



Formação do Profissional em Saúde: uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano

Margaréte May Berkenbrok Rosito
Marlene Goya Loterio

RESUMO – Formação do Profissional em Saúde: uma recusa ao esvaziamento da essência do cuidado humano. Investiga-se o sentido do cuidado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em medicina de 2001. Estabelece-se como objetivo analisar a formação profissional em saúde. Aponta para os seguintes resultados: é necessária uma formação humanística capaz de mediar o uso dos conhecimentos científicos e tecnologias, de modo a responder às necessidades de saúde de indivíduos e da coletividade; o cuidado norteia as práticas que envolvem tanto ações de educação como de saúde ou é, ele mesmo, parte dessas ações.

Palavras-chave: **Formação Docente. Cuidado Humano. Educação e Saúde.**

ABSTRACT – Health Professional Training: a refusal to the emptying of the essence of human caring. It investigates the meaning of care in the National Curriculum Guidelines, 2001. The aim is analyze of education in health care professionals. It points to the following results: need for a humanistic view able to balance the use of scientific knowledge and technologies, in order to meet the needs of individuals and the community; care guidance involving either Education and Health actions or even showing being itself part of these actions.

Keywords: **Teacher Education. Human Care. Education and Health.**

Introdução

Este estudo tem como eixo norteador o sujeito que cuida no campo da saúde, o que nos remete à necessidade de repensar os pressupostos de práticas racionalistas e técnicas na formação dos profissionais de saúde. Na contemporaneidade é inegável que o avanço científico e o tecnológico têm trazido grandes ganhos à produção de saúde, porém somente a utilização de tecnologias não tem sido suficiente para garantir o cuidado com a saúde dentro de uma relação de humanização. Este contexto histórico situa a necessidade de compreender a qualidade da formação do profissional em saúde que seja apropriada para desenvolver e sustentar a relação humanizadora, contemplando os princípios norteadores de uma atitude do cuidar não restritos somente à mera aplicação de técnicas. A objetividade no cuidado transforma em ato mecânico aquilo que deveria ser humano, carregado de vida.

Estabelece-se como objetivo deste trabalho compreender o sentido do conceito de cuidado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN's), de acordo com a resolução CNE/CES nº 4 de 7/11/01 (DOU), considerando a formação do profissional em saúde dentro de uma concepção de educação voltada para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, em consonância com o pensamento educacional de Paulo Freire. Tal concepção educacional concentra-se nos aspectos relacionados com a crítica à educação bancária e à proposição de uma educação libertadora, cujo objetivo é a humanização do indivíduo, que decorre de um processo educativo e formativo que leva em conta a reflexão crítica como elo entre o indivíduo e o mundo.

Isso implica revisitar o pensar e o fazer pedagógico como possibilidade de libertação da educação bancária. Por isso, no que se refere à formação do profissional em saúde no curso de medicina, necessita-se insistir na abertura de espaços para a educação, nos quais haja o incentivo às potencialidades de autonomia do ser humano. Assim, as práticas serão técnicas, sem que se esqueça da arte do ser e do relacionar-se com o humano.

Para se refletir sobre a importância do cuidado na formação do profissional em saúde recorre-se à percepção de que a autonomia, em Freire, afirma-se como aprendizagem de uma vivência educacional fundamentada na ética, estética, moral, ideologia e no poder. Nesse caso, a educação é considerada um caminho de realização de justiça e de compromisso que afirme a dignidade humana.

Assume-se como hipótese que o desenvolvimento da autonomia é um princípio ético que aprimora a intervenção do sujeito na sociedade, levando-o à busca da justiça nos processos de relações humanas, que ocorre através do conceito de cuidado.

Privilegiam-se neste trabalho autores como Heidegger (2002) e Foucault (2006), que trataram do conceito de cuidado e formularam teorias que fundamentam concepções básicas para o pensamento contemporâneo, as quais encontram ressonância com a concepção de educação libertadora, em Freire (1996; 2005). O cuidado humano é assumido como componente ético da edu-

cação dos sujeitos, como forma de intervenção que visa ao desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, como possibilidade de resistir ao ritmo acelerado do avanço tecnológico contemporâneo que se caracteriza pela excessiva preocupação com a tecnologia, o que propicia a formação de um abismo entre os profissionais da saúde e os pacientes. Em decorrência disso há, inegavelmente, o esvaziamento humano do conceito de cuidar nas práticas usuais entre profissionais e pacientes.

Essa reflexão é concretizada a partir da investigação dos sentidos e significados de cuidado humano, presentes no material analisado: o documento sobre as DCN's do curso de medicina. Utilizou-se como procedimento a análise documental e para tal se torna necessária a abordagem hermenêutica adequada para o estudo, envolvendo a compreensão da historicidade do problema, do proclamado no documento, das observações do cotidiano. São contextos significativos que possibilitam o entendimento das questões que envolvem o objeto de estudo.

A abordagem hermenêutica, na perspectiva de Gadamer, adota o conceito de círculo hermenêutico, o qual se baseia em Heidegger. Para Gadamer (1999) o círculo de compreensão consiste em interpretar, rompendo com os pré-conceitos e pré-compreensões que o pesquisador tem ao se deparar com o objeto de estudo. Desvelar os sentidos e significados de um texto evidencia a possibilidade de desvelar os pré-juízos e pré-conceitos do pesquisador para, em seguida, estabelecer a compreensão. Na perspectiva de Gadamer compreender é um processo de abertura de horizontes, que permite encontrar, no texto, algo que fala por si mesmo. Os conteúdos de sentido se apresentam como algo presente no texto e que necessita ser descoberto.

A compreensão, por meio do contexto, faz da interpretação um possível conhecimento, por meio da linguagem e da natureza, ou seja, o intérprete tem que estar atento e respeitar a alteridade do texto e do contexto que o produziu.

