das aposentadorias são por invalidez (BARBOSA; JORGE, 2002).

No Brasil, existem cerca de 25 milhões de pessoas portadoras de hipertensão arterial. Segundo Barbosa e Jorge (2002, p.574), “estima-se que aproximadamente 15 a 20 % da população brasileira sofrem de hipertensão arterial, sendo, portanto, um grande problema de saúde pública no país”.

Com relação à classificação, a doença pode ser definida como hipertensão essencial, primária ou idiopática, hipertensão secundária e pseudo-hipertensão ou síndrome do avental branco (KAISER; COUTO, 2003).

A hipertensão primária refere-se aos casos em que o doente não apresenta uma causa conhecida para o surgimento da doença. A secundária é aquela na qual é possível identificar uma causa para o desenvolvimento da doença, como a presença de outras patologias associadas como a diabetes, por exemplo, (KAISER; COUTO, 2003).

Já a pseudo-hipertensão é caracterizada por elevações esporádicas dos níveis tensionais que são provocadas por alterações emocionais nos usuários quando estes se encontram em ambientes hospitalares e/ou na presença de profissionais da saúde (KAISER; COUTO, 2003).

Pode-se também classificá-la de acordo com a gravidade, sendo considerada leve, moderada ou severa, de acordo com o estágio da doença. Dada a classificação pode-se definir qual o método de tratamento que melhor se adapte à realidade do usuário (KAISER; COUTO, 2003).

A hipertensão também é classificada como Hipertensão sistólica isolada, que se caracteriza pela elevação da pressão arterial sistólica, enquanto a diastólica permanece estável, sendo mais frequentes em idosos. Já a Hipertensão convergente ocorre quando os valores das pressões sistólicas e diastólicas se aproximam, e é contrária à Hipertensão divergente, já que esta ocorre quando se verifica um

distanciamento entre os valores das pressões sistólicas e diastólicas. Tem-se, por fim, a Hipertensão refratária, a qual é caracterizada pelo seu difícil controle, mesmo com a realização adequada do tratamento (KAISER; COUTO, 2003).

Por ser uma doença que evolui de forma assintomática, na maioria dos casos, é diagnosticada tardiamente quando o paciente já apresenta complicações. Por isso, a importância da aferição da pressão arterial periodicamente, pois o diagnóstico precoce é um elemento imprescindível para o sucesso do tratamento.

Segundo Amodéu (apud BARBOSA; JORGE, 2002, p. 574), “a hipertensão arterial é uma doença considerada de caráter multigênico e multifatorial, que quando não tratada adequadamente acarreta danos ao organismo, principalmente em órgãos como o coração, rins, olhos e cérebro”.

No que diz respeito ao diagnóstico da hipertensão, observa-se que ele é estabelecido através da mensuração da pressão arterial periodicamente, sendo realizada em dias alternados e obedecendo alguns critérios: o ambiente deve estar calmo, tranquilo e com boa iluminação. O profissional deve explicar o procedimento ao usuário; a pressão arterial deve ser aferida com o usuário sentado com o tronco apoiado e relaxado no encosto da cadeira e com as pernas relaxadas e descruzadas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A Associação Brasileira de Cardiologia (2005), ainda refere que a palma da mão deve estar na posição supina e com o cotovelo ligeiramente fletido ou deitado, com os braços desnudados ao longo do corpo. O braço no qual está sendo verificada a pressão arterial deve ficar ligeiramente abduzido e apoiado em um suporte e na altura do coração, o manguito deve ser colocado de 2 a 3 cm da fossa anticubital e deve ser ajustado à circunferência do braço.

Caso esses critérios não sejam obedecidos, os valores da pressão arterial podem ser falsamente altos ou baixos, o que pode provocar erro de diagnóstico.

Repetidas medições da pressão arterial irão determinar se as elevações iniciais persistem e requerem pronta atenção ou se voltaram ao normal e necessitam apenas de vigilância epidemiológica (JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997).

É importante que o usuário não tenha consumido álcool, tabaco, café, praticado relações sexuais, ingerido alimentos muito condimentados e/ou com excesso de sódio, praticado atividades físicas, passado por momentos de estresse agudo, tomado medicação anti-hipertensiva uma hora antes da aferição. Sob efeito de qualquer desses fatores os níveis pressóricos poderão não ser tão fidedignos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

É importante também que a pressão arterial seja aferida utilizando-se um esfigmomanômetro devidamente calibrado, para que os resultados sejam confiáveis.

Outro aspecto relevante da doença são as complicações, as quais podem ser classificadas em agudas ou crônicas. Dentre as agudas, pode-se elencar a dispnéia, vertigem, dor pré-cordial e cefaleia intensa (KAISER; COUTO, 2003).

Com relação às complicações crônicas, ocorre o comprometimento do sistema cardiovascular,



afecções em órgãos-alvos como os rins, coração, cérebro, os olhos e diminuição da libido, a qual poderá levar à impotência.

O estresse hemodinâmico decorrentes de regime de pressão, resistentemente elevados, resulta em cardiopatias, nefropatias e retinopatias hipertensivas, além de constituir um dos principais fatores de risco para as doenças arterotrombóticas (KAISER; COUTO 2003).

Outra complicação da hipertensão arterial prolongada, caso não seja tratada, é a hipertrofia das células miocárdicas, provocadas pelo esforço prolongado do coração para vencer a resistência vascular, o que pode provocar isquemia e conseqüentemente uma doença cardiovascular (KAISER; COUTO 2003).

A hipertensão possui algumas características peculiares que impõem restrições físicas e psicológicas e modificam o estilo de vida dos usuários (MARTINS, 1996).

Essas limitações direcionam para um novo modo de andar a vida, transformando o comportamento dos hipertensos nas suas relações com o ambiente físico e social.

Por ser uma doença psicossomática, influencia tanto o lado físico quanto o psicológico e, além disso, acarreta importantes mudanças biopsicossociais na determinação de especificidades emocionais e comportamentais. Todos esses fatores provocam sentimentos de infelicidade, ansiedade, revolta, não aceitação da doença e rejeição ao tratamento (MARTINS, 1996).

Em geral, são usuários com baixa autoestima, algumas vezes em estágio depressivo, cercados de medos de enfrentar uma doença incurável, o que dificulta o controle desse agravamento.

