

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Programa de Pós-Graduação em Educação
Estratégia do Pensamento e Produção do Conhecimento

A OUSADIA COMO HORIZONTE.
Religando vida e ideias na formação em enfermagem.

ANA KARINNE DE MOURA SARAIVA

NATAL
2011

ANA KARINNE DE MOURA SARAIVA

**A OUSADIA COMO HORIZONTE.
Religando vida e ideias na formação em enfermagem.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição Xavier de Almeida

**NATAL
2011**

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Setorial do CCSA
Divisão de Serviços Técnicos

Saraiva, Ana Karinne de Moura.
A ousadia como horizonte: religando vida e ideias na formação em
enfermagem / Ana Karinne de Moura Saraiva. – Natal, RN, 2011.
163 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Conceição Xavier de Almeida.
Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio
Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento
de Pós-Graduação em Educação.

1. Educação - Dissertação. 2. Formação em enfermagem - Dissertação.
3. Biografias de formação - Dissertação. 4. Ciência da vida - Dissertação.
I. Almeida, Maria da Conceição Xavier de. II. Universidade Federal do
Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BS/CCSA

CDU

ANA KARINNE DE MOURA SARAIVA

A OUSADIA COMO HORIZONTE.

Religando vida e ideias na formação em enfermagem.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito necessário para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob orientação da Prof^a Dr^a Maria da Conceição Xavier de Almeida.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria da Conceição Xavier de Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Orientadora

Profa. Dra. Josineide Silveira de Oliveira
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Avaliador Externo

Prof. Dr. Francisco de Assis Pereira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Avaliador Interno

Prof. Dr. João Bosco Filho
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Avaliador Externo – Suplente

Profa. Dra. Ana Lúcia Assunção Aragão
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Avaliador Interno- Suplente

Dedico a:

À minha família, razão da minha existência, pessoas que me apoiaram incondicionalmente nesse sonho. Através do mestrado não aprendi, apenas, saberes necessários para repensar a enfermagem, mas, primordialmente, a importância de um alicerce familiar sustentado no amor, companheirismo, compreensão e respeito.

AGRADECIMENTOS

A construção dos agradecimentos é um momento muito especial, pois é nesse instante que paramos para uma autoreflexão sobre o significado, aqui em particular, do mestrado. Esse processo faz ecoar sentimentos mais humanos como a gratidão e o amor. Sem dúvida, é mais um exercício que nos possibilita reconhecer a nossa relação com o outro fazendo, portanto, dessa vitória não uma conquista solitária, mas coletiva.

Em primeiro lugar, queria agradecer a DEUS, pai de infinito amor e misericórdia, por ter me permitido realizar esse sonho. A JESUS, nosso mestre maior, por ter ouvido meus apelos, amparado-me nos momentos de angústia e consolando minha alma para que não fraquejasse.

Ao meu pai, JOSÉ ELISBERTO, homem digno e correto que me conduziu para o caminho da honestidade e responsabilidade. Apesar de suas poucas palavras, seus gestos denunciavam seu grande amor por mim. Muito obrigada paiinho.

A minha mãe, JOSELIA BANDEIRA, o meu exemplo de ousadia. Obrigada por estar sempre pronta a me ajudar. O seu apoio, a sua confiança e o seu carinho foram os oxigênios dessa minha conquista.

A LUIZ, meu irmão querido. Quero agradecer por ter me ajudado a construir uma relação permeada pelo conflito, perdão e compreensão. Certamente, termos vivenciado isso, ajudará a nos tornarmos pessoas diferentes e melhores.

Aos meus AVÓS e AVÔS, encarnados e descarnados, Maria Bandeira, Bárbara e Garibaldi, pelos pensamentos e orações que me fizeram elevavar ao alto, enchendo-me de paz, tranquilidade e confiança.