O enfoque gadameriano (1999; 2000) vê na linguagem a substancialidade de onde brota a experiência: é o ser vivo que dispõe de linguagem. Para Heidegger (2002, p. 218-220), linguagem é o próprio existir, o olhar que procura significar, que busca compreender e desvelar o dito e o não dito no documento. Na perspectiva desse autor, a compreensão vai-se constituindo no movimento dialógico com o "outro", aqui aplicado aos autores e teóricos da educação e da saúde, desdobrando-se o estudo em explicitações de conceitos, interpretações e apreensões sobre o que o outro pensa.

Isso circunscreve a hermenêutica no campo de um saber que ajuda a considerar o documento como um falar. A palavra exerce uma considerável força de poder, preenche os ciclos da história com ideias, valores e princípios que fundamentam a construção de sentidos. Assim, o pensar hermenêutico não desconsidera as tendências ideológicas do texto, a crença de que não existe conhecimento puro. Para Severino (1997, p. 65), "[...] a lei conceitua, mas não obriga, não assegura seu próprio cumprimento. Assim, tudo passa a depender das medidas que os gestores do sistema venham a tomar".

Esse ponto de vista orienta a leitura e a investigação das pistas do sentido de cuidado presente nas DCN's do curso de Medicina. Como o conceito de cuidado – fenômeno em estudo – é compreendido pelos teóricos e autores aqui apresentados?

O Método Autobiográfico: o cuidado na conjuntura de autoformação

O método biográfico surge como uma das justificativas para a escolha do tema deste trabalho. Esse dispositivo encontra apoio teórico nos autores clássicos da História de Vida como Dominicé (2006), Josso (2004), Pineau (2004) e Nóvoa (1992), bem como no processo de conscientização em Freire (1992; 1996).

Durante o curso de mestrado, na disciplina *Ética, Estética e Educação*, uma atividade foi vivenciada pelos participantes: a elaboração de uma *Colcha de Retalhos*, utilizando retalhos de tecido/pano. Cada participante conta a história tecida no retalho. Ela propõe a pesquisa da sua própria prática para compreendê-la e teorizá-la, buscando, nas Histórias de Vida, elementos que possam elucidar esse processo, investigando como seus percursos singulares foram tramados no coletivo e proporcionaram emergir a temática deste estudo. Dessa forma, é possível compreender que a proposta de uma investigação carrega um movimento que não se inicia no mestrado, mas é um recorte da história do percurso pessoal, profissional e acadêmico do(a) pesquisador(a).

A importância do conceito de cuidado na formação de profissionais em saúde foi extraída do ato de resgatar circunstâncias da experiência de vida de uma das autoras, deste estudo, que a levaram a trilhar o caminho desta pesquisa.

Lembro-me, com muita clareza, da minha avó materna, acometida de um acidente vascular cerebral (AVC), ainda muito jovem, quando vinha do Japão para o Brasil, como imigrante. Conviveu com sequelas que lhe paralisaram o lado direito do corpo, limitando seus movimentos e locomoção, levando, inclusive, a uma paralisia facial que lhe dificultava a fala e a deglutição da saliva, que lhe escorria pelo canto da boca, permanentemente. Mesmo assim, teve dez filhos e criou-os na zona rural, trabalhando na lavoura. Na velhice, próximo aos 70 anos, fazia rodízios nas casas dos filhos, ora morando com um, ora com outro, para que nenhum deles fosse sobrecarregado financeiramente, já que não possuía renda própria e que nesta fase da vida precisava de ajuda para suas necessidades básicas. Quando da sua estada em nossa casa, ela era ajudada por mim e meus irmãos. Éramos crianças e cuidar da avó era, ao mesmo tempo, diversão e obrigação. Talvez eu tivesse, nesse período, entre nove e doze anos. Nós a ajudávamos a ir ao banheiro, tomar banho, vestir-se, pentear-se, alimentar-se. Até a riscar o fósforo para acender o seu cigarro. Revezávamo-nos entre os horários da escola e outros afazeres, mas os cuidados mais complexos ficavam por minha conta. Eu cuidava de minha avó de modo “desinteressado”. Não esperava nada em troca. Ela nunca me agradeceu, porque nunca precisou fazê-lo. Eu cumpria o meu papel de bom grado; não era obrigação e não era piedade. O que eu queria mesmo era vê-la feliz, e era muito fácil agradá-la. Ela nunca ficava de mau humor. Nunca reclamava das coisas. Ria

com muita facilidade, e vê-la rir era minha maior recompensa. Ela falava o idioma japonês. Ainda que eu não a compreendesse e ela me compreendesse muito pouco, nós nos entendíamos. Quando não nos entendíamos, ríamos juntas. Ela ria muito. De tudo. Quando eu lhe penteava os cabelos e a machucava, ela gritava de dor e logo em seguida ria, compulsivamente, fazendo-me rir também. Ela ria da dor que sentia e do susto que eu levava. Acho que ela tinha um “espírito” de criança. E por isso eu gostava muito dela. Apesar dessa dependência, aprendi muita coisa com ela. Aprendi a ser feliz com a simplicidade das coisas. Ela fazia crochê, apesar de sua limitação física, e eu aprendia apenas olhando, já que eu não compreendia suas palavras. Aprendi a ter paciência com as coisas, pois, às vezes, eu demorava um pouco para entender o que ela queria dizer. E tantas outras coisas que pude aprender com ela. Talvez tenha sido esse o motivo que me levou à enfermagem: primeiro com o curso de auxiliar de enfermagem, que me permitiu trabalhar na área. Trabalhando, reafirmei minha vontade, meu sonho, e pude me graduar em enfermagem. Sempre que presto assistência aos pacientes, cuido deles do mesmo modo que cuidava da minha avó. Tento atender as suas necessidades de forma integral, visando não só o aspecto biológico como também o psicológico, social e espiritual.