“A depressão é vivenciada pelo sentimento de falta de ajuda, problemas financeiros, perda de habilidades [...] Além disso, há necessidade de uma mudança no estilo de vida e a dependência a medicamentos” (MARTINS, 1996, p. 40).

Com relação à incidência da hipertensão arterial, esta aumenta progressivamente com a idade. São inúmeras as alterações sofridas pelo coração no decorrer da vida, pois, à medida que envelhecemos, as coronárias – as artérias responsáveis pela irrigação do coração – perdem elasticidade, ficam mais rígidas e forçam o aumento da resistência vascular. Com isso, tais artérias se tornam mais susceptíveis a danos provocados pelo fluxo sanguíneo (KAISER; COUTO, 2003).

Outra alteração relevante é a redução da capacidade de renovação/regeneração das células do músculo cardíaco, porque exige um esforço maior deste para desempenhar suas funções.

“À medida que envelhecemos, aumenta a prevalência da hipertensão arterial, podendo esta acometer 54% da população acima de 65 anos e 65% dos pacientes acima de 70 anos” (KAISER; COUTO 2003, p. 17).

A forma mais prevalente é a hipertensão arterial isolada, respondendo por cerca de 70% dos casos na população adulta. Esse percentual cresce quando afunilamos o estudo para a população idosa, pois esta tem uma tendência maior de apresentar este tipo de hipertensão, o que eleva o risco de ocorrerem doenças cardiovasculares significativamente, constituindo um grupo de risco (KAISER; COUTO, 2003).

Na atualidade, dispõe-se de diversos métodos para controle da hipertensão arterial. O tratamento não medicamentoso consiste na adoção de um estilo de vida saudável, o qual pode ser alcançado através

da adoção de uma alimentação balanceada, associada ao aumento da prática de atividade física (exercícios aeróbicos), redução da ingestão de sódio, eliminação do consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, aumento da ingestão de alimentos ricos em potássio, além do tratamento das doenças associadas à hipertensão (KAISER; COUTO, 2003).

Outra estratégia utilizada é a terapia medicamentosa, a qual pode ser administrada de forma individualizada ou através da associação de medicamentos, de acordo com a prescrição médica (KAISER; COUTO, 2003).

Para o controle da hipertensão, são utilizados seis grupos de fármacos. Os diuréticos, os inibidores adrenérgicos (os de ação central, alfa-1 bloqueadores e os beta-bloqueadores), vasodilatadores diretos, os inibidores da enzima conversora da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio e os antagonistas do receptor de angiotensina (KAISER; COUTO, 2003).

Esses medicamentos possuem diferentes mecanismos de ação e são prescritos de acordo com o estágio da doença e a acessibilidade do usuário a outros métodos terapêuticos.

Devido ao caráter multifatorial da maioria dos casos de hipertensão arterial, é compreensível que dificilmente um medicamento isoladamente tenha a capacidade de controlar a pressão arterial de tipos diferentes de pacientes (BASSO, 2002).

Existem alternativas terapêuticas para tratar a hipertensão, dentre elas, a musicoterapia, que atua no sistema nervoso e proporciona relaxamento, além de diminuir o estresse e a tensão do dia a dia. No entanto, esse método é pouco difundido e infelizmente não está presente nas principais estratégias de controle da hipertensão arterial (BASSO, 2002).

No entanto, tratar a hipertensão não é tarefa fácil, uma vez que o maior desafio enfrentado no controle da pressão arterial é, sem dúvida, a falta de adesão ao tratamento, principalmente em usuários assintomáticos. Isso faz com que o usuário não trate o problema e tenha uma falsa sensação de cura, o que acarreta abandono do tratamento (KAISER; COUTO, 2003).

Vários são os motivos para a não adesão ao tratamento, dentre eles, destaca-se: a falta de conhecimento sobre a doença, somada à ausência de sintomas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, disponibilidade de tempo dos usuários nos horários de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

Consequentemente os usuários só procuram os serviços de saúde quando estão acometidos por sinais e/ou sintomas decorrentes da doença, recebendo um atendimento paliativo em unidades de urgência/emergência e, ao cessarem os sintomas, os mesmos retornam as suas atividades, pois acreditam que estão “curados”.

Quando os usuários permanecem hospitalizados, na maioria dos casos já apresentam complicações, o que, muitas vezes, são irreversíveis (KAISER; COUTO, 2003).

Outro aspecto que dificulta a adesão ao tratamento é a multiplicidade de medicamentos e a divisão destes em doses apazadas em horários distintos.

Para conseguirmos uma boa aderência ao tratamento, é fundamental que selecionemos drogas de ação prolongada, com o propósito de reduzir o número de comprimidos, pois o grande número de comprimidos é um fator importante para a falta de observância ao tratamento (KAISER; COUTO, 2003 p.61).

## **HIPERTENSÃO ARTERIAL ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE COLETIVA**

As mudanças ocorridas no cenário socioeconômico e político brasileiro, a partir da década de 1960, resultaram em mudanças acentuadas na sociedade, caracterizadas, principalmente, pelo aumento da produção industrial e elevada migração das áreas rurais para os centros urbanos.

Esse panorama promoveu o aumento na incidência das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais a hipertensão arterial vem ganhando proporções significativas, tornando-se progressivamente um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade, atingindo pessoas de todas as faixas etárias, sendo mais prevalente na população acima dos cinquenta anos de idade.

Segundo a Associação Brasileira de Cardiologia (2005), a cada ano, torna-se mais frequente o diagnóstico dessa patologia em indivíduos mais jovens. A doença acomete cerca de 5% da população infanto-juvenil, resultado proveniente principalmente dos hábitos alimentares inadequados, estilo de vida sedentária e um modo de andar a vida predominantemente estressante.

Esse problema ganha proporções ainda maiores, ao se considerar que uma grande parte da população brasileira é constituída por indivíduos com idade acima dos cinquenta anos, faixa etária considerada mais susceptível ao desenvolvimento da doença.

De acordo Costa (1992), no Brasil, cerca de 15% a 20% da população adulta é portadora de hipertensão arterial, sendo que, quando o estudo é direcionado para as pessoas com idade superior a cinquenta anos, esse percentual chega a 50%, ou seja, metade da população com mais de cinquenta anos sofre dessa patologia, o que mostra a magnitude do problema.

