

D'avilla Freire Pereira, Ingrid; Lages, Itamar
DIRETRIZES CURRICULARES PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
COMPETÊNCIAS OU PRÁXIS?

Trabalho, Educação e Saúde, vol. 11, núm. 2, mayo-agosto, 2013, pp. 319-338
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756993004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

DIRETRIZES CURRICULARES PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: COMPETÊNCIAS OU PRÁXIS?

CURRICULUM GUIDELINES FOR TRAINING HEALTHCARE PROFESSIONALS: SKILLS OR PRAXIS?

Ingrid D'avilla Freire Pereira¹

Itamar Lages²

Resumo Este estudo analisa os referenciais teóricos e epistemológicos da educação que constam das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) relativas à formação profissional em saúde no Brasil. Para tanto, resgata a historicidade da relação educação, saúde e sociedade e as reformas do ensino médico; descreve o movimento de instituição das DCN para a área da saúde no país; e discute as relações entre o referencial da pedagogia das competências, que alicerça as DCN, e a concepção de direito à saúde formulada pela VIII Conferência Nacional de Saúde. Os resultados desta investigação sugerem a hipótese de que, para formar profissionais de saúde comprometidos com os princípios da VIII Conferência Nacional de Saúde e com a compreensão da saúde como direito, é necessário questionar os limites da pedagogia das competências adotada pelas DCN, bem como construir uma proposta de formação que dialogue com o pressuposto da transformação social, de modo que a sua didática possa enable aos estudantes evoluírem criticamente da práxis individual e comum para a práxis histórica.

Palavras-chave formação profissional em saúde; diretrizes curriculares; pedagogia das competências; filosofia da práxis.

Abstract This study examines the theoretical and epistemological benchmarks of education contained in the National Curriculum Guidelines (DCN) for the training of health professionals in Brazil. To achieve its goals, it rescues the historicity of the relationship among education, health, and society and the reform of medical education; it describes the movement of instituting the DCN for the health care area in Brazil, and discusses the relationship between the benchmark of the pedagogy of skills that underpins the DCN and the concept of the right to health formulated by the 8th National Health Conference. The results of this investigation suggest the hypothesis that, to train health professionals committed to the principles of the 8th National Health Conference and with the understanding of health as a right, it is necessary to question the limits of the pedagogy of skills adopted by the DCN as well as to build a proposal for training that converses with the assumption of social transformation, so that its didactics enables students to evolve critically from the individual and common praxis to the historical one.

Keywords professional training in health; curriculum guidelines; pedagogy of skills; philosophy of praxis.

Hoje mais do que nunca, os homens precisam esclarecer teoricamente sua prática social e regular conscientemente suas ações como sujeitos da história. E para que essas ações se revistam de um caráter criador, necessitam também – hoje mais do que nunca – de uma elevada consciência das possibilidades objetivas e subjetivas do homem como ser prático, ou seja, uma verdadeira consciência da práxis. (Sánchez Vázquez, 2007, p. 57).

Considerações iniciais

A preocupação com a formação dos profissionais de saúde e com a normatização de seu exercício profissional é histórica e sempre esteve presente na pauta das discussões institucionais e dos movimentos sociais. Para exemplificar, temos a profissão médica, a qual passa por mudanças no ensino e em seu processo de trabalho desde o século XVI na Europa, quando os Estados começaram a se interessar pelas condições de saúde da população, uma vez que elas determinavam a quantidade de indivíduos ativos e o nível de produção no sistema mercantilista (Rosen, 1980).

A partir do século XVIII, com o advento da Revolução Industrial, movimentos sociais organizados do proletariado protagonizaram denúncias sobre as precárias condições de vida e trabalho, e o consequente adoecimento dos trabalhadores e de seus familiares, e incluíram as ações de saúde como parte de suas reivindicações (Rosen, 1994).

Os interesses do Estado, bem como as diferentes formas de organização social, determinaram a criação de sistemas nacionais de saúde diversos em cada território. A França e a Inglaterra, por exemplo, concentraram inicialmente seus esforços na construção de tabelas com informações sobre a natalidade, a mortalidade e o índice de saúde. Já na Alemanha, desenvolveu-se, entre 1750 e 1770, a primeira política – ou polícia – médica de Estado, que, além da criação de um sistema completo de observação da morbidade, caracterizou-se por: normatização das práticas e do saber médico; constituição de uma organização administrativa para controle da atividade profissional; e nomeação governamental de médicos para assumirem responsabilidade político-administrativa de determinadas regiões (Foucault, 1979; Rosen, 1980).

As mudanças nos saberes e na constituição das práticas médicas relacionam-se às diversas compreensões dos fenômenos de saúde e doença em um dado período histórico, à disponibilidade de recursos tecnológicos para responder a essas questões e à formulação dos diferentes modos de organizar a atenção à saúde.³

A ascensão do paradigma da anatomia patológica no início do século XX demarcou o advento do sanitarismo tanto nos Estados Unidos quanto na Inglaterra. Com ele, priorizou-se o uso da tecnologia e as atividades profiláticas – saneamento, imunização e controle de vetores – no enfrentamento dos problemas de saúde, reduzindo-se o componente social do adoecimento e subsidiando-se a terapêutica nos conhecimentos da patologia e da fisiopatologia (Foucault, 1979; Paim e Almeida Filho, 1998). O período caracterizou-se pela ênfase nas ciências biológicas e pela necessidade de incorporação do rigor científico às atividades médicas, realidade que pode ser comprovada pela publicação do Relatório Flexner (*Flexner Report*) em 1910: *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (Flexner, 1910).