No decorrer deste percurso foi possível perceber a relação do cuidado com a experiência acadêmica e profissional como enfermeira e como docente, desde 2003, no curso de medicina. Para tornar-se docente no curso de medicina, como pré-requisito, frequentou e concluiu o curso de capacitação docente em educação médica que ocorreu durante o segundo semestre do mesmo ano, no qual foram utilizadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem e onde foram apresentados e discutidos: projeto político-pedagógico do curso de medicina, o perfil do profissional a ser formado, metodologias a serem utilizadas tais como aprendizagem baseada em problemas (ABP) e problematização. Atividades de integração: tutoria, programa de integração em saúde na comunidade (PISCO), laboratório de habilidades, laboratório morfofuncional, laboratório de informática, consultorias e conferências, assim como oficinas de planejamento do curso.

O curso de medicina se iniciou com uma proposta que atendesse as DCN's e que visa a formação de profissionais voltados para as necessidades do SUS, tendo como eixo a integralidade das ações em saúde.

Durante o curso de capacitação foram construídos os primeiros módulos do curso. Discutiram-se os conteúdos a serem abordados e as estratégias utilizadas, de modo a garantir uma abordagem não somente biológica, mas que considerasse, também, os aspectos psicológicos, sociais, culturais, espirituais e ambientais do processo saúde-doença, por meio de uma construção coletiva, sem divisão em departamentos.

Esse planejamento conjunto possibilita a integração entre os conteúdos, ampliando a visão do docente em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes que ele próprio deve ter para ensinar ao aluno. Estimula a construir e aprender junto. Convida à educação permanente.

O curso de capacitação de docentes por si talvez não seja suficiente para mudanças das práticas, mas faz do docente um avaliador de si próprio no que se

refere à capacidade de trabalho em equipe voltado para um resultado comum, motivando-o à busca de conhecimento.

Atua como docente no PISCO – Programa de Integração em Saúde da Comunidade – que tem como objetivo o paciente no seu contexto: família, origem, costumes/cultura e condição socioeconômica. Isso implica o conceito ampliado de saúde que, segundo a OMS, é garantia de qualidade de vida compreendida como acesso à alimentação, educação, trabalho, renda, moradia, transporte, saneamento básico, lazer, bens e serviços essenciais, assim como a relação com o meio ambiente. Esse conceito de democracia social abrange a visão interdisciplinar que aponta para a necessidade de ações intersetoriais, garantia para o exercício da cidadania.

A relevância desse relato pessoal, acadêmico e profissional está nas possibilidades que ele apresenta de resgatar os fatos significativos que exerceram um papel importante nos processos decisórios no decorrer da vida de uma das autoras deste estudo, que evidenciam o conceito de cuidado nas relações humanas.

Para Freire (1996; 1980; 1981), narrar sua própria história é libertar o sujeito do determinismo, do fatalismo, tornando-o construtor do seu próprio conhecimento, sendo crítico para deliberar sobre sua própria vida. Educar, portanto, é levar o sujeito à construção da sua autonomia.

A narrativa autobiográfica, na abordagem do paradigma experiencial, de acordo com a perspectiva de Josso (2004), possibilita trazer à tona a tomada de consciência sobre o processo autoformativo. A formação ocorre nos espaços familiares, escolares e de trabalho, por meio de nossas vivências que são marcadas por conflitos, movimentos, lutas, buscas ou inércia. Porém os espaços formais de educação não são espaços exclusivos dos elementos que incorporam a formação dos sujeitos. Segundo a autora, a tomada de consciência, como sujeito de sua história, evidencia a singularidade diante das representações mais ou menos impostas pelo coletivo.

Duran (2009) compreende a autoformação como processo de apropriação e reapropriação individual, lugar onde se reconhece como de fundamental importância o lugar do sujeito no processo formativo. As dinâmicas da autoformação incluem o diálogo com as memórias e narrativas presentes na abordagem autobiográfica, o que constitui o processo de formação educacional. Essa perspectiva aponta para o entendimento de que narrativas autobiográficas estimulam tomadas de consciência emancipatórias para o indivíduo e para a sociedade.

Para Cyrulnik (2009, p. 206), as narrativas compõem a representação de si, “[...] quando o sujeito busca suas origens. Pode ser um processo prazeroso ou doloroso, mas necessário para dar coerência à vida”. Esse processo só é possível graças à “ferramenta verbal”. Escapar das imposições e do determinismo é um desafio. Implica romper com imposições que nos cerceiam a vida, assumindo de vez o seu rumo.

Na disciplina “Ética, estética e educação”, durante o mestrado em educação, vimos a importância da arte na formação. Chamou-nos a atenção utilização de procedimentos de ensino e aprendizagem que trabalhem a sensibilidade, procurando caminhos que resgatem as relações humanas. As artes podem ser um caminho possível para resgatar a dimensão estética e ética do cuidado, sem negar a importância do saber técnico.

Durante a formação no curso de medicina, talvez os alunos tenham oportunidades consideradas satisfatórias, no que diz respeito ao contato com a arte, que desenvolve a habilidade da educação da sensibilidade. Mas a emoção é discutida apenas do ponto de vista biológico e psicológico, meramente fisiologista, como mecanismo de proteção e manutenção da vida. Não se discutem as suas potencialidades, nem como recurso para melhor desenvolvimento de atividades. Não se trata de dar um aspecto utilitarista para a emoção e a sensação, mas como por meio dela nos relacionarmos de modo mais natural e menos formal com os pacientes e as pessoas com quem convivemos.

Renan Tavares (2005), professor de teatro, adverte seus alunos alegando que, entre os universitários num processo de ensino e aprendizagem em artes, é necessário considerar as dimensões do corpo, do organismo, da inteligência, todos envolvidos no processo. Tais fatores entram em jogo para que o conhecimento penetre e modifique o ser humano, o que só é possível porque as dimensões emocionais fazem parte do verdadeiro caminho de construção do conhecimento.

Se as artes utilizam a dimensão emocional, um mecanismo fisiológico com um instrumento potencialmente desenvolvido para interagir com o público, pergunta-se o porquê da formação universitária em medicina estar baseada apenas na razão, afastando-a da emoção.

A relação do conceito de cuidado, autoformação e arte está inserida na visão de ser humano que perpassa o processo do sujeito se tornar mais consciente de suas decisões: o reconhecimento de sua identidade, a valorização de suas escolhas, o sentido de ser profissional, o sentido das práticas formativas visando a compreensão da situação existencial da qual o indivíduo participa.