Um dos fatores que dificultam o controle da doença é o fato de a maioria desses indivíduos desconhecer que são hipertensos. Como, em geral, a hipertensão cursa sem apresentar nenhum sinal e/ou sintoma e quando apresenta, esses são vagos e comuns à outras doenças, há um aumento considerável de casos existentes e não detectados.

As pressões anormalmente elevadas que cursam na maioria das vezes de modo assintomático, repercutem lenta e progressivamente sobre os tecidos dos chamados órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, retina e vasos periféricos), determinando as clássicas complicações da hipertensão arterial (LESSA, 1998, p. 80).

Por isso, é importante o acompanhamento constante dos valores pressóricos para que se possa estabelecer um diagnóstico precoce da doença. A partir daí, pode-se iniciar o tratamento mais rapidamente, no intuito de reduzir o risco de complicações e a morbimortalidade a ela associada.

Os estudos têm demonstrado que a melhor maneira de combater a hipertensão é através da prevenção, por isso é fundamental que sejam desenvolvidas ações em saúde voltadas para a eliminação ou redução dos fatores de risco para o desenvolvimento da doença.

Um dos instrumentos utilizados é a educação em saúde, já que, para prevenir a hipertensão arterial, é necessário que os indivíduos repensem o estilo de vida e, para isso, é imprescindível que eles conheçam o processo evolutivo da doença assim como os principais fatores de risco e medidas de prevenção.

Prevenir a hipertensão arterial envolve fundamentalmente ensinamentos para que se processem mudanças no estilo de vida: atividade física, ingestão alimentar e controle periódico da saúde. A consecução dessas transformações é lenta, gradativa e muitas vezes penosa por envolver mudanças quanto a hábitos já cristalizados (BASSO, 2002, p. 31).

No entanto, trabalhar a prevenção da hipertensão arterial não é tarefa fácil, pois, para isso, é necessário que haja uma mudança do estilo de vida dos indivíduos, mas, na grande maioria das vezes, não ocorre essa mudança. Os hábitos já estão cristalizados no cotidiano, e os indivíduos, em geral, não valorizam a prevenção, quando procuram os serviços de saúde já estão, na maioria das vezes, acometidos por algum sinal e/ou sintoma resultante de alguma afecção.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO INSTRUMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Para reverter esse quadro, é necessário adotar estratégias para incentivar/estimular a adesão ao tratamento. Para isso, utiliza-se a educação em saúde na tentativa de envolver o portador de hipertensão no tratamento, tornando-o participante do seu processo saúde/doença.

É de fundamental importância que o hipertenso compreenda a patologia, o processo evolutivo, os principais sintomas e os benefícios obtidos com a mudança do estilo de vida, como também os efeitos benéficos e indesejáveis da terapia medicamentosa, pois os efeitos colaterais são responsáveis por uma parcela significativa dos abandonos ao tratamento (LESSA, 1998).

Portanto, é importante ressaltar que as ações educativas devem ser realizadas continuamente, não se restringindo a ações pontuais e elas devem valer-se de uma linguagem simples e acessível a todos.

Das reflexões sobre a prática, à luz de teorias críticas, surge a necessidade de romper com a prática pedagógica tradicional. Assim como a educação é um instrumento de transmissão de ideologia dominante – de reprodução –, pode tornar-se historicamente e predominantemente um instrumento de transformação social, junto com as lutas sociais mais amplas.

Na realidade atual a interface educativa de destaque é a convivência nos serviços de Saúde com o auxílio e o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde – SUS, com a ênfase para o fortalecimento e qualificação da Estratégia da Saúde da Família; A Promoção

da informação e a Educação em Saúde devem dar ênfase às atividades físicas, aos hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo de bebida alcoólica, entre outros.

Assim, percebe-se que a realização de práticas educativas mais populares que atendam realmente as necessidades da comunidade se constitui num grande instrumento de mudança das práticas desenvolvidas no âmbito dos serviços de saúde, porém a efetivação das mesmas ainda encontra-se um pouco distante devido aos motivos anteriormente citados.

Sabemos que os trabalhadores não são os únicos responsáveis pelo processo de concretização dessas mudanças de rumo na atenção à saúde. No entanto, é necessário partir deles mesmos a ideia de mostrar à população a importância da saúde e de seus modos de vida para que se possa edificar um sistema de saúde que valorize os indivíduos com suas particularidades e diferentes modos de ser e estar no mundo.

## **O TEXTO E O CONTEXTO: UMA REFLEXÃO SOBRE O QUE TRAZ A LITERATURA E O QUE ENCONTRAMOS NOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Anualmente, concluem na FAEN, da UERN, cerca de vinte e seis discentes com formação na área de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem.

Os trabalhos de Conclusão de Curso, após a defesa em banca pública composta por professores e profissionais dos serviços, são arquivados na Biblioteca setorial da Faculdade de Enfermagem com a finalidade de propiciar a consulta pela comunidade acadêmica, profissionais do serviço e/ou outros profissionais.

Na Biblioteca, realizou-se uma triagem das monografias com a finalidade de selecionar aquelas que estivessem discutindo a hipertensão arterial de modo condizente com a proposta de trabalho aqui edificada. Em seguida, foram elaboradas 03 categorias de análise, as quais serão descritas no decorrer do trabalho de análise dos dados e construção de novas informações.

## **CONCEPÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Com as mudanças sociais, econômicas, políticas e principalmente o fortalecimento dos movimentos populares no Brasil, os profissionais de saúde, entre eles os Educadores de Saúde, começam a repensar a Saúde e a prática educativa nos serviços oferecidos na área. Os educadores se obrigaram a repensar mais profundamente seu papel e sua prática nos programas e serviços em que atuam.

A educação em saúde, enquanto estratégia do SUS para otimização do tratamento da Hipertensão Arterial, estabelece como proposta a inovação das ações nos serviços de saúde ancoradas na pedagogia crítica e na educação permanente para a efetiva transformação dos perfis no processo saúde/doença dos usuários.

Nas monografias pesquisadas, a educação em saúde é vista como uma prática social, um instrumento para a efetivação do tratamento da hipertensão arterial, pois torna o hipertenso co-partícipe do seu processo saúde/doença, incentivando-o, dessa forma, a adesão ao tratamento.