O relatório é resultado de uma iniciativa da Fundação Carnegie, que convidou o professor Abraham Flexner, da Universidade Johns Hopkins, para realizar uma análise da educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. São diversas as leituras e interpretações desse relatório no Brasil. Para Almeida Filho, “o que se apresenta como modelo biomédico flexneriano e que, no Brasil, provoca tão intensas reações, não corresponde, e até contradiz, o que Abraham Flexner pensa e escreve” (2010, p. 235).

Neste artigo, não nos propomos a estudar de forma mais específica o Relatório Flexner. Destacamos, porém, que ele legitima a racionalidade da medicina moderna por meio da incorporação do caráter científico à medicina, o que inclui, além dos aspectos relacionados à formação, a ênfase na assistência médica previdenciária e hospitalar. O modelo da medicina científica caracteriza-se ainda pelo biologismo e mecanicismo das práticas assistenciais, pela especialização do conhecimento, pela negação do saber popular e das práticas alternativas de cuidado, bem como pela ênfase na cura e medicalização da sociedade. Tais características favorecem a mercantilização da saúde, pois, como afirma Silva Jr.:

Em finais do século XIX e início do século XX, os avanços na medicina científica proporcionaram o aumento da indústria de equipamentos médicos, de medicamentos e do ensino e da pesquisa médicas (...). A difusão da tecnologia médica é feita, de forma agressiva, pela articulação das corporações industriais multinacionais ao ensino e à pesquisa médicas, dos países centrais do capitalismo para os periféricos; essa estratégia inibiu a capacidade de inovações e desenvolvimento dos países receptores dessa tecnologia (Silva Jr., 1998, p. 44 e 47).

Embora tenha sido criticada por outras proposições de modelo, como o da medicina preventiva e o da medicina comunitária, a medicina científica tem sido hegemônica nos processos de formação e assistência à saúde no Brasil. E essa hegemonia tem influenciado inclusive os processos formativos

de outras profissões da área da saúde, como a enfermagem, a nutrição e a odontologia (Costa, 1999; Narvai e Frazão, 2008; Pires, 1989). Apesar das divergências que existem entre esses modelos, nenhum deles manteve relação com a perspectiva democrática da saúde (Donnangelo, 1976).

A formação profissional em saúde

A formação profissional em saúde tem sido historicamente mediada por um modelo educacional centrado no professor, nas metodologias bancárias e na estruturação curricular baseada em disciplinas, o que evidencia a fragmentação e a especialização do conhecimento. Tais características remetem à perspectiva educacional classificada por Saviani (2009b) como pedagogia tradicional. Ademais, esse modelo tem potencializado ainda a divisão técnica e social do trabalho em saúde (Pires, 2009).

A educação tradicional foi a base para a institucionalização dos sistemas nacionais de ensino organizados na França, na Inglaterra e na Alemanha desde meados do século XIX, e que se inspiraram no princípio da educação como direito de cidadania e dever do Estado. Esse modelo se orienta pelo pressuposto de que a educação deve ser uma prática redentora da ignorância. Assim, a escola surge como antídoto e como instrumento para equacionar o problema da marginalidade, visando difundir a instrução e transmitir os conhecimentos acumulados e sistematizados logicamente pela humanidade (Saviani, 2009b).

A estruturação desse modelo de ensino, sobretudo no que se refere à disciplinarização, à ênfase na transmissão de conhecimentos profissionalizantes e à separação da formação entre os ciclos básico e profissional, coincide também com as orientações para o ensino superior brasileiro, a partir da Reforma Universitária de 1968, que produziu efeitos contraditórios na educação brasileira. Por um lado, essa reforma “modernizou uma parte significativa das universidades federais e determinadas instituições estaduais e confessionais, que incorporaram gradualmente as modificações acadêmicas propostas” (Martins, 2009, p. 16); por outro, permitiu a ascensão do ensino privado no país e a organização de instituições de ensino isoladas e pautadas na transmissão de conhecimentos profissionalizantes, fragmentados em relação às atividades de pesquisa.

A partir do século XX, a escola tradicional começou a demonstrar inadequações no que se refere à universalização do ensino e à continuidade do projeto da democracia burguesa. Surge daí o paradigma reformista da pedagogia nova, também conhecida como movimento escolanovista, cujos pressupostos são de que a educação deve redimir as pessoas da rejeição. Para tanto, o processo de ensino-aprendizagem deve estar centrado no aluno, na

utilização de metodologias ativas e na ênfase no exercício de estimular o *aprender a aprender* (Saviani, 2009b).

O fenômeno de crítica à pedagogia tradicional e de estruturação de um novo modelo de ensino ocorreu nas diversas áreas do conhecimento em diferentes países. No setor saúde, as críticas à hegemonia da escola tradicional e do modelo da medicina científica tiveram como marco a realização e a publicação do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que denuncia a inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social (Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986, p. 14).