Nesse sentido, toma importância a historicidade do pesquisador ou pesquisadora, um movimento circular de construção e reconstrução, de possibilidades do fazer e do formar-se, o sujeito se compreende inserido no projeto educacional, dando uma conotação de cuidado necessário ao processo educacional humanizador e libertador.

O Cuidado Humano: as aproximações entre a educação e a saúde

A educação e a saúde aproximam-se quando são consideradas como elementos fundamentais para a reprodução, manutenção e desenvolvimento plenos da vida. Para o pensador argentino Enrique Dussel (2000) a ética tem sentido

de valor universal da vida. O conceito de vida é sustentado por um tripé: reprodução, manutenção e desenvolvimento da dignidade humana. São elementos que fundamentam a ética da libertação, em Dussel (2000). Nessa perspectiva, a educação é uma atividade que tem como objetivo o desenvolvimento do ser humano, em suas potencialidades e possibilidades de criatividade e a medicina responsável pela reprodução da vida.

Dussel (2000), ao refletir sobre a ética da libertação, empreende uma análise dentro do paradigma da consciência. Nesse estudo ele afirma que, em Freire, o tema central é a conscientização, como processo ético-crítico, das relações de opressão entre os seres humanos, a vida negada daqueles que sofrem a opressão quando são impedidos de, como sujeitos, participar das decisões e escolhas de intervenção no mundo.

A própria vida supõe essa visão do existir do sujeito. Isso implica, profundamente, o processo de formação do profissional que liga ética e cuidado, enquanto coloca em evidência um ser humano que pensa ser possível sua participação e intervenção no mundo para melhorá-lo. Há, nesse ser humano, uma vocação ontológica de fazer rupturas e movimentar a história, por ter consciência de que é a ação transformadora de hoje que constrói o amanhã.

A ontologia do cuidado em Heidegger (2002) pode ser o fenômeno que se apresenta aqui como tema de estudo. Isso significa compreendê-lo como uma realidade, que se mostra e pode ser percebida mais especificamente no campo da saúde e educação, a partir das experiências e vivências.

Nesse sentido, não se trata de pensar e falar sobre o cuidado como objeto independente dos profissionais, já que não é nosso, pois somos o próprio cuidado, ou seja, ele possui uma dimensão ontológica – ser, o que se constitui na própria formação do ser humano. Sem esse cuidado deixamos de ser humanos.

Segundo Heidegger (2002, p. 105), existe um vínculo íntimo entre o conhecimento e a ação: “somos um ser no mundo” “relacionados com alguma coisa, como produzir algo” “ou fazer algo”. Para quem a existência é um fundamento para compreender o ser.

O autor faz uma distinção entre o ser do homem, que ele denominou de *Dasein* (Ser aí), do ser das coisas, cujas estruturas e propriedades serão diferentes. Ele chama as propriedades do *Dasein* de existenciárias e, as das coisas, categorias. Com isso a análise fenomenológica da existência do *Dasein* lhe permitirá chegar a conhecer o ser e, com isso, ele se apresenta pela temporalidade, o que implica dizer que o homem se eleva sobre si mesmo e se projeta.

O homem se projeta sempre, mas é *Ser no mundo*. Não é um ser isolado e isso torna a necessidade, na qual se desenvolve a existência do *Dasein*. O ser no mundo é estar constituído por projetos, envolvido na relação com os outros e com os objetos. Se a existência for uma fuga ante si mesmo, então é não pensar no próprio ser, deixando-se levar pelas pessoas e coisas. É o que Heidegger denomina existência inautêntica e se caracteriza pela superficialidade, o anonimato e a mediocridade.

Heidegger (2002) sustenta que, ante a realidade do nada, o homem experimenta o sentimento de angústia e será a ausência de objeto o que situa a angústia frente ao nada. Na existência inautêntica se recusa a angústia, ao passo que, na autêntica, a angústia é situada como centro da existência.

A perspectiva ontológica do cuidado em Foucault (2006), no curso realizado no *Collège de France*, nos anos de 1981 e 1982, aborda o *cuidado de si*, percorrendo a história do conceito. Para ele, essa noção nasce na obra de Platão. Nos diálogos entre Sócrates e Alcebiades aparecem as ideias relativas a esse tema, que vão sendo desenvolvidas e transformadas na cultura do *cuidado de si*, modelada pelos dois primeiros séculos da era cristã.

Segundo o autor (Foucault, 2006, p. 267), em Alcebiades de Platão os preceitos básicos que emergem são as ideias ligadas ao “conhece-te a ti mesmo” (*gnôthi seautón*) socrático. Na perspectiva de Foucault, o texto de Platão apresenta Alcebiades, um jovem ateniense que almeja governar a cidade, recebendo o conselho de Sócrates: “cuida de ti mesmo” para bem governar os outros. O bem governar, para que houvesse concórdia, aparece ligado ao “conhece-te a ti mesmo”. O cuidado de si aparece como o primeiro despertar e o conhecer-se a si mesmo era o buscar o Eu que se deve cuidar para bem governar os outros. Assim, o “cuidado de si” (*epiméleia heautoû*) liga-se ao “conhece-te a ti mesmo”, sendo essa a emergência do Eu, da qual se torna necessário ocupar-se.

Mas, como conhecer a si mesmo? Foucault percorre textos de Epicuro, Sêneca, Marco Aurélio, descobrindo e apresentando o imperativo: “olha-te a ti mesmo”, busca dentro de ti a verdade, busca os segredos de tua consciência (Foucault, 2006, p. 267). Foucault compara textos de Sêneca e Marco Aurélio, que exploram *movimentos* para a apreensão da sabedoria. Enquanto Sêneca propõe uma visão do topo do mundo, olhar de cima e de *fora*, para assim saber o seu lugar, a sua posição, em relação ao mundo e às coisas, Marco Aurélio propõe ir ao cerne mesmo do sujeito. Foucault nos mostra o deslocamento para duas polaridades, ambas em busca do saber: saber de conhecimento e saber espiritual. Isso envolve tratar de cuidar da alma e educar-se.