Na busca pela redução dos sofrimentos e dificuldades enfrentados pelos pacientes hipertensos, surgiu como forma particular e essencial para promover ações educativas em saúde com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos usuários, permitindo assim a integração do indivíduo na sociedade e, ainda, a inserção dos familiares nesse processo de educação como agentes participantes, capazes de adquirir conhecimentos sobre o assunto e, assim, serem estimulados a ser co-partícipes no tratamento desses usuários, ajudando-os nas necessidades que fazem parte do seu cotidiano (BEZERRA, 2001, p. 28).

A prática educativa, como prática de saúde, baseada em uma metodologia de participação, deixa de ser um processo de transferência de informação e passa a ser um processo de capacitação de indivíduos e de grupos para a transformação da sua realidade.

Enquanto estratégia, a Educação em Saúde se torna digna de inserção no sistema de saúde brasileiro porque vem com a proposta de vontade de mudar, de transformar, fazer algo inovador na realidade dos serviços dando novos sentidos as experiências vividas. Apontada como um Conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e transversais a vários campos de atuação propondo articular com a sociedade vigente a sensibilização e aderência a projetos que contemplam estratégias transformadoras da realidade (STOTZ, 1993, s/p).

É notório observar que é nessa concepção de educação em saúde que deve estar baseada a prática do enfermeiro enquanto educador, sendo fortalecido um processo educativo transformador e crítico-reflexivo.

Logo, faz-se necessário o envolvimento de um maior número de profissionais de saúde nesse movimento, visto que se encontram poucos envolvidos com essa questão, tendo em vista que a grande maioria dos trabalhadores afirma não ter tempo para a realização das atividades educativas devido as burocracia executadas nas instituições (RODRIGUES, 2008).

No entanto, percebe-se nos trabalhos monográficos que a educação em saúde ainda não foi posta em prática como está concebida na literatura, pois as ações educativas estão baseadas em ações pontuais e verticalizadas, tendo como estratégia metodológica, na grande maioria dos casos, a utilização apenas de palestras.

Vê-se que, na realidade, ainda se encontram algumas dificuldades, mas isso pode ser superado através de trabalhos dessa natureza que incitam a reflexão e o desafio. No entanto, sabe-se que ser inovador é muitas vezes ser criticado e desacreditado, pois, na maioria das vezes, a crença popular se volta para a ideia de que sempre foi assim e assim será. Logo, é sabido que as dificuldades existem, porém não podem ser consideradas imutáveis e intransponíveis.

Por isso, percebe-se a necessidade da ampliação dos locais de discussão sobre essa temática, possibilitando a construção de um conhecimento mais fundamentado e a formação de profissionais mais preparados para atuar na realidade.

Portanto, buscam-se alternativas para a melhoria da qualidade de vida da população através de um processo educativo que não se faz mediante a hierarquização de saberes e/ou repasse de informações, mas sim por meio de conversações e negociações que se estabelecem entre enfermeiro (a)s e população.

Dessa forma, vê-se a importância desse redirecionamento na saúde, tanto para que se aperfeiçoe a qualidade de vida da população quanto para mudar o direcionamento das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, estando estes nos serviços ou ainda em processo de formação.

## **A EDUCAÇÃO EM SAÚDE ENQUANTO INSTRUMENTO PARA PROMOÇÃO À SAÚDE EM USUÁRIOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

“A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e pensar/fazer cotidiano da população” (VASCONCELOS, 2001, p. 25).

Por isso há uma necessidade de estarmos possibilitando a esses indivíduos uma melhor qualidade de vida, o que só é possível através do uso de uma linguagem simples e de fácil entendimento, para que os pacientes compreendam a patologia e todas as implicações que a doença desencadeia.

As ações educativas podem ser vistas como uma linguagem facilitadora que estimula os indivíduos a adquirirem conhecimentos sobre os sinais, sintomas, causas e os riscos a que estão expostos.

Isso é possível a partir de uma prática educativa realizada por toda a equipe multiprofissional, a qual possibilita que os indivíduos se vejam como sujeitos participantes e conscientes, capazes de compreender que eles podem agir/interferir de maneira positiva para o seu próprio futuro.

No entanto, nos trabalhos analisados fica notório que as ações de educação em saúde são realizadas apenas pelo enfermeiro (a), pois os demais profissionais, em geral, não se sentem responsáveis pelas atividades educativas e muitos deles não percebem a importância dessas ações.

As ações educativas são realizadas pelas enfermeiras, pois os médicos e dentistas dizem que não possuem tempo para essas atividades, pois não vão parar o atendimento para realizar palestra, como se o enfermeiro também não tivesse uma demanda para atender (RODRIGUES, 2008, p. 23).

Nesse contexto, a relação entre enfermeiros e usuários pode desempenhar um importante papel de ajuda, visto que se estabelece um processo interpessoal com ênfase na humanização da assistência de enfermagem. Torna-se cada vez mais necessário o desenvolvimento de práticas inovadoras, visto que o foco da prestação de assistência à saúde deve deixar de ser apenas uma parte do corpo ou órgão afetado e deve levar em consideração o paciente como um todo, com suas histórias de vida, medos e angústias.

## A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADEÇÃO DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Para que haja sucesso no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), é necessário que o indivíduo participe ativamente do plano terapêutico, de forma que o tratamento se fundamente, principalmente, em medidas não farmacológicas, que estão pautadas na mudança do estilo de vida, por que compreenda a importância de aderir ao tratamento (KAISER; COUTO, 2003).

No entanto, na grande maioria dos casos, não ocorre essa adesão de forma satisfatória, principalmente, quando o tratamento está relacionado à mudança no modo de andar a vida, pois os hábitos já estão cristalizados no estilo de vida dos indivíduos, e essa pouca adesão acaba comprometendo a sua eficácia (KAISER; COUTO, 2003).

Para reverter esse quadro, uma das ferramentas de que o profissional dispõe é a prática de educação em saúde, pois, através desta, pode-se atuar na orientação dos hipertensos, utilizando-se de atividades nas quais o indivíduo participe ativamente no seu processo saúde-doença, buscando estratégias que incentivem/estimulem a mudança no estilo de vida.