A PABLO, meu noivo, por ter compreendido os momentos de angústia, tristeza e distância. Muito obrigada, meu amor, pela compreensão, mas principalmente, por ouvir e acreditar nos meus devaneios, ideais e sonhos.

A CONCEIÇÃO ALMEIDA, minha orientadora, mulher audaciosa que vive intensamente suas paixões e ideais. Aprendi com você, Ceíça, a importância da obstinação para se conquistar, recomeçar e reconstruir projetos, planos e sonhos.

A JOÃO BOSCO FILHO, o meu irmão de coração, por feito de mim sua aposta. Seu carinho, zelo e preocupação para que realização nesse mestrado fosse permeada de felicidade, faz com que reafirmemos que somos irmãos de verdade. Muito obrigada por ter feito do meu sonho, o seu também.

Ao GRECOM, Grupo de Estudos da Complexidade, estaleiro do saber, que me possibilitou deslocar da enfermagem, desestabilizar minhas ideias e desconstruir convicções. Foi essa instabilidade que me propiciou compreender a enfermagem, a saúde e a vida de forma mais engaçada e crítica. Não posso deixar de lembrar também que foi por esse grupo que tive a oportunidade singular de conhecer e dialogar com dois dos maiores intelectuais vivos das ciências da complexidade, Edgar Morin e Henri Atlan.

A Wani Pereira que sempre esteve paciente, atenta e disposta a ouvir os meus anseios, acalmar minhas dúvidas e orientar meus questionamentos.

Aos amigos do GRECOM: Louise Gabriela, Laíse Padilha, Francisco das Chagas, Bruno, Wiliane, Daliana, Renata e Leilane por me proporcionarem momentos riquíssimos de aprendizagem, discussão e alegria.

Ao grupo de saúde coletiva da FAEN/UERN do qual faço parte hoje, com muito orgulho. Os amigos MOÊMIA GOMES e WANDERLEY FERNANDES por terem me apoiado incondicionalmente. O olhar preocupado, o conselho acolhedor, o ombro amigo

e o silêncio norteador de vocês, foram fundamentais para que, nos meus momentos de conflitos e dúvidas, eu repensasse e redirecionasse minha vida.

A Abigail Moura, Francisca Valda e Raimunda Germano pelos grandes ensinamentos. Por meio das experiências vividas por vocês, realimentei minha convicção na transformação da história, e, principalmente, na transformação da vida. Vida essa imbricada nas ideias.

Aos amigos eternos, Francisco Rafael, Monaliza Vanessa, Rafaela e Lidiane Vilar, por respeitarem e compreenderem minha ausência e distância. Esse momento, sem dúvida, serviu para reforçamos a nossa amizade.

Ao terminar esses agradecimentos, reconheço que essa conquista não é minha,
mas nossa. Muito obrigada a todos!

RESUMO

Uma proposta de formação em saúde/enfermagem calcada na ciência clássica, no pensamento redutor e no paradigma flexneriano é insuficiente para compreender e intervir de forma ampliada nas necessidades de saúde da população uma vez que é produzida pela fragmentação dos saberes, racionalização do pensamento, tecnificação e biologização das atitudes. É preciso que a formação em saúde/enfermagem oportunize a construção de conhecimentos a partir de uma ciência aberta que possibilite a construção e efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto de emergência de uma formação complexa em saúde/enfermagem, as trajetórias de vida e formação das enfermeiras Abigail Moura, Francisca Valda e Raimunda Germano são exemplos de experiências transgressoras e exitosas que possibilitam inquietar, mudar e transformar padrões de formação e autoformação. O presente estudo é construído a partir da compreensão de “método como estratégia”, defendido por Morin e pelas ciências da complexidade. Tem como objetivos construir as biografias de formação dessas três enfermeiras que expressam um modelo de formação mais totalizador e humanitário; analisar e discutir a partir dos três fragmentos biográficos princípios norteadores para o atual processo de formação em saúde/enfermagem. Das biografias, a coragem e a humildade emergem enquanto princípios balizadores de suas experiências. A humildade não enquanto autodepreciação, nem humilhação, mas enquanto consciência da nossa incompletude e inacabamento, aceitação dos limites e potencialidades e redução da vaidade intelectual. A coragem, por sua vez, é a pulsão humana, incerta por natureza, que nos leva a agir, enfrentar e perseverar em momentos de temor e dificuldades. Uma formação em saúde e enfermagem pautada na coragem e humildade permite que os sujeitos sejam retirados da indiferença, da arrogância, da inércia, do pragmatismo: aposta em sujeitos éticos e políticos capazes de minimizar processos desiguais, desumanos e excludentes. Uma atitude intelectual e profissional que politize o pensamento e a ciência é o que se deve esperar de uma formação complexa na área da saúde, de modo latu na enfermagem em particular.