Observa-se o esforço de Foucault em resgatar, dos textos antigos, uma cultura de cuidado que não é prescritiva, que favorece o conhecimento de si mesmo e de suas necessidades do homem, tanto na sua vida pessoal, quanto no bom exercício de qualquer função. O cuidado aparece como um saber, em que as pessoas buscavam compreender a si mesmas e cuidar de suas próprias necessidades.

A necessidade de mão de obra especializada fez com que o preparo técnico e a aquisição de conhecimentos científicos específicos fossem prioridade, deixando em segundo plano a formação humana. O modelo hierarquizado da organização do trabalho pode ter contribuído para uma formação em que a disciplina e a subordinação fossem características positivas para um bom profissional. Nessa lógica formaram-se os profissionais e os formadores desses profissionais. Com isso, a repetição de práticas e a incapacidade criadora tornam os indivíduos sem capacidade de interferir na sociedade para transformá-la.

Além disso, torna o homem *escravo* de sua própria vida, pois não é capaz de reconhecer-se a si mesmo nem a posição que ocupa no mundo ou as suas próprias relações com o mundo.

Tomar consciência do mundo e da vida como fenômenos dinâmicos é, antes de tudo, tomar consciência de si mesmo, como fazendo parte desse mundo. Para Paulo Freire (1992; 2005) a integração entre os homens se faz pelo diálogo, modo possível de transformar a *consciência ingênua* em *consciência crítica*, não havendo imposições de pensamento e de ideias. A aquisição de conhecimentos científicos, neutros, impossibilita o diálogo, favorece a repetição de técnicas e não contribui para a transformação do homem e do mundo.

A conscientização, então, passa do discurso para o compromisso com a *práxis*, que segundo Freire é a palavra autêntica. É a coerência entre a teoria e a prática, enquanto o verbalismo é a educação do antidiálogo, representada marcadamente pela educação bancária, pela transmissão passiva de conhecimento.

A proposta da educação freiriana se dá através do diálogo e está comprometida com a *práxis*, eliminando barreiras entre educando e educador. Nessa proposta não há relação de opressão e oprimido, mando e obediência, assistencialismo e prescrição ao ajustamento e à acomodação. Uma educação para a autonomia é capaz de transformar o educando pela consciência crítica, que se refere ao mundo e a si próprio. O educando tem consciência de sua história e sociedade, sabendo fazer para si com dignidade e ética.

Freire (2005) afirma que mulheres e homens, seres histórico-sociais, tornam-se capazes de comparar, valorar, intervir, escolher, decidir, romper e por tudo isso tornam-se seres éticos.

Segundo Paulo Freire (2005), o diálogo comunica, liga, levando os interlocutores à busca de um caminho comum. É diferente do antidiálogo “que implica relação vertical”, tornando-se “comunicado” e não comunicação (Freire, 2005, p. 115).

Cuidado humanizado é o que permite ao paciente expressar sua *humanidade*, o *ser* ele mesmo. Um ser que sente angústia, tristeza, raiva, alegria, esperança, fé e ainda é constituído por um processo sócio-histórico singular. O profissional deve ser e estar sensível para acolher todas essas manifestações.

Portanto, o cuidado é uma ação dependente de encontros entre sujeitos e que pode ser potencializado, por meio de ações coordenadas com esferas mais amplas (não só por esferas mais amplas). É, então, uma ação pedagógica, pois movimenta e transforma: o paciente e o médico, pois em cada movimento há um encontro e em cada encontro um aprendizado.

Fica evidente a conexão que pode ser feita com o profissional da saúde, uma vez que o cuidado deve ser constante, aperfeiçoado e diligente. Daí se infere a importância da reflexão sobre a competência das ações práticas que dão suporte à vida das pessoas, compreendendo-as no contexto da formação profissional que tenha em vista o entrelaçamento de contextos sociais e políticos, assim como a responsabilidade e repercussão dessas ações.

Portanto, a ética e o cuidado podem parecer abstrações ou conceitos vazios se não estiverem articulados com ações concretas no cotidiano de cuidar. Em outras palavras, pode-se falar muito sobre uma coisa e não ter uma prática respeitosa, coerente com o que se fala.

Nos diálogos possíveis entre educar e cuidar na formação do profissional em medicina pode-se considerar Freire (2005), para quem a educação deve libertar o sujeito de situações de opressão, tornando-o livre para tomada de decisões, de acordo com a sua vontade, necessidade e crenças. É pelo diálogo que o ser humano vai se fazendo ser no mundo com outros sujeitos, com autonomia, na busca do seu próprio conhecimento, para compreensão do mundo e para construir-se no mundo. A abordagem dialógica de Freire (2005) valoriza a cultura e o saber popular, fazendo crítica ao desenvolvimentismo e à mecanização imposta pelo ensino bancário, privilegiando a lógica dos donos do poder econômico, político e cultural.

Tal visão requer uma prática de formação diferenciada, em consonância com uma formação médica também diferenciada, crítica e reflexiva. Para Freire (1980), a consciência crítica parte da compreensão do ser humano como ser no mundo, ser de relações, finito, inacabado e inconcluso. Essa visão de educação assume a concepção de formação como processo, o sujeito vai construindo sua capacidade de reflexão e crítica, fazendo escolhas à medida que vai, por si mesmo, desenvolvendo sua autonomia em relação ao cuidado da vida. Esta visão não desvaloriza a razão, a qualidade técnica, mas objetiva equilibrá-la, buscando o espaço do cuidado na convivência com o diferente.