Ao mesmo tempo em que critica a organização do ensino e das práticas de saúde, o relatório final da VIII CNS aponta para uma diretriz de formação contínua dos trabalhadores do setor, diretriz incluída na Constituição Federal de 1988, na Lei Orgânica da Saúde – n. 8.080/1990 – e, por fim, nas normas legais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Mais recentemente, essa orientação está presente nos textos da Política Nacional da Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (Brasil, 1988, 1990, 2004 e 2007).

Apesar dessa discussão também estar presente em outras conferências de saúde brasileiras – por exemplo, na VII CNS –, é relevante destacar o papel da VIII CNS, sobretudo pela estruturação dos princípios políticos e conceituais do processo de transformação do setor saúde com base na articulação de duas categorias teóricas em disputa no movimento da Reforma Sanitária: a organização social da prática médica (Donnangelo, 1976) e a determinação social da saúde (Paim, 1997). Essas categorias diferenciam-se apenas quanto à ênfase nos postulados de mudanças da prática profissional em saúde e no que concerne às lutas filosófica, teórica e política pela transformação das estruturas sociais.

Apesar da discussão sobre o trabalho e a educação em saúde ter sido inscrita no relatório da VIII CNS, esse foi um aspecto pouco desenvolvido pela Reforma Sanitária (Campos, 2008). De fato, o relatório não menciona nenhum fundamento pedagógico necessário à formação técnica, ética e política dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), pautada nos princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social. Tal esvaziamento teórico vem sendo preenchido desde o início da década de 1990 por iniciativas como o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), pelas instituições formadoras de profissionais da saúde, em especial as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), bem como pelo Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Todas essas iniciativas pautaram suas atividades em uma síntese epistemológica constituída por orientações escolanovistas (pedagogia nova), por elementos da pedagogia de Paulo Freire e, de maneira implícita, pelos pressupostos e métodos da pedagogia das competências (Ramos, 2010).

Da síntese mencionada acima, apenas os elementos da pedagogia de Paulo Freire se baseiam no pressuposto da educação para a transformação social, guardando, portanto, coerência direta com os pressupostos da VIII CNS: a estruturação e a prática do direito à saúde para transformação da realidade social.

As diretrizes curriculares nacionais para a área da saúde: história e fundamentos

O acúmulo teórico e conceitual dessas iniciativas, os avanços e os desafios para a consolidação do SUS, as críticas ao esgotamento do modelo da medicina científica e da pedagogia tradicional e a instituição da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que trata de maneira específica do ensino e fixa as diretrizes e bases para a educação do primeiro e segundo graus foram fundamentais para a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 1996).

As DCN constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos currículos e dos projetos políticos pedagógicos que devem ser adotados por todas as instituições de ensino superior (IES). A primeira resolução com diretrizes para a área da saúde – resolução n. CNE/CES 1.133/2001 – dispõe sobre as DCN dos cursos de Medicina, Enfermagem e Nutrição, nas quais constam elementos sobre o perfil, competências e habilidades do egresso desses cursos, os conteúdos curriculares, os estágios e atividades complementares, a organização do curso e o seu acompanhamento e avaliação (Brasil, 2001).

Até 2004 foram aprovadas as diretrizes curriculares para os demais cursos área da saúde. Todo esse processo contou com a contribuição expressiva de diversas instituições e atores sociais, como Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SES-MS), Fórum Nacional de Pró-reitores das Universidades Brasileiras, conselhos profissionais, associações de ensino, comissões de especialistas de ensino da SESu/MEC e a Rede Unida (Rede Unida, 2006).

Um dos princípios das DCN é “fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão” (Brasil, 2001, p. 3). Esse princípio propõe mudanças na realidade de dissociação entre o ensino, a pesquisa e a extensão universitária que têm sido discutidas em diversos campos de conhecimento, dentre eles o da saúde. Ribeiro (2009) afirma que essa fragmentação, bem como a organização curricular direcionada a determinados problemas de saúde, produz um distanciamento dos acadêmicos da realidade social da população. As diretrizes propõem ainda que os currículos

(...) possam construir perfil acadêmico e profissional com *competências, habilidades e conteúdos*, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 2001, p. 3, grifos nossos).

A instituição das diretrizes vem provocando mudanças na estruturação curricular de diversos cursos e nos projetos das instituições de ensino em saúde no cenário nacional. Esse movimento vem sendo também influenciado por uma série de iniciativas que tiveram lugar durante o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, dentre as quais a própria PNEPS, e, mais recentemente, pela constituição de políticas indutoras de mudanças na formação profissional, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) (Brasil, 2005;2008).

É possível considerar que as DCN representam a ação institucional mais expressiva e abrangente a respeito da proposição de mudanças no cenário da formação profissional em saúde, o que evidencia a centralidade que as mudanças curriculares têm apresentado no que diz respeito às críticas e às políticas sobre o trabalho e a formação profissional em saúde.

Sacristán (2000) afirma que os currículos são a materialidade que faz da escola um sistema social. É mediante o currículo que a escola é dotada “de conteúdo, missão que se expressa por meio de usos quase universais em todos os sistemas educativos, embora por condicionamentos históricos e pela peculiaridade de cada contexto” (Sacristán, 2000, p. 15).