No entanto, é importante ressaltar que, nos Trabalhos de Conclusão de Curso pesquisados, encontra-se uma realidade bastante distinta, em que as orientações estão pautadas principalmente em repasse de informações pontuais e verticalizadas, e que a palestra tem papel de destaque como estratégia metodológica.

O modelo educativo verticalizado-prescritivo, onde predomina a relação sujeito-objeto, impossibilita que o usuário reconheça-se como partícipe no processo de tratamento. O enfermeiro, enquanto “sujeito”, exerce ações prescritivas que visam ‘controlar o paciente’, ao invés de estimular que os mesmos criem razões para o alcance de seus objetivos (RODRIGUES, 2008, p. 31).

No que diz respeito à assistência de enfermagem aos usuários hipertensos, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, pode ser um agente multiplicador de conhecimentos através da promoção da educação em saúde dos usuários, buscando proporcionar a estes o desenvolvimento de hábitos mais saudáveis de vida, possibilitando, assim, uma maior aceitação da doença e uma maior segurança a esses usuários (LESSA, 1998).

Portanto, a educação em saúde vai além de uma simples reprodução e falatório alienados acerca de assuntos ou discursos; ela perpassa o conhecimento científico e abrange experiências, adquire vivências e busca redirecionar os comportamentos dos indivíduos, sempre respeitando suas concepções e conhecimentos (VASCONCELOS, 2001).

Várias são as atividades de educação em saúde, que podem ser desenvolvidas, por exemplo, em oficinas, onde os hipertensos participem ativamente, através de suas experiências. Também se pode utilizar o diálogo de saberes, no qual há uma grande troca de informações e conhecimentos, prática



bastante enfatizada por Paulo Freire, a qual facilita a compreensão e assim incentiva/estimula a adesão ao tratamento.

A educação surge como uma estratégia para uma melhor qualidade de vida dos hipertensos, capacitando-os a tornar sujeitos autônomos nas suas decisões, através de uma reflexão\ação\reflexão, sobre o seu próprio corpo com base nos conhecimentos cada vez mais aprimorados sobre sua saúde, tendo opção de adotar ou não hábitos e atitudes saudáveis (SANTOS; LIMA, 2008, p. 44).

Na maioria das vezes, os profissionais desprezam essas práticas e saberes e, por isso, impedem que a população seja co-participante do processo de produção de saúde que é seu, castra a possibilidade de expressão dos sujeitos, impede que as vozes populares ecoem na perspectiva da mudança.

A construção de uma educação dialógica pressupõe a ausência do saber monopolizado. Todos são sujeitos no processo. Todos os sujeitos trazem consigo conhecimentos necessários para a conformação final do modelo educativo. Assim, não existe saber superior a outrem, mas sim, percepções diferenciadas da realidade. Como explicita Paulo Freire (1996), não há um que sabe e outro que não sabe, mas sim, dois que sabem coisas diferentes.

No entanto, nos trabalhos analisados, percebe-se que as ações educativas são baseadas em estratégias metodológicas verticalizadas, utilizando-se, na grande maioria das vezes, reuniões conduzidas por meio de palestra, na qual o conhecimento está centrado no profissional, pois se realiza uma transmissão do saberes e não uma construção de conhecimentos.

Porém, é sabido que há influência histórico-cultural da educação verticalizada na formação de preconceitos quanto aos usuários. Sendo assim, temos que fazer críticas e reflexões acerca das metodologias educativas aplicadas no cotidiano.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da proposta desenvolvida no trabalho monográfico foi possível perceber o quão se faz importante a luta pela utilização da educação em saúde para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

Foi perceptível, nos trabalhos analisados, a concepção sobre a importância da realização de um tratamento pautado na integralidade, tendo a educação em saúde um instrumento imprescindível para essa prática.

Dessa forma, conclui-se que a melhor maneira de combater/controlar a hipertensão arterial e consequentemente prevenir as complicações é através de um tratamento que visualize o hipertenso de forma integral, na qual o indivíduo seja co-partícipe do seu processo saúde/doença.

Desse modo, é notório que precisa ser desenvolvido um número maior de trabalhos nessa área para que também um número maior de pessoas se sinta responsável pela transformação da realidade analisada, para que haja uma maior sensibilização dos profissionais de saúde e da população.

Nos trabalhos analisados, infelizmente ainda não foi possível visualizar um trabalho educativo bem estruturado no campo da educação em saúde que realmente atenda os anseios/desejos da população, principalmente em virtude da estratégia metodológica utilizada.

Por fim, e em decorrência do exposto, é necessário destacar que a realidade atual dos serviços de saúde ainda não possui um movimento bem estruturado na área de Educação em Saúde, pois as atividades ainda estão sendo realizadas de forma pontual e verticalizada, dificultando, dessa forma, a realização das medidas terapêuticas adequadamente.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, M. R. J.; JORGE, M. S. B. Vivenciando a hipertensão arterial: construção de seus significados e suas implicações para a vida cotidiana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 4, p. 574 – 583, jul./ago. 2002.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.
- BASSO, A. L. et al. Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). **Enfermagem Atual**, p. 27- 33, jul./ago. 2002.
- BEZERRA, J. C. **Perfil dos hipertensos residentes no bom Jesus, Sumaré e Liberdade II, Mossoró-RN**. 2001. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Mossoró, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde garante remédios gratuitos para hipertensos: Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. 2003
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários á prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- KAISER, S. E.; COUTO, A. A. de. **Manual de Hipertensão Arterial do Estado do Rio de Janeiro (SOHERJ)**. Rio de Janeiro: Lemos Editorial, 2003.
- GUYTON, A. C. M. D. **Fisiologia Humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- JOINT NATIONAL COMMITTEE, National Institutes de Health. **Prevenção, detecção, avaliação, tratamento da pressão arterial elevada: Relatório**. 1997.
- MENEZES JÚNIOR, J.E. et al. Educação em saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida dos usuários hipertensos. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., 2011.
- LESSA, L. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- MARTINS, L. M. França. A.P.D. Kimura, M.M. Qualidade de Vida de Pessoas com doenças crônicas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, dez. 1996.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª edição. São Paulo; HUCITEC, 2007.

RODRIGUES, L. G. M. **Educação popular em saúde:** Reflexões e desafios acerca das práticas desenvolvidas e do empoderamento da comunidade. 2008. 58f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Mossoró, 2008.