O Cuidado nas Diretrizes Curriculares Nacionais no Curso de Medicina

Na contemporaneidade muitas escolas médicas vêm reorganizando seus currículos, buscando o atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais, que orientam a busca de novas metodologias de ensino, considerando que a transmissão de conhecimento por meio da educação bancária na conjuntura atual não é adequada. As escolas têm substituído ou complementado os métodos antigos por outros de ensino-aprendizagem centrados no estudante e orientados para a comunidade, sendo utilizada a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a problematização (Machado et al., 1997; Machado et al., 2007). Atendendo à necessidade de formação de médicos com ênfase na atenção primária em saúde, conforme orientação da OPAS/OMS, os espaços de ensino-aprendizagem devem, na maior parte do tempo, incluir as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com a implantação do SUS e com o Programa/Estratégia Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, essas unidades vão sendo estruturadas com Equipes de Saúde da Família (ESF) compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ainda agregar cirurgiões-dentistas, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, conforme a

necessidade local (Mattos, 2004). É uma estratégia do Ministério da Saúde na tentativa de organizar a porta de entrada do paciente para o SUS, garantindo a integralidade da atenção. Os outros níveis de atenção são: atenção secundária em saúde, onde são atendidos os usuários com doenças já instaladas ou processos saúde-doença em que a atenção primária não foi suficiente, por necessitarem de equipamentos diagnósticos mais sofisticados ou procedimentos técnicos incompatíveis com as UBS ou internações para diagnóstico e tratamento; e atenção terciária, onde se atendem usuários que necessitam de tratamento de alto nível de complexidade (Costa, 2004, p. 11-12).

As Diretrizes Curriculares, em seu artigo 12, e seus incisos V, VI, VII e VIII orientam para a utilização de novos cenários de ensino-aprendizagem. O artigo 3º das DCN's propõe a formação generalista, humanista, crítica, reflexiva, pautada em princípios éticos, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo a saúde integral do ser humano.

Neste artigo aparece o termo *formação humanista*, portanto, a formação deve estar voltada para a vida humana e não só para as doenças, ou seja, no que se refere às tecnologias e conhecimentos científicos, refletir sobre sua validade e melhor modo de aplicação. A categoria política aparece no artigo 3º, quando diz que a formação dos profissionais deve contemplar o pensamento crítico, reflexivo e ético para promover mudanças de pensamento e comportamento para transformar a sociedade.

A formação crítica e reflexiva deve exigir uma postura ativa dos egressos do curso de medicina, portanto, política. Assim, podemos considerar que o cuidado está implicitamente presente e nos remete ao sentido de cuidado como ação crítica e reflexiva, capaz de transformar a sociedade por meio de ações para melhoria da qualidade de vida.

A ideia de formação crítica e reflexiva nasce da área da educação, que discute seus fazeres como ação consciente. Assim como em outras áreas, a formação pela transmissão de conhecimento e sua reprodução no mundo do trabalho não é suficiente para a transformação da sociedade.

Essa abordagem “[...] influencia profundamente uma geração de educadores e profissionais de comunicação em saúde” (Rozemberg, 2006, p. 758). Ayres (2004) discute as práticas dos profissionais de saúde que extrapolam a visão biologicista da doença, considerando que técnicas e procedimentos, protocolos de tratamento cientificamente comprovados, receitas e orientações não são suficientes para debelar as doenças.

O artigo 5º trata das competências do profissional; o inciso I propõe:

[...] promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto as de sua comunidade, atuando como agente de transformação social (Brasil, 2001, p. 2).

Porém, quando se propõe, simplesmente, “estilos de vida saudáveis”, a partir de uma visão científica, sem considerar a subjetividade das pessoas, corre-se o

risco de novamente impor normas e criar *modelos* que parte da população não alcançará, por razões próprias de cada sujeito. “Estilos de vida saudáveis” diz respeito à diminuição de riscos à saúde, relacionados à alimentação, atividade física, tabagismo, alcoolismo, sono e repouso, lazer etc. Ao *criar* padrões de normalidade, não se está interferindo nos *modos de vida*, mas se criando um *preconceito* aos que, por vários motivos, não se encaixam nesses padrões.

Bagrichevsky et al. (2010), diz que corremos o risco de estigmatizar e culpabilizar os que não se *enquadram* e estes, por sua vez, assumirão a culpa. Anjos (2006, p. 328), também nos provoca com as “perguntas da vulnerabilidade”: a autonomia de Kant (como capacidade dos seres humanos de imporem regras morais) é possível para todos? Em não sendo, o que fazer com os que não a atingem? São marginalizados? Esquecidos? Esse é o maior risco que se corre: deixar de cuidar exatamente dos que mais necessitam de cuidado.

O cuidado só se instala quando *o outro* estiver presente na reflexão e algo for feito por ele, no sentido de diminuir sua angústia, sua dor física e de perda, dar apoio, encorajar, assegurar seus direitos, enfim, fazer tudo o que for necessário para que enfrente seu problema com o menor sofrimento possível.

Para Pinheiro e Ceccim (2005), o vínculo se estabelece a partir da responsabilização e compromisso de *ouvir a voz do outro*, do diálogo entre sujeitos (médico e paciente). É na escuta do não dito que será possível ouvir os ecos do sofrimento, angústia, dor e medo, a apreensão dos valores, representações sociais e crenças dos pacientes. Os ecos darão o norte às práticas de saúde. É na presença do *outro* que as ações se transformam. Ayres (2004) propõe ouvir a história de vida do paciente, buscando conhecer seus projetos de felicidade.

Para Freire (2005), aprender a dialogar é participar politicamente de decisões coletivas. Quanto mais o paciente adquire conhecimento, mais é capaz de resolver os problemas que o afligem, tornando-se cada vez mais autônomo. Quanto maior o grau de autonomia, maior o grau de responsabilidade nas tomadas de decisões. A relação de dependência do aluno em relação ao professor, do paciente em relação ao médico, transforma a educação e a saúde em assistencialismo, fortalecendo a crença de que as resoluções dos problemas só dependem de ações alheias a eles.