De outra parte, as DCN objetivam estruturar novos modelos de formação que assegurem a flexibilidade e a diversidade, na medida em que os projetos estimulem “o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações” (Brasil, 2001, p. 2). Os estudos de Maranhão e Silva (2001) e de Costa, Casagrande e Ueta (2009) destacam o fato de as DCN estimularem não apenas a flexibilização dos currículos de graduação, mas também a criação de projetos pedagógicos inovadores e adequados à realidade e às necessidades de saúde como aspectos positivos. Nessa perspectiva, defende-se que os processos de reforma curricular tenham estrutura e conteúdo específicos, de acordo com as mediações entre conjuntura, agentes e cada uma das IES envolvidas.

Como ressalta a LDB, essas características fortalecem a autonomia das universidades brasileiras. Entretanto, a questão da autonomia universitária não é consensual, posto que, para alguns autores, as instituições de ensino não devem estar isentas às necessidades da sociedade.

A universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzem explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social (Ceccim e Feuerwerker, 2004, p.1402).

A flexibilização é proposta pelo referencial das competências, que dá ênfase à dimensão subjetiva do conhecimento, em oposição à pedagogia tradicional, centrada na objetividade dos conteúdos disciplinares, fazendo do currículo algo impermeável e operacionalizado pela transmissão dos conhecimentos (Saviani, 2008). Presentes de forma implícita em outros documentos e em experiências relevantes para a formação profissional em saúde, as orientações da pedagogia das competências destacam-se como principais fundamentos pedagógicos do texto das DCN. Tendo por base a filosofia pragmática, essa teoria pedagógica afirma que o professor em particular e a escola como um todo não devem ofuscar o estudante; ao contrário, precisam reforçar a capacidade do aluno para construir o seu próprio aprendizado e, dessa forma, qualificar-se para escolher como se adaptar e como cooperar com o sistema (Ghiraldelli Jr., 1999; Ramos, 2002 e 2006).

Ainda que essa teoria possa contribuir com aspectos técnicos e para a ética micropolítica dos trabalhadores, entendemos que a sua fundamentação filosófica aproxima-se da tríade *competência-qualificação-adaptabilidade*, que estrutura um modelo de formação capacitado a atender as exigências do mercado. Dessa forma, é possível refletir sobre a possibilidade de o paradigma das competências colaborar para o fortalecimento da racionalidade técnico-instrumental na formação em saúde, amplamente disseminada pelo discurso biomédico e pelo modelo da medicina científica em detrimento da atuação política dos trabalhadores da saúde.

Essa reflexão não apenas decorre da expectativa do movimento da Reforma Sanitária por uma formação de profissionais pautada no direito à saúde para os exercícios técnico, ético e político, como também emerge das aproximações entre o texto do relatório final da VIII CNS e os princípios da filosofia da práxis, em oposição a alguns dos aspectos da filosofia pragmática e, por conseguinte, da pedagogia das competências.

Além dessas questões, a notável influência das DCN na reformulação do ensino na área da saúde no Brasil nos leva a problematizar as relações teóricas e epistemológicas entre o fundamento pedagógico das Diretrizes Curriculares Nacionais – a pedagogia das competências – e a concepção de direito à saúde formulada pela VIII CNS. E isso porque a “apresentação e a análise destes pressupostos possibilita a crítica ao paradigma de que a educação deve servir como forma de adaptação dos trabalhadores ao existente, às condições objetivas da produção e à reprodução do próprio capitalismo” (Pereira e Ramos, 2006, p. 13).

Parte dos trabalhos encontrados na literatura nacional sobre as DCN tem sido conduzida na perspectiva de avaliar a adesão dos cursos e currículos às diretrizes e de relatar as experiências acerca dessa adequação (Brasil, 2006; Lemos e Fontoura, 2009; Santos, 2006; Vale e Guedes, 2004). Em oposição a esses trabalhos, o presente estudo questiona os referenciais das DCN, em lugar de simplesmente aceitá-los, visto que essa reflexão pode vir a contribuir no debate dos atores e dos movimentos sociais no tocante ao compromisso ético-político de uma formação profissional que paute a saúde como direito, tal como formulado pela VIII CNS.

A pedagogia das competências não trata o currículo como objeto; enfoca-o na qualidade de sujeito dos processos didáticos problematizadores, por meio da construção de projetos.

Ocasionalmente, é salutar interromper certas sequências e partir para um novo projeto. Pode-se também considerar a construção passo a passo do ano escolar, em que uma questão traz outra; ao ser concluído, um projeto sugere outra *aventura* (...) empreendimentos com resultado desconhecido que ninguém, nem sequer o professor, jamais viveu em condições exatamente iguais (Perrenoud, 1999b, p. 6).

Perrenoud (1999a e 1999b) afirma também que o trabalho docente, e por extensão a escola, deve estar voltado para a construção de competências a partir do ensino. Isso significa mobilizar os recursos cognitivos para resolver de maneira eficaz e eficiente os problemas que se apresentam em situações complexas. Nesse processo, o professor é quem medeia a utilização dos recursos, mas antes disso está a autonomia do estudante para aprender como mobilizar informações, capacidades e saberes formais e informais necessários à solução de dado problema.

Assim sendo, as competências são o principal objeto da orientação elaborada por Perrenoud (1999a e 1999b) e Morin (2001) para que o ensino deixe de ser entediante. Nesse sentido, não basta pautar toda a formação na noção de competência, e sim introduzi-la como núcleo central dos conhecimentos a serem aprendidos, por meio de uma didática em que o aluno seja responsável por sua própria aprendizagem.