Palavras-Chave: Formação em Enfermagem. Biografias de Formação. Complexidade. Ciências da Vida.

ABSTRACT

A proposal of formation in health/nursing built on classic science, on reducing thought and flexnerian paradigm is insufficient to comprehend and intervening with an amplified way on health needs of population, given that it is produced by fragmentation of knowledge, rationalization of thought, mechanizing and biological attitudes. It is necessary that formation in health/nursing allows the construction of effectiveness of principles and guidelines of Unique System of Health (Sistema Único de Saúde - SUS). In this context of emergency of a complex formation in health/nursing, life trajectories and formation of the nurses: Abigail Moura, Francisca Valda and Raimunda Germano are examples of transgressor and successful experiences which allow inquietude, changing and transforming formation patterns and self-formation. The present study is built from the comprehension of "method as strategy", defended by Morin and complexity sciences. Has as objects building biographies of formation of these three nurses who express a formation model more totalizing and humanitarian, analyzing and discussing starting from the three biographic fragments guiding principles for the current process of formation in health/nursing. From the biographies, the courage and humbleness emerge as landmarking principles of their experiences. Humbleness neither as self-depreciation nor humiliation but as consciousness of our uncompleted and unfinished essence, acceptance of boundaries and potential and reduction of intellectual vanity. Courage, for its part, is the human pulsing, uncertain for nature, which brings us to act, to face and persevere on moments of fear and difficulties. A formation in health and nursing based on courage and humbleness allows the subjects to be taken away from indifference, arrogance, inertia, pragmatism: bets on ethic and political subjects capable of minimizing unequal, inhumane and excluding processes. Na intellectual and Professional attitude which politizes the thought and science is what must be expected from a complex formation in health field, in latu mode on nursing, in particular.

Keywords: Formation in Nursing. Formation Biographies. Complexity. Life Sciences.

SUMÁRIO

COMEÇO DO RECOMEÇO...	10
<i>Caminhos e percursos...</i>	16
AS CIÊNCIAS MODERNAS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	22
ENFERMEIRAS QUE SÃO ESCOLAS DE VIDA	53
<i>Abigail: transgressora apaixonada.....</i>	55
<i>Francisca Valda: uma militante audaciosa</i>	96
<i>Raimunda Germano: a delicadeza da ousadia.....</i>	122
RESSIGNIFICANDO A FORMAÇÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM	137
REFERÊNCIAS	153

COMEÇO DO RECOMEÇO...

Paredes azuis, salas de aula, um pequeno laboratório, uma pequena biblioteca. Secretaria, sala da direção, um jardim. Professores, alunos, funcionários. Esse é o cenário da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/UERN) onde começa uma fase importante da minha vida, a partir de 2003.