O ato de cuidar não pode estar restrito à mera aplicação de técnicas. Há algo mais que o caracteriza. A exemplo de uma sutura de um corte accidental na pele, a primazia da técnica pode representar um diferencial quando pensamos na contenção do sangramento, na aceleração e estética do processo de cicatrização, na prevenção de infecção, nos custos para o sistema de saúde. Mas estamos pensando e refletindo somente sobre os objetos: ferida e técnica. O paciente pode também pensar que foi bem cuidado, se considerarmos o entendimento do cuidar, culturalmente enraizado na nossa sociedade, e voltará à sua rotina normal, tão logo saia do pronto atendimento.

A sensibilidade é construída na relação e nem sempre se dá pela verbalização ou objetividade. Muitos não conseguem se expressar de modo verbal. Em Unidades de Terapia Intensiva, por exemplo, existem necessidades que o

profissional da saúde pode pressupor, mas o que não for pressuposto não será atendido. O agitar-se no leito deve ter um significado, assim como os sinais e sintomas como sudorese (suor excessivo) e expressões faciais (Nascimento; Trentini, 2004).

Com isso, Anjos (2006), baseando-se em Mackenzie, apontando à vulnerabilidade do corpo, insere-se no respeito à autonomia das pessoas, que, na impossibilidade de exercê-la, física, psicológica ou moral, a decisão é confiada à solicitude dos outros. Remete-se à concretude do agir com justiça diante do direito da dignidade da pessoa e exige sensibilidade dos sujeitos que cuidam (Anjos, 2006).

O inciso IV do mesmo artigo faz um esforço para contemplar o cuidado quando recomenda: “[...] informar e educar seus pacientes, familiares e comunidade em relação à promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças, usando técnicas apropriadas de comunicação” (Brasil, 2001, p. 2). Colocadas desse modo as expressões “usando técnicas apropriadas de comunicação” e “importância pedagógica”, não remetem à ideia de um processo pedagógico de conscientização, mas apenas ao modo sobre como informar a respeito das condições atuais de saúde ou doença. Trata-se apenas de ações pontuais, em um tempo determinado de um tratamento ou de uma consulta médica.

Se, para Foucault (2006), para governar a cidade ou cuidar do outro, implica, primeiramente, aprender a cuidar de si, para o médico é também necessário que, antes de cuidar dos pacientes, aprenda a cuidar de si próprio.

O artigo 5º inciso XVIII diz: “cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como médico” (Brasil, 2001, p. 3). Compreende-se que este pode ser um ponto de partida para ensinar a cuidar, se considerarmos o cuidado como uma construção ao longo da vida, que se transforma e faz transformar, conforme Ayres (2004), quando fundamenta, na perspectiva de Heidegger, o cuidado como categoria ontológica, numa construção filosófica.

O conceito de cuidado parece ter pouca relevância nas DCN’s no curso de medicina. A construção do cuidado tal como coloca Foucault, como cuidado de si, parece não ter força, ficando em segundo plano o sujeito que cuida. A prioridade é a ênfase no conhecimento técnico-científico de forma conteudista, em detrimento da formação do sujeito, médico, cidadão que cuidará de outros sujeitos, cidadãos.

Acredita-se que a formação do aluno consiste em desenvolver-lhe a consciência de sujeito em contínua formação, portanto voltado ao cuidado de si próprio, na constituição de si mesmo. Assim, a historicidade de sujeito é de suma importância porque, ao partilhar com os outros as possibilidades do fazer e do formar-se, o sujeito compreende-se inserido nos projetos da educação, dando uma conotação de cuidado, necessário ao processo educacional humanizador e libertador. Trata-se da passagem da *consciência ingênua* para a *consciência crítica*, da proposta da autonomia relacional, que se constrói

num processo de relações interpessoais, que se tornam educativas para a ação independente e adulta.

As inter-relações humanas pelo diálogo dão abertura à participação do paciente no seu tratamento, como sujeito que também tem voz, trazendo consigo suas angústias, medos, crenças, sentimentos, o que configura um tratamento mais humanizado. Mais do que eliminar doenças por procedimentos e medicalização, Ayres (2004) propõe *projetos de felicidade* que deem significado positivo à vida do paciente, abatendo suas angústias, medos e incertezas que determinam as doenças.

A compreensão do cuidado como fator importante e indispensável em qualquer momento de decisão ou circunstância da própria vida poderá propiciar o entendimento da finalidade da atividade médica, capaz de agir com justiça, frente à vida do outro: ela se constitui em princípios éticos de solidariedade, respeito, compaixão, participando da construção das políticas públicas de saúde, que garantam a vida com dignidade de indivíduos e coletividades; gerenciando serviços; organizando a saúde nas dimensões do município, do estado e da nação.

O cuidado permeado de sentidos e significados mostra a interface entre educação e saúde, por meio da autonomia, diálogo e responsabilidade como base da formação de profissionais da área médica, o que implica uma constante reflexão e crítica das práticas da formação do profissional em saúde.

Considerações Finais

No presente estudo efetuou-se uma reflexão sobre o objetivo proposto: compreender o cuidado humano como categoria de análise presente nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina. Isso implicou a assunção de uma abordagem hermenêutica na perspectiva de Gadamer (1999; 2000), por meio do procedimento da análise documental para coleta de dados.

A análise das DCN's do curso de medicina pôde captar os diferentes cenários formativos por meio da atenção primária, secundária e terciária, para refletir a prática do médico e os efeitos da relação médico-paciente, visando a garantia da dignidade humana que caracteriza o desenvolvimento da autonomia na prática formativa do médico, que tem como condição concreta o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões. Trata-se de uma forma de romper com a educação bancária.

Nesse contexto, tornou-se relevante refletir sobre a construção de sentidos e significados de cuidado, que expressam a utopia da possibilidade de, na formação dos sujeitos que cuidam, futuros profissionais em saúde, atuarem e enfrentarem os desafios da prática médica, com base na concepção de uma educação libertadora, na perspectiva de uma formação dentro dos pressupostos de autonomia e humanização.