Para ambos os estudiosos, isso faz os professores deixarem de privilegiar o quantitativo de conteúdos, passando a valorizar a sua qualidade: “ao invés de acumular o saber é mais importante dispor ao mesmo tempo de uma aptidão geral para colocar e tratar os problemas; princípios organizadores que permitam ligar os saberes e lhes dar sentido” (Morin, 2001, p. 21).

Para esses autores, os conhecimentos precisam ser tratados como ferramentas passíveis de utilização e nunca devem ser enfocados como centrais no processo educativo, uma vez que a ordem é de criação de competências para os complexos problemas cotidianos. De acordo com essa perspectiva, a

educação pressupõe a ênfase na empiria e a crítica à compartmentalização e à estratificação do conhecimento em disciplinas isoladas, centrando-se a aprendizagem no método de ensino e nos estudantes. Tais fundamentos mantêm aproximações com os termos ‘metodologia ativa’, ‘aprendizagem significativa’, ‘aprendizagem baseada em problemas’ e seus correspondentes, que constam nas DCN, mas também nos discursos dos diversos atores institucionais que têm como objeto a formação profissional em saúde. As DCN objetivam ainda

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a *aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2001, p. 4, grifos nossos).

As categorias que constituem o aprender a aprender referem-se à perspectiva de formação integral defendida por Delors (1999), no Relatório da Comissão Internacional para a Educação do Século XXI da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), no contexto de internacionalização das propostas de reforma educacional por meio dos organismos internacionais. Por sua vez, aproximam-se também do pragmatismo, fundamento básico da pedagogia das competências, que tem como um dos seus principais formuladores o americano Richard Rorty (Ghiraldelli Jr., 1999). Sem mencionar qualquer projeto de transformação do modo de organização social, a filosofia pragmática propõe o conceito de educação como socialização e individualização. Nesse sentido, a escola deve cuidar de introduzir a criança e o adolescente nas práticas sociais, bem como o jovem na afirmação de suas possibilidades individuais (Ghiraldelli Jr., 1999).

“Rorty vê o professor universitário (...) como alguém capaz de exercer a ação pedagógica (...) de recriação livre dos jovens por eles mesmos – na autocriação da individualidade” (Ghiraldelli Jr., 1999, p. 69). A filosofia de Rorty se apoia nos trabalhos filosóficos e pedagógicos de John Dewey, defensor de uma prática docente que responsabiliza o aluno por tarefas que visem resolver um problema complexo. A prática docente não é subestimada nessa proposta pedagógica, pois ela sempre chama a atenção do professor para que ele domine bem os conteúdos, de modo a poder elaborar problemas complexos que orientem a execução de um projeto de produção de conhecimentos.

Esse projeto deve, antes de tudo, ter a capacidade de motivar os estudantes para que as atividades escolares deixem de ser entediantes e desinteressantes. Dewey chama a atenção para a importância da democracia no ambiente escolar, condição para o exercício da experimentação e da liberdade de pensamento pelos indivíduos (Ghiraldelli Jr., 1999).

Direito à saúde, pedagogia das competências e filosofia da práxis

A compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado, que resultou na formulação do SUS, desdobra-se do pressuposto de que um sistema de saúde pode ser o lugar da instituição de novos modelos e práticas, constituindo-se em ação do Estado, que cria determinantes e condicionantes para a melhoria das condições e da situação de saúde da população.

Os sistemas nacionais de saúde anteriores ao SUS orientaram a instituição de um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor (Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986, p. 14) que não resolia os problemas que afetavam a saúde da população brasileira, como verificado em vários estudos (Cohn et al., 1999; Elias, 1999; Escorel, 1998; Minayo, 1999). Todavia, mais do que estabelecer o desenvolvimento de um modelo de assistência à saúde, a formulação do SUS, ao adotar o referencial da determinação social da saúde, expõe o quanto a ordem político-econômica vigente é produtora de desigualdades sociais. Com isso, a VIII CNS inscreve relevante capítulo na história da sociedade brasileira, pois, para além da crítica ao modelo assistencial da época, denuncia que as iniquidades em saúde são resultantes da concentração de renda e da propriedade fundiária, do autoritarismo estatal e das políticas públicas compensatórias que historicamente se desenvolveram no país (Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986).

O pressuposto da formulação do SUS pela VIII CNS também é arauto do direito à saúde, uma novidade no cenário político brasileiro, marcado pela ação intensa do mercado e da filantropia (Cohn et al., 1999). O direito à saúde foi concebido pela VIII CNS como:

A garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986, p. 14).

Essa concepção volta-se para as estruturas sociais e afirma que a responsabilidade pelo direito à saúde não diz respeito às escolhas e às oportunidades individuais, mas está relacionada à estrutura política, econômica e ideológica expressa pela concepção da saúde como direito. Tais dimensões destacam ainda o importante aspecto de convocação para o projeto de reestruturação da sociedade brasileira, fazendo uso da luta política: “A saúde é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade, e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986, p. 14).

A partir dessas considerações, o presente artigo defende que os princípios e as diretrizes da formulação do SUS mantêm distinções da filosofia pragmática, ainda que essa tenha pontos que a aproximem das perspectivas de equidade e de justiça sociais (Ghiraldelli Jr., 1999).