No início desse ano, uma grande dúvida rondava meus pensamentos. Enfermagem ou Biomedicina? Como eu havia sido aprovada no vestibular para esses dois cursos, tinha que escolher. O ingresso no curso de biomedicina só ocorria no segundo semestre de cada ano letivo; então, resolvi cursar enfermagem para experimentar e vivenciar um pouco sua dinâmica e assim poder escolher mais conscientemente que profissão eu iria seguir. Afinal, a minha primeira escolha sempre foi biomedicina. O que faria eu escolher a enfermagem? Para muitos, segunda opção da medicina, trabalhadores desvalorizados, mal remunerados e desmotivados. Era sem dúvida, para esses muitos, um equívoco, ou melhor, uma loucura optar pela enfermagem em vez de biomedicina, considerado um curso promissor.

Diferentemente de muitos dos meus colegas, eu havia construído um perfil de enfermeiro muito distante do ideário hegemônico em torno do hospital, das técnicas e das seringas. Isso não quer dizer que eu seja uma pessoa excepcional, mas revela uma representação de enfermagem construída, ao longo de minha vida, baseada na imagem que construí de minha mãe, Joselia Bandeira de Moura, enfermeira da extinta Fundação de Saúde, funcionária da Secretaria Municipal de Saúde, fiscal da vigilância sanitária e professora da FAEN/UERN¹. Os espaços profissionais que ocupou e as funções exercidas fogem do estereótipo construído em torno do ser enfermeira. Era isso que me alimentava.

Um pouco confusa, a cada dia, a cada disciplina e a cada discussão, eu estava tentando construir a minha decisão: a enfermagem. O contexto da saúde/enfermagem é conflituoso, contraditório, instigante e extremamente desafiador. Essas características contribuíram para abalar e romper muito dos

¹ Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/UERN).

meus valores e concepções de mundo. Essa instabilidade fez emergir em mim, o medo, a incerteza, mas também uma louca paixão. Como afirma Nise da Silveira (2009), a loucura nada mais é do que um dos vários estados do ser e permite, inclusive, desconstruir, construir e transgredir concepções, projetos e movimentos. Essa loucura que permeava minha escolha foi imprescindível para o sujeito que sou hoje, com os meus sonhos e ideais.

Ao ingressar no segundo ano do Curso, parecia que minha decisão estava mais nítida. Uma nitidez que fazia emergir o senso de responsabilidade. Reconhecia, a cada instante, que a enfermagem estava sendo construída com base em conhecimentos fragmentados/fragmentadores. Os sujeitos humanos não passavam de meros objetos decompostos em partes e susceptíveis à manipulação. Longe de se perceber o sujeito em sua integralidade, as práticas em saúde/enfermagem apontavam para a padronização dos sujeitos por meio de teorias, sistematizações da assistência e protocolos. Essas atitudes estavam voltadas para atender à lógica da produção capitalista através da busca pela produtividade, eficiência e eficácia.

Em contrapartida, os questionamentos, reflexões, práticas e teorias que eu estava vivenciando na faculdade me possibilitavam perceber e compreender que a práxis em saúde tinha um compromisso maior que é concretização do Sistema Único de Saúde (SUS)². Explicitar esse compromisso mostrava a insuficiência de uma formação técnica e exigia a sua ampliação para as dimensões éticas e políticas em defesa de princípios mais humanos e totalizadores que possibilitassem a transformação de condições desiguais e desumanas de viver. Na FAEN/UERN, o espaço mais instigante e problematizador foi a Saúde Coletiva, em especial as

² As décadas de 1970 e de 1980 representam um período marcante para a sociedade brasileira. É o momento de luta contra o autoritarismo, à ditadura, e a busca dos direitos para a construção da democracia no país. Nesse contexto, efervesce e consolida o movimento da Reforma Sanitária, movimento social, político e ideológico, de rediscussão da política de saúde brasileira a qual vislumbrava uma “Reviravolta na Saúde” (ESCOREL, 1998).