Isso significa compreender que o sentido de cuidado nas DCN's precisa ser repensado. O ato de cuidar não pode estar restrito à mera aplicação de técnicas. Há algo mais que caracteriza o cuidar. No decorrer deste estudo evidenciou-se que a formação humanística torna-se imprescindível. A formação humanística torna-se necessária quando se considera a atual conjuntura: na contemporaneidade, no âmbito das instituições de saúde, o avanço tecnológico proporciona consequências relevantes. Há uma excessiva preocupação com a tecnologia e isso propicia a formação de um abismo entre os profissionais da saúde e pacientes. Assim, há inegavelmente o esvaziamento humano do conceito de cuidar nas práticas profissionais usuais entre profissionais e pacientes.

A formação do profissional, sobretudo se houver o contato com a arte, pode promover o desenvolvimento da habilidade da sensibilidade, não com um aspecto utilitarista da emoção e da sensação. Propõe-se mais: exercitar durante a formação profissional a emoção e a sensação através da arte para possibilitar o amadurecimento emocional e aprimorar o relacionamento humano. A ausência das artes na formação do indivíduo pode propiciar a falta de um olhar de sensibilidade para o outro. Música, literatura, pintura, entre outras formas de arte, são necessárias para o desenvolvimento da sensibilidade, autonomia e humanização.

Nesse contexto, a humanização é compreendida como desenvolvimento da autonomia, de intervenção de melhoria, como agir de justiça, entre os homens, pela via do cuidado.

Assim, pode-se concluir que a compreensão do documento sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de medicina constitui-se numa pequena mostra que confirma o entrelaçamento entre a prática da educação e da saúde, a responsabilidade com a dignidade humana, como eixo norteador das decisões de legisladores, docentes e profissionais de saúde. É possível concluir que o cuidado norteia as práticas que envolvem tanto ações de educação como de saúde ou mostrá-lo como sendo, ele mesmo, parte dessas ações.

Recebido em julho de 2011 e aprovado em janeiro de 2012.

Referências

- ANJOS, Márcio Fabri dos. O Corpo no Espelho da Dignidade e da Vulnerabilidade. **Revista Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 325-335, jul./set. 2006.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. O Cuidado na Reconstrução da Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev. 2004.
- BAGRICHEVSKY, Marcos et al. Discursos sobre Comportamento de Risco à Saúde e a Moralização da Vida Cotidiana. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl. 1), p. 1699-1708, 2010.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução**. CNE/CNS n. 4, de 7 de novembro de 2001, Institui Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em

Medicina. Relator: Arthur Roquete de Macedo, Brasília, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

CYRULNIK, Boris. **Autobiografia de um Espantalho**: histórias de resiliência, o retorno à vida. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

COSTA, Ana Maria. Integralidade na Atenção à Saúde. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2004.

DOMINICÉ, Pierre. A Formação de Adultos Confrontada pelo Imperativo Biográfico. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 345-358, maio/ago. 2006.

DURAN, Marília Claret Geraes. Formação e Autoformação: uma discussão sobre memórias, histórias de vida e abordagem autobiográfica. **Revista @ambienteeducação**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 22-36, ago./dez. 2009.

DUSSEL, Enrique. **Ética da Libertação**: na idade da globalização e da exclusão. Petrópolis: Vozes, 2000.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**: teoria e prática da libertação uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo, Moraes, 1980.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 43. ed. São Paulo. Paz e Terra, 2005.

FREIRE, Paulo. **Ação Cultural para a Liberdade**. (O mundo hoje, v. 10) Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GADAMER, Hans-Georg. Da palavra ao Conceito. In: ALMEIDA, Custódio Luís Silva de. **Hermenêutica Filosófica**: nas trilhas de Hans Georg Gadamer. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. P. 13-26.

JOSSO, Marie-Christine. **Experiências de Vida e Formação**. São Paulo: Cortez, 2004.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Universidade São Francisco, 2002.

MACHADO, José Lúcio Martins et al. Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Edu.**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 147-156, 1997.

MACHADO, Maria de Fátima Antero de Sousa et al. Integralidade, Formação de Saúde, Educação em Saúde e as Propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MATTOS, Ruben Araújo de. A Integralidade na Prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

NASCIMENTO, Elaine Regina Pereira; TRENTINI, Mercedes. O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a15.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

- NÓVOA, António. **Vida de Professores**. Lisboa/Portugal, Editora Porto, 1992.
- PINEAU, Gaston. **Temporalidades na Formação**: rumo a novos sincronizadores. São Paulo, São Paulo, TRIOM, 2004.
- PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, Formação, Conhecimento e Cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Ensinar Saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005. P. 13-33.
- ROZEMBERG, Brani. Comunicação e Participação em Saúde In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. P. 741-766.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. Os Embates da Cidadania: ensaio de uma abordagem filosófica da nova lei de diretrizes e bases da educação nacional. In: BRZEZINSKI, Iria (Org.). **LDB Interpretada**: diversos olhares se entrecruzam. São Paulo, Cortez, 1997. P. 53-64.
- TAVARES, Renan. Um Olhar da Arte sobre a Saúde Pública: ampliando conceitos. In: FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, Yendis Editora, 2005. P. 1-10.

Margaréte May Berkenbrok Rosito é doutora em Educação (UNICAMP-SP). Mestre em Supervisão e Currículo (PUC-SP). Especialista e graduada em Pedagogia (UFSC). Concluiu em 2011, estudos de Pós-doutoramento, sob a supervisão de Professor Catedrático Justino Magalhães. (Universidade de Lisboa/Portugal). Professora e Pesquisadora do Programa de Mestrado em Educação (Universidade Cidade de São Paulo/UNICID). Atuou como Professora no Programa de Mestrado em Bioética (Centro Universitário São Camilo/SP). Desenvolve projeto de pesquisa sobre a estética na formação de professores. E-mail: margaretemay@uol.com.br

Marlene Goya Loterio é mestre em Educação pela Universidade Cidade de São Paulo (UNICID). Graduação em Enfermagem (UNICID). Preceptora do Programa de Integração em Saúde na Comunidade do Curso de Medicina da UNICID. E-mail: goya.loterio@uol.com.br