O pragmatismo filosófico tem sido utilizado pela pedagogia das competências no seu intento de estimular os indivíduos a contribuírem socialmente com a humanidade, adaptando-se a melhores qualificações profissionais e às exigências do modo de organização social vigente (Ramos, 2006 e 2010). Por sua vez, compreendemos que o relatório final da VIII CNS mantém identidade com a filosofia da práxis, a qual consiste em uma atitude crítica e propositiva que orienta a finalidade histórica de superação dos problemas determinados pelas contradições do sistema social vigente. Para essa filosofia, as contradições de sistemas iníquos, como o capitalismo, são insuficientes para desfazê-los: a obra de ruptura e de superação resulta de um projeto histórico de seres humanos engajados nas lutas cotidianas (Sánchez Vásquez, 2007).

Em tal contexto, a crítica da VIII CNS quanto à formação dos trabalhadores de saúde e sua proposição de uma diretriz de formação contínua mantém o compromisso político da efetivação do direito à saúde. Nesse sentido, para além da competência técnica, é necessário que os sujeitos egressos dos referidos processos de formação tenham a oportunidade do engajamento político, do questionamento dos problemas da ordem social vigente e da viabilização da construção de uma práxis histórica de reestruturação social a partir de sua atuação profissional.

Em razão do exposto, as críticas da VIII CNS, bem como o contexto atual do SUS, demandam uma proposta pedagógica que se paute epistemologicamente por uma didática que favoreça a evolução crítica dos estudantes da práxis individual e comum para a práxis histórica.

Apesar dos limites mencionados para a formação dos profissionais de saúde com base na pedagogia das competências, é importante considerar dois aspectos que convergem para a democratização da saúde e da educação. O primeiro diz respeito à corresponsabilização do estudante com o seu aprendizado; e o segundo, à vinculação entre a prática e a teoria.

Ao orientar que as competências estejam subsidiadas por *elementos de fundamentação essencial*, fica evidente o cuidado para que o projeto pedagógico, embora flexível, seja coerente. Essa coerência é essencial aos pressupostos que fundamentam o projeto de cada curso e a formação.

Nesse sentido, a crítica deste artigo não se refere à didática da pedagogia das competências, mas à centralidade do método em detrimento dos objetivos da prática educativa e dos conhecimentos necessários para efectivá-la. Esse é o ponto que distingue a filosofia pragmática da filosofia da práxis: a primeira enfatiza a subjetividade; a segunda, a objetividade do conhecimento. Ambas se aproximam quanto ao entendimento de que o

conhecimento deve ser útil, porém, enquanto a primeira destaca a adaptabilidade, a segunda valoriza a ruptura; enquanto a primeira defende o consenso para a adaptação, a segunda insiste na importância do conflito para a transformação social.

O termo *competência*, muito caro a Perrenoud (1999a e 1999b) e a Morin (2001), não pode ser usado por um projeto pedagógico que define a práxis como o seu fundamento. O dinamismo promovido pelo princípio da adaptabilidade é endógeno, pois os estudantes devem pensar sempre em como melhorar o consenso e a adaptação, tomando em conta as incorporações tecnológicas que modificam a vida social como um todo, e o mundo do trabalho em particular.

Dessa forma, os postulados presentes no relatório da VIII CNS sugerem concordância com elementos metodológicos, como a valorização do estudante, a preocupação do docente em fazer que o estudante se sinta motivado a resolver problemas complexos e a ênfase nas atividades práticas, de maneira que a teoria seja introduzida por meio delas. Tais elementos, porém, são passíveis de associação ao princípio da objetividade do conhecimento, bem como a apropriação desse para o projeto de construção integral e histórica do cuidado e da saúde, e da relação desses com a sociedade.

Como afirma Ramos (2002, p. 111), para ser possível uma *pedagogia das competências contra-hegemônica*, teríamos de suprimir precisamente o termo que nos impede de admitir os princípios anteriores: *competências*. Esse impedimento se deve aos motivos epistemológicos já destacados anteriormente.

É possível orientar currículos segundo o princípio do direito à saúde?

Veiga-Neto (1997) afirma que cada novo conceito de currículo, bem como a teorização sobre esses conceitos articulam reflexões sobre a concepção de sociedade, cultura e educação. Assim, as discussões sobre esse constructo social evidenciam também uma visão de mundo, ou melhor, visões de mundo. As teorias do currículo não estão situadas em um plano puramente epistemológico, posto que estão envolvidas nas disputas para garantir o consenso: “As teorias do currículo estão no centro de um território contestado” (Silva, 2007, p. 18).

Esse espaço/território pode ter aproximações com referenciais teórico-metodológicos distintos, cada um deles com concepções do que sejam os fenômenos de aprender e ensinar. As teorias tradicionais, críticas ou pós-críticas, têm ênfases distintas nos questionamentos sobre ‘o que’ deve estar no currículo e ‘como’ esse assunto deve ser ensinado.

Os currículos para a área da saúde são informados por teorias pedagógicas interessadas ou não na manutenção do *status quo*, envolvidas ou não no processo de construção de consenso e hegemonia. Acreditamos que a demanda da VIII CNS pode ser atendida por elementos de uma teoria

crítica do currículo, uma vez que, em oposição à eficiência pragmática, a CNS questiona quais são os conhecimentos indispensáveis para que o trabalhador possa compreender o mundo do trabalho.