A Reforma Sanitária é um movimento que não se restringia a legalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), mas é um movimento social que vislumbra promover uma mudança paradigmática e pragmática em saúde, reorientando assim a produção dos serviços, as concepções, a gestão, a formação em saúde. Nas palavras de Arouca (1998) a Reforma Sanitária foi (...) uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. Ela nasceu da luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Portanto, O SUS, é materialização desses ideais do movimento de Reforma Sanitária, orientado por princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, equidade, participação popular e descentralização.

ideias dos professores. Foi, nesse lugar, que me foi possibilitado ampliar compreensões a respeito da sociedade, da vida, da saúde, da enfermagem e da universidade. Rediscutia objetos, instrumentos e compreensões em saúde/enfermagem com a finalidade de formularmos uma crítica às necessidades de saúde historicamente associadas às doenças.

A FAEN não tem ficado à margem do movimento da educação e da saúde. Assim, ao longo das últimas décadas do século XX vem implantando seu Projeto Político-Pedagógico, buscando construir marcos teóricos e metodológicos (re)orientadores do ensino e do trabalho da enfermagem, de modo que seja capaz de se colocar, como atriz, no cenário de produção dos serviços de saúde, dentro de uma organização do trabalho, e de um novo modo de produção dos serviços de saúde (MOURA; LIMA *apud* MIRANDA, 2003, p. 185).

Minha formação semeava uma crítica transformadora com o intuito de promover a “superação do modelo médico assistencial privatista e a construção de um modelo integral que privilegie a promoção da saúde e a prevenção de riscos e agravos, ao mesmo tempo que resgate dimensões éticas e culturais essenciais ao cuidado à saúde das pessoas e dos grupos da população brasileira (TEIXEIRA *apud* PAIM, p. 170, 2009).

A construção dessas reflexões ao mesmo tempo que me ajudou a entender alguns processos antes nebulosos, instigava-me a perceber novos conflitos que se faziam no espaço da saúde com consequentes repercussões para o trabalho e para a formação em enfermagem. Resignar-se, abster-se ou se inquietar e lutar? Foi pelo segundo caminho, caminho da crítica enquanto práxis transformadora, que optei. Posso dizer, hoje, que esse período contribuiu para aflorar o desejo pela justiça e o sonho de construir um mundo melhor. É, sem dúvida, a conformação de uma proposta política de formação em saúde/enfermagem que estava sendo lapidada desde 1988.

Um evento importante nessa caminhada foi o processo seletivo para o Programa de Educação Tutorial em Enfermagem de Mossoró (PETEM) em 2004. Esse programa é reconhecido historicamente pelo incentivo à pesquisa e ao ensino. Na seleção do PETEM, são escolhidos os melhores. Participar ou não participar do

processo seletivo que escolhe a elite pensante da FAEN/UERN? O processo de decisão foi permeado por muita angústia, pois representaria abrir ou fechar a porta para um perfil ideal de acadêmico de enfermagem. Para surpresa e estranhamento de muitos, optei por não fazer. Muitos ainda hoje reforçam que minha escolha se deu por medo de não passar e, com isso, denegrir minha imagem. Para eles, escolhi o caminho mais cômodo – a indiferença. Para outros, revelava a minha fragilidade teórica o que reforçava os comentários de lugar privilegiado de filha da professora Josélia. Para alguns, muito poucos, representava uma escolha política. Penso que foi esse o motivo, mesmo que não muito claro na época.

Que caminhos então privilegiei?

Monitoria de Epidemiologia, Centro Acadêmico, Monitora do Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária (PRONERA) para formação de técnicos em enfermagem e a pesquisa. Esses espaços contribuíram para desabrochar e consolidar intensas e avassaladoras paixões: a Educação e a Saúde Coletiva. Com essas experiências, aprendi a reconhecer a força dos movimentos de luta, a importância de parceiros e aliados para construção de projetos coletivos e a relevância que o sonho e o ideal têm para nos impulsionar a lutar. Aprendi ainda que, em meio aos fracassos e as decepções, sempre tiramos ensinamentos que nos fazem amadurecer e crescer.