SANTOS, A. R. **Metodologia científica:** a construção do conhecimento. 7.ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA,P.L. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.17, n.1, p.90-97, jan./mar. 2008.

STOTZ, E.N. Enfoques Sobre Educação Em Saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N.(Org). **Participação Popular, Educação em Saúde:** Teoria e Prática. Rio de Janeiro: 1993. p. 11-22.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção a saúde da família.** 2.ed.São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

## **SOBRE A PREFACIADORA E COLABORADORES**

### **Raimunda Medeiros Germano**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco (1965), graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1969), mestrado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (1983) e doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (1990). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Ética, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, ensino, ética, educação e saúde. E-mail: [rgermano@natal.digi.com.br](mailto:rgermano@natal.digi.com.br).

### **Ailton Siqueira de Sousa Fonseca**

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (1993) e mestrado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1998). Doutor pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Tem experiência na área de Antropologia, com ênfase em Antropologia da Comunicação Urbana, Antropologia e Complexidade, atuando principalmente nos seguintes temas: cultura e linguagem, cotidiano e afetividade, literatura, ciência e imaginário. Atualmente é professor titular da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, professor do Programa de Pós-Graduação em Educação (mestrado), do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Sociais e Humanas da UERN e tutor do Programa de Educação Tutorial (PET) em Ciências Sociais da UERN e diretor da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais (FAFIC/UERN). E-mail: [ailtonsiqueira@uol.com.br](mailto:ailtonsiqueira@uol.com.br).

### **Amélia Carolina Lopes Fernandes**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2008). Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Especialista em Enfermagem, Saúde e Segurança do Trabalho pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - RN. Atualmente é Professora Auxiliar IV no Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, das disciplinas: Processos Patológicos, Enfermagem no Processo Saúde/Doença da Terceira Idade e Enfermagem no Processo Saúde/Doença do Adulto. No corrente semestre está lotada nas disciplinas Concepções Sobre o Ato de Estudar, Processo Investigar da Enfermagem, Processos Patológicos e Enfermagem no Processo Saúde-Doença da Terceira Idade. Atuou no Núcleo de Ensino e Estudo de Línguas da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - NEEL/UERN como monitória da Língua Inglesa, bem como realiza tradução de textos científicos. E-mail: [amelia.carol@gmail.com](mailto:amelia.carol@gmail.com).

### **Antonia Líria Feitosa Nogueira Alvino**

Mestre em Educação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2010), possui especialização em Educação em Saúde pela FIOCRUZ (2002). Bacharelada e licenciada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (1994) desenvolveu larga experiência profissional em urgência, emergência e assistência de enfermagem em cuidados críticos, tendo participado da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da cidade de Mossoró-RN. Atualmente é professora assistente, nível II, na Universidade Estadual do Rio Grande do Norte ministrando as disciplinas de Assistência de Enfermagem nos Processos Saúde/Doença do Adulto, Semiologia e Semiotécnica e é Coordenadora de Estágio Supervisionado nos Serviços de Saúde e das Práticas de Ensino. Atua principalmente nos seguintes temas: urgência e emergência, cuidados críticos e saúde do adulto na alta complexidade. E-mail: [antonialiria@gmail.com](mailto:antonialiria@gmail.com)

### **Bertha Cruz Enders**

Graduou-se com Diploma de Enfermagem pela JRD. School of Nursing, Corpus Christi, Texas, USA; titulou-se com Bacharel em Enfermagem pela Incarnate Word College, San Antonio, Tx, USA e recebeu Certificado de “Pediatric Nurse Practitioner” pela University of Texas, Galveston, Tx, USA. Cursou Mestrado em Enfermagem Comunitária e Doutorado (PhD) em Enfermagem na Texas Womans University, Dallas, Tx, USA. Atualmente está vinculada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil, como Professora Colaboradora onde participa como docente e pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Atua na área de

enfermagem em saúde pública com enfoque na saúde da mulher, criança e adolescente. Orienta trabalhos de conclusão de Graduação e Especialização, bem como dissertação de Mestrado e tese de Doutorado. Pesquisadora 2/CNPQ e membro do grupo de pesquisa/CNPQ ; Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem;. Pesquisa o desenvolvimento das práticas em saúde e de enfermagem, avaliação em saúde e enfermagem, as intervenções e os resultados das ações de enfermagem, bem como a construção de teorias de enfermagem. Atua como consultora adhoc dos órgãos de fomento CNPQ e CAPES, bem como de vários periódicos científicos em saúde e enfermagem, internacionais e nacionais. E-mail: [bertha@ufrnet.br](mailto:bertha@ufrnet.br)

#### **Carmem Lúcia Colomé Beck**

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (1983), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1995) e Doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Atualmente é professora Titular da Universidade Federal de Santa Maria. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde do Trabalhador e Assistência de Enfermagem em Situação Crítica de Vida atuando, principalmente, nos seguintes temas: enfermagem, humanização, qualidade de vida, unidade de terapia intensiva, metodologias ativas de aprendizagem, educação em saúde e enfermagem. É integrante do Grupo de Pesquisa & quot; Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem/ UFSM&quot;; é docente permanente dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM Mestrado em Enfermagem. É avaliadora dos Cursos de Enfermagem do INEP/ MEC. Atua como consultora ad hoc de periódicos na área de enfermagem como a Revista Latino-Americana de Enfermagem (SP), Cogitare Enf (UFPR), a Revista Texto & Contexto (UFSC), a Revista Gaúcha de Enfermagem (UFRGS), a Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ), a Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo USP-SP), dentre outras. Foi tutora/ pesquisadora em educação à distância do Curso Ativação de Processos de Mudança para Profissionais da Saúde em algumas edições. Foi orientadora de Aprendizagem do referido curso, atuando nos pólos de Itapetininga-SP e Maceió- AL, cursos estes vinculados à Universidade Aberta do Brasil (UAB)/ Escola Nacional de Saúde Pública (ENPS)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ). Foi Orientadora de Aprendizagem do Curso Ativação de Processos de Mudança para Profissionais da Saúde, 4ª edição UAB, no Polo Novo Hamburgo. Atua desde 2012, no Centro Regional de Referência em Álcool e outras drogas da UFSM como docente e coordenadora pedagógica. É pesquisadora com bolsa produtividade- CNPq- Bolsa PQ- Nível 2. É editora da Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria- REUFSM. E-mail: [carmembeck@gmail.com](mailto:carmembeck@gmail.com)