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira contribuiu para a inserção da saúde em uma estrutura de proteção social universal e democrática. Porém, ao mesmo tempo que seu projeto consolida a instituição da saúde como direito na Constituição Federal de 1988, o início dos anos 1990 e a conjuntura da Nova República assinalam a ampliação de acordos entre o país e organismos internacionais – como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial – com vistas à implantação de um projeto de liberdade de mercado e autorregulação das políticas sociais. Tais acordos culminaram na reforma gerencial do Estado brasileiro idealizada por Bresser-Pereira⁴ e implantada em 1995 no governo Fernando Henrique Cardoso (Vieira, Chinelli e Lopes, 2011).

Essa realidade, que não está restrita à formação profissional, evidencia a necessidade de os profissionais de saúde compreenderem tais contradições, sobretudo no que diz respeito à estruturação de um sistema nacional de saúde que atue sobre os determinantes da saúde em meio a uma sociedade capitalista. Urge, portanto, apostar em uma formação profissional orientada por uma pedagogia contra-hegemônica dados os limites epistemológicos e metodológicos do paradigma das competências para pensar e agir no sentido da transformação social.

Mesmo considerando que este estudo se propõe apenas a demonstrar a filiação pedagógica e o fundamento epistemológico das DCN, permitimo-nos apresentar a contribuição que a filosofia da práxis e a pedagogia histórico-crítica (Saviani, 2003, 2005, 2008, 2009a, 2009b) podem dar aos currículos da área da saúde. As razões para o encontro entre o princípio do direito à saúde e essas teorias pedagógicas situam-se no campo dos interesses da classe trabalhadora e no resgate do compromisso da escola com a garantia da transmissão de um conhecimento comprometido com uma sociedade mais justa (Saviani, 2009a e 2009b; Ramos, 2010).

A pedagogia histórico-crítica, fundamentada no referencial praxiológico, propõe uma unidade de teoria e método – ou seja, entre os conhecimentos objetivos a serem ensinados e aqueles aprendidos enquanto construções históricas – e nas formas de ensinar e aprender. Implica, ainda, o resgate do trabalho como princípio educativo, do papel pedagógico dos docentes e das instituições formadoras, e a elaboração de conceitos e de modelos críticos da educação.

Considerações finais

Este trabalho reconhece a relevância das pesquisas a respeito da eficiência/efetividade do ensino e dos aspectos psíquico-pedagógicos nos processos

de formação; de igual modo, não nega os valores humanistas que orientam a filosofia pragmática. No entanto, destaca a importância de uma relação política pautada em valores democráticos e de respeito entre professor e aluno (Ramos, 2010). Ao fazer isso, mantém a opção de crítica ao paradigma pedagógico das competências em razão de sua filiação aos pressupostos do liberalismo, pelos quais o princípio da equidade deixa de ser uma expressão prática da justiça social para se tornar um modulador dos acordos sociais que garantem a primazia do mercado (Pereira, 2000).

Por sua ênfase no individualismo, a pedagogia das competências pode contribuir para o senso comum de competitividade e valorização dos bens privados, como a espoliação do público por grupos e corporações. Os efeitos práticos de sua utilização para a formação em saúde podem comprometer o processo de universalização do acesso à saúde e a responsabilização do Estado brasileiro na estruturação do SUS.

Ao mesmo tempo em que traçam parâmetros básicos para o ensino em saúde, as DCN revelam uma normatização de currículos flexíveis que impõe a corresponsabilização das instituições formadoras e dos docentes na escolha de quais referenciais utilizar e de como constituir os seus currículos. Nesse sentido, nosso papel, no que concerne a este trabalho, diz respeito à crítica, mas também à elucidação de hipóteses sobre como, a partir dos referenciais éticos, políticos e pedagógicos discutidos, podemos constituir reformas curriculares que resgatem o imperativo ético do direito à saúde.

Disso decorre que a opção política por uma teoria crítica voltada à formulação dos currículos para a área da saúde não pretende responder totalmente aos desafios da democratização da saúde e da educação, mas pode, em alguma medida, vir a contribuir com a compreensão e com a transformação da realidade.

Nota do editor

Este texto inédito foi elaborado pela autora principal, orientada pelo coautor. Resultou do trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva na Universidade de Pernambuco (UPE). Este programa de Residência é financiado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE).

Agradecimentos

Aos membros da banca de exame do trabalho: Paulette Cavalcanti de Albuquerque e Leandro Davi Wenceslau.

Notas

¹ Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. <ingriddavilla@gmail.com>

Correspondência: ENSP/Fiocruz. Departamento de Ciências Sociais, Sala 916. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 21041-210.

² Professor titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, Pernambuco, Brasil. Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Pernambuco (UPE). <itamarlages@yahoo.com.br>

³ Para maiores esclarecimentos a esse respeito, recomendamos a leitura do artigo de Silva Junior e Alves, no qual afirmam: “o modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade” (Silva Junior e Alves, 2007, p. 27).

⁴ Bresser-Pereira foi ministro da Fazenda do primeiro governo Fernando Henrique Cardoso entre os anos 1995 e 1998, período de implantação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado, que favoreceu a expansão do capital privado na prestação de serviços sociais. Data desse período a publicação do documento “A reforma administrativa do setor saúde”, que, em nome da racionalidade dos recursos financeiros, legitimou a adoção de ações focalizadas, o estabelecimento da pobreza como critério de inclusão no SUS e a flexibilização da gestão dos serviços públicos de saúde, rompendo a lógica do princípio da universalidade conquistado anteriormente e presente na Constituição Federal de 1988 (Vieira, Chinelli e Lopes, 2011).