A construção do meu estudo monográfico de graduação “A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO CRÍTICO-REFLEXIVO DA FAEN/UERN NO CONTEXTO DA NOVA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO” foi um momento rico que ilustra um pouco da minha trajetória de interesses e paixões, pois ele representou um momento de síntese, pela pesquisa, das minhas duas grandes paixões.

Conclui o curso de enfermagem no ano de 2007. No ano seguinte ingresso, na condição de docente, na Universidade Potiguar – Campus Mossoró (UnP). Foi uma experiência muito importante e desafiadora, pois estava diante de um terreno instável que questionava muitas das minhas convicções. Deparava-me em uma instituição privada de ensino superior caracterizada por sua lógica privatista e neoliberal. Salas numerosas, docente horista, busca pela eficiência, centralidade no modelo biomédico, compreensão de formação e universidade como negócio e empresa. Paralelo a isso, a aproximação com os serviços de saúde/enfermagem,

favorecida pelo ensino, fazia com que eu percebesse que ainda era forte nos discursos e práticas o modelo curativo, biologicista e fragmentador .

Questionava-me então, se seria possível encontrar interfaces em interesses e ideais tão distintos e contraditórios? Se era possível fazer com que a minha experiência, meus ideais e concepções de formação pudessem vazar e se desdobrar em atitudes transformadoras diante de práticas conversadoras? Como pensar em uma formação voltada para instigar uma atitude ético-política transformadora, se há uma ênfase no modelo biomédico, nas disciplinas e no pensamento binário? O sonho de uma formação em saúde emancipadora, crítica e transformadora é uma ilusão?

Para essas perguntas, tenho encontrado respostas provisórias que me derrubam e me fortalecem. Encontrei, também, microespaços e estratégias de resistência que fizeram reascender o compromisso e a esperança com uma formação em saúde/enfermagem de qualidade, leia-se aqui, qualidade para a vida e, portanto, comprometida com o Sistema Único de Saúde.

Em 2009 ao ingressar no Mestrado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte perguntava a mim mesma: que princípios são indispensáveis para o processo de formação em saúde/enfermagem no atual contexto planetário? Nesse mestrado, buscava encontrar alguns caminhos e respostas às problemáticas da formação em saúde/enfermagem. Um espaço para refletir, ampliar e construir conhecimentos que pudessem ressignificar o processo de formação em saúde/enfermagem que está historicamente alicerçado no modelo biomédico, no pensamento linear e no paradigma cartesiano. Contribuir, teoricamente, na construção de novas formas de pensar a formação e consequentemente a prática em saúde/enfermagem foi o motivo que me mobilizou durante esses dois últimos anos.

Reconheço que estar cursando o Mestrado em Educação tem me permitido um amadurecimento e aprofundamento epistemológico e filosófico de questões fundamentais sobre o conhecimento, a educação e a formação em saúde/enfermagem. Um espaço que tem alargado as minhas convicções e compreensões, possibilitando construir estratégias para o pensamento e para minha prática.

É nessa perspectiva que vou tecendo o trabalho. Um estudo que aponta a necessidade de uma educação que invista na (re)construção de um novo saber, de um novo ser, ressignificadora da vida e que contribua, simultaneamente, com mudanças paradigmáticas e pragmáticas na saúde e na enfermagem. A construção desse estudo caracteriza-se como mais uma síntese provisória de questionamentos e possibilidades que têm permeado minha trajetória. Essa pesquisa se propõe a não ficar somente no diagnóstico da realidade.

Reconheço que fazê-lo é necessário, porém insuficiente para construirmos um futuro diferente. É, portanto, um trabalho que tenta ousar na hibridação do diagnóstico com exemplos de mudança. Na verdade, é mais um exemplo de sonho, de apostas, de utopia e de esperança da minha trajetória, pois é um estudo que sinaliza a necessidade de discutir, promover e construir conhecimentos capazes de nos fazer compreender, conviver e agir diante de projetos políticos e de