#### **Cecília Nogueira Valença**

Doutora em enfermagem pelo programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF/UFRN), 2013. Professora colaboradora do PGENF/UFRN. Professora adjunto I da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA). Membro dos grupos de pesquisa & quot;Caleidoscópio da Educação em Enfermagem&quot; do Departamento de Enfermagem/UFRN, & quot;Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem nos diferentes cenários de atenção à saúde (GEPECAS)&quot; do Curso de Enfermagem/FACISA e & quot; O cuidar na saúde na perspectiva multiprofissional&quot; do HUAB. Atua nos seguintes temas: formação em saúde/enfermagem, saúde do trabalhador, saúde da criança e bioética E-mail: [cecilia\\_valenca@yahoo.com.br](mailto:cecilia_valenca@yahoo.com.br)

#### **Diego Bonfada**

Graduado em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN (2006). Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - FCM (2008). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN (2010). Doutor em em Saúde Coletiva pela UFRN e pela Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona-ES (2015). Atualmente é Professor do Curso de Graduação em Enfermagem/UERN no Campus Caicó. E-mail: [diegobonfada@hotmail.com](mailto:diegobonfada@hotmail.com).

#### **Erica Louise de Souza Fernandes Bezerra**

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas (FACISA/PB). Graduada em Enfermagem (Licenciatura e Bacharelado) pela

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Professora da Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, titular das disciplinas de Semiologia e Semiotécnica do Processo Saúde/Doença do Adulto e Enfermagem no Processo Saúde/Doença do Adulto. E-mail: [louisebezerra@hotmail.com](mailto:louisebezerra@hotmail.com).

#### **Eumendes Fernandes Carlos**

Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela ENSP/FIOCRUZ. Enfermeiro do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel/ Pronto Socorro Clóvis Sarinho da Secretaria de Saúde Pública do RN. E-mail: [eumendes\\_fernandes@hotmail.com](mailto:eumendes_fernandes@hotmail.com).

#### **Francisca Patrícia Barreto de Carvalho**

Professora adjunto IV da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Especialização em Ensino de Saúde/Enfermagem pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde/Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Chefe do Departamento de Enfermagem da UERN (2010-2012). Membro da Comissão Permanente de Pesquisa da UERN (2008-2012). Experiência como enfermeira do Programa de Saúde da Família (1998-2005) e enfermeira da atenção básica (2005-2009). Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: [patriciabarroto36@gmail.com](mailto:patriciabarroto36@gmail.com).

#### **Francisco Rafael Ribeiro Soares**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2007) e mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2014). Atualmente é professor assistente III da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem em Dermatologia, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, pronto socorro, humanização, unidades de terapia intensiva e assistência de enfermagem. E-mail: [xicorafa@yahoo.com.br](mailto:xicorafa@yahoo.com.br).

#### **Josélia Bandeira de Moura**

Bacharel em Enfermagem em Obstetrícia pela UERN. Especialista em Metodologia da Assistência de Enfermagem pela UERN. Professora Adjunta IV da UERN. E-mail: [joselia@servpro.com.br](mailto:joselia@servpro.com.br).

#### **Johny Carlos de Queiroz**

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1989) e graduação em Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1990). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2003), em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem (2004) pela ENSP/FIOCRUZ//MS e em Ativação de Processos de Mudanças na Formação Superior de Profissionais de Saúde (2007) pela ENSP/FIOCRUZ//MS. Mestre em Enfermagem pelo programa de Pós graduação do Departamento de Enfermagem da UFRN. Professor Adjunto III da Faculdade de Enfermagem-FAEN da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN. Enfermeiro da Secretaria de Estado da Saúde Pública do RN, lotado no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia desde janeiro de 1990, atuando no serviço de emergência desde 1993. E-mail: [jonhycarlos@uol.com.br](mailto:jonhycarlos@uol.com.br).

#### **Lorrainy da Cruz Solano**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN. Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, UERN (2002). Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN (2010). Possui especialização em Enfermagem do Trabalho (2009). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de Mossoró-RN. Membro do Núcleo Docente Estruturante do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade UERN/PMM. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa do Pensamento Complexo/UERN e membro do Grupo de Pesquisa Ações Promocionais e de Atenção a Grupos Humanos em Saúde Mental e Saúde Coletiva/UFRN. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde



Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em saúde/enfermagem, saúde da mulher e saúde do trabalhador. Integra a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. E-mail: [lorrainycsolano@yahoo.com.br](mailto:lorrainycsolano@yahoo.com.br).

#### **Lucidio Clebeson de Oliveira**

Possui bacharelado e licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (2008), especialização em Saúde e Segurança do Trabalho pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) e em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e membro do Grupos de Pesquisa " Formação, cuidado e trabalho em saúde/enfermagem. No momento, é professor Auxiliar III da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), coordenador do programa de Educação para o Trabalho PET. E-mail: [lucidioclebeson@hotmail.com](mailto:lucidioclebeson@hotmail.com).

#### **Moêmia Gomes de Oliveira Miranda**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Regional do Rio Grande do Norte (1984), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (2002) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2010). Atualmente é professora adjunto IV da Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Marcos Teóricos Metodológicos Reorientadores da Educação e do Trabalho em Saúde. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: educação em enfermagem, trabalho em saúde/enfermagem e saúde coletiva. E-mail: [moemiagomes@gmail.com](mailto:moemiagomes@gmail.com).

#### **Renata Silva Santos**

Doutora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UFRN sob a orientação da Profª Drª Rejane Maria Paiva de Menezes. Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2007), graduação em Licenciatura em Enfermagem e especialização em Enfermagem do Trabalho e em Epidemiologia, foi bolsista PIBIC/CNPq sob orientação da Profª Drª Rejane Maria Paiva de Menezes. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN / Curso de Mestrado sob orientação da Profª Drª Rejane Maria Paiva de Menezes. Docente da FATERN-Estácio no Curso de Graduação em Enfermagem. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde coletiva, saúde do trabalhador, saúde do idoso, educação permanente. E-mail: [renatasilva\\_santos@hotmail.com](mailto:renatasilva_santos@hotmail.com).