Referências

- ALMEIDA FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2.234-2.249, dez. 2010.
- BRASIL. Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 dez. 1961. Seção 1, p. 11.429.
- _____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado, Brasília, 1988.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 set. 1990. Seção 1, p. 18.055,
- _____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27.833.
- _____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1.133, de 7 de agosto de 2001, sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2001. Seção 1E, p. 131.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 fev. 2004. Seção 1, p. 1.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Seção 1, p. 27.
- _____. Ministério da Saúde. *A aderência dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às diretrizes curriculares nacionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde, 8. *Relatório final*. Brasília: Comissão Nacional de Reforma Sanitária, 1986.
- _____. Ministério da Saúde. *Pró-Saúde*: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CAMPOS, Gastão W. S. Contracapa. In: MATTIA, Gustavo C.; LIMA, Júlio C. F. (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; EPSJV, 2008.
- CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.400-1.410, set./out. 2004.
- COHN, Amelia et al. *Saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1999.
- COSTA, Caetano; CASAGRANDE, Lisete D. R.; UETA, Julieta. Processos reflexivos e competências envolvidos na prática docente universitária: um estudo de caso. *Revista Interface – comunicação, saúde, educação*, v. 13, n. 31, p. 409-422, out./dez. 2009.
- COSTA, Nilce M. S. Revisitando os estudos e eventos sobre a formação do nutricionista no Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 12, p. 1, p. 5-19, jan./abr. 1999.

- DELORS, Jacques et al. *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC; Unesco, 1999.
- DONNANGELO, Maria C. F.; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ELIAS, Paulo M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amelia; ELIAS, Paulo M. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez; Cedec, 1999. p. 59-119.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- FLEXNER, Abraham. *Medical Education in the United States and Canada*. Nova York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910. (Bulletin, 4). Disponível em: <www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carneige_Flexner_Report.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2011.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GHIRALDELLI JR., Paulo. *Richard Rorty: a filosofia do novo mundo em busca de mundos novos*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- LEMOS, Marcio; FONTOURA, Marilia S. Formação em saúde no estado da Bahia: uma análise à luz da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 33, n. 1, p. 35-39, jan./mar. 2009.
- MARANHÃO, Efrem A.; SILVA, Fernando A. M. Formação médica: novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico. In: ARRUDA, Bertoldo K. G. (Org.). *A educação profissional em saúde e a realidade social*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2001. p. 153-168.
- MARTINS, Carlos B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a02.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2012.
- MINAYO, Maria C. S. (Org.). *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- NARVAI, Paulo C; FRAZÃO, Paulo. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- PAIM, Jairnilson S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 11-24.
- _____; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou um campo aberto a novos paradigmas?. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.
- PEREIRA, Isabel B.; RAMOS, Marise N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas básicas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000.
- PERRENOUD, Phillippe. *Avaliação da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999a.
- _____. *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999b.
- PIRES, Denise E. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 130-135.

- _____. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.
- RAMOS, Marise N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2006.
- _____. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, p. 93-114, 2002.
- _____. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil*: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJ; UFRJ, 2010.
- REDE UNIDA. Termo de Referência: oficina 1: diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 7., 2006. *Anais...* Curitiba, 2006.
- RIBEIRO, Katia S. Q. S. A experiência da extensão popular e a formação acadêmica em fisioterapia. *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 29, n. 79, p. 335-346, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/04.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2011.
- ROSEN, George. O que é medicina social? In: _____. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1980. p. 77-141.
- _____. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec; Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- SACRISTÁN, José G. *O currículo*: uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- SÁNCHEZ VÁZQUEZ, Adolfo. *Filosofia da práxis*. Buenos Aires: Clacso; São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- SANTOS, Silvana S. C. Perfil de egresso de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 59, n. 2, p. 217, mar./abr. 2006.
- SAVIANI, Dermeval. Educação socialista, pedagogia histórico-crítica e os desafios da sociedade de classes. In: LOMBARDI, José C.; SAVIANI, Dermeval (Org.). *Marxismo e educação: debates contemporâneos*. Campinas: Autores Associados, 2005. p. 233-274.
- _____. *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. Campinas: Autores Associados, 2009a.
- _____. *Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política*. Campinas: Autores Associados, 2009b.
- _____. O choque teórico da politecnia. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 131-152, 2003.
- _____. *Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações*. Campinas: Autores Associados, 2008.
- SILVA JR., Aluisio G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- _____; ALVES, Carla A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia V. G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-Editora Fiocruz, 2007.
- SILVA, Tomaz T. *Documento de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.
- VALE, Euclea G.; GUEDES, Maria V. Competências e habilidades no ensino de administração em enfermagem à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 4, p. 475-478, jul./ago. 2004.
- VEIGA-NETO, Alfredo. Currículo e interdisciplinaridade. In: MOREIRA, Antonio F. (Org.). *Currículo: questões atuais*. Campinas: Papirus, 1997. p. 59-102.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Philippina; LOPES, Marcia R. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna V.; LOPES, Marcia R. *Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. P.33-78.

Recebido em 13/12/2011

Aprovado em 13/07/2012