#### **Rejane Maria Paiva de Menezes**

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1978), mestrado em Enfermagem, na Área de concentração de Enfermagem na Saúde da Comunidade, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1990) e doutorado em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (2001). Atualmente é Professora Associada, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, do Programa de Pós-graduação, Mestrado de Enfermagem na Assistência à Saúde e, de Graduação na Disciplina Enfermagem na Atenção Básica e Saúde da Família no Curso de Enfermagem. É também Vice-Coordenadora da Base de Pesquisa Práticas Assistenciais e Epidemiológicas em Saúde e Enfermagem, do Departamento de enfermagem da UFRN, Coordenadora do Centro de Estudos e Pesquisas da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção\_RN (CEPeN\_RN) e membro do corpo editorial da Rev Eletrônica de enfermagem da UFG, e Texto e Contexto de Enfermagem da UFSC , Rev Ciência Cuidado e Saúde. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde do idoso, enfermagem em saúde do adulto e idoso, na assistência e no ensino de enfermagem. E-mail: [rejemene@terra.com.br](mailto:rejemene@terra.com.br).

#### **Rosalba Pessoa de Souza Timoteo**

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1978), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1997) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2000). Atualmente é professor titular da Universidade

Federal do Rio Grande do Norte, - Ciência, Cuidado e Saúde, tutor/especializando da Fundação Oswaldo Cruz e consultoria da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Ensino da Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: ensino da enfermagem, história da enfermagem, currículo de enfermagem, enfermagem e avaliação. E-mail: [rosalbatimoteo@yahoo.com.br](mailto:rosalbatimoteo@yahoo.com.br)

### **Rosangela Diniz Cavalcante**

Possui Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte-UERN (2001); Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN (2009) e Especialização em Saúde da Família pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN (2006). Atualmente é professora Adjunto II (Dedicação Exclusiva) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte do curso de Graduação em Enfermagem do Campus Caicó e doutoranda da Pós Graduação Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Participa como membro dos grupos de pesquisa: A enfermagem no processo saúde-doença individual/coletiva, na educação em saúde e na assistência/gerência de serviços de saúde e do grupo: Educação, Saúde e Pensamento Complexo (GESCOM) da UERN. Tem experiência na área de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde Coletiva, Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Gênero e Saúde e Ensino em Enfermagem. E-mail: [ros.cavalcante@hotmail.com](mailto:ros.cavalcante@hotmail.com).

### **Soraya Maria de Medeiros**

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1982), Especialização em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1988), Especialização em Ativação de processos de mudanças na formação superior de profissionais de saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (2006). Mestrado em Educação pela Universidade Federal da Paraíba (1995). Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2000). Atualmente pertence à categoria de Professor Associado IV da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com concurso de Titular previsto para o ano de 2016. No âmbito do ensino de graduação, integra a equipe responsável pela docência da área de Saúde Coletiva no Curso de Graduação em Enfermagem da UFRN. Atuou como tutora do Programa de Ensino Tutorial-PET-PRO-SAÚDE/MS (2012 a 2014). Foi docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Tem ainda experiência em formação em graduação, em nível de estudos curriculares, com atuação na equipe coordenadora da Comissão de Estudos Curriculares do curso de graduação em enfermagem da UERN, na reelaboração e acompanhamento do Projeto Pedagógico do curso. Tem ainda experiência com a coordenação de projetos de monitoria, para a formação de carreira docente na graduação, com atuação em projetos financiados pela PROGRAD/UFRN. Atualmente no ensino de Pós-Graduação, atua Ministra e coordena as disciplinas vinculadas ao Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFRN. Em nível de Pós-Graduação Lato Sensu, possui experiência com a formação multiprofissional em saúde, financiados pelo Ministério da Saúde e com uso de metodologias ativas, tendo participado de elaboração de curso de especialização em rede nacional de formação de especialistas em Vigilância Epidemiológica ANVISA/MS, atuando como docente de disciplinas também na equipe coordenadora desse curso na UFRN e como docente de disciplinas do mesmo curso, na UFG-Goiânia. Docente curso de especialização multiprofissional em Vigilância Epidemiológica em Saúde/UFRN/MS, ministrando disciplinas em cursos de especialização multiprofissional em Saúde da Família, vinculado ao Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde-PITS/MS (2001 a 2003), atuando também como tutora dos profissionais de saúde/alunos. Atuou ainda como docente de disciplinas de cursos de especialização em enfermagem/UFRN. Orienta alunos de Doutorado, Mestrado e Iniciação Científica. Como pesquisadora, integra o Grupo de Pesquisa “Caleidoscópio da Educação em Enfermagem”, tendo coordenado pesquisas financiadas pelo CNPq e pelo Ministério da Saúde. Participa como pesquisadora no Grupo de pesquisa “Grupo de estudo e qualificação em tuberculose da Paraíba-UFPB. Atualmente mantém pesquisas financiadas pela PROPESQ/UFRN e IC/CNPq. Participa como pesquisadora e vice-coordenadora desde a formação do grupo de pesquisa “Saúde, gênero, trabalho e meio ambiente”, com inserção em pesquisas financiadas pela PROPESQ/UFRN. Possui experiência com orientação ensino em curso de Pós-Graduação Strictu Sensu internacional. Na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi coordenadora do Programa de Pós-Graduação em enfermagem no período de



2004 a 2007. Atualmente desenvolve pesquisas na linha de pesquisa Enfermagem na Vigilância à Saúde, na área de concentração Atenção à Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-UFRN. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde e o Mundo do Trabalho e Educação em enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, saúde do trabalhador, mundo do trabalho, educação em saúde. Tem como foco principal a relação da formação e educação permanente em enfermagem, sob a mediação da saúde do trabalhador e da construção de novas tecnologias em saúde. E-mail: [sorayamaria@digi.com.br](mailto:sorayamaria@digi.com.br)

**Thiago Enggle de Araújo Alves**

Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) em 2007. Professor da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) desde fevereiro de 2008. Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem da FACENE/RN desde outubro de 2013. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela FACENE/RN. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) em 2010. Enfermeiro do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Metropolitano do Rio Grande do Norte desde setembro de 2010. Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: [thiagoenggle@facenemossoro.com.br](mailto:thiagoenggle@facenemossoro.com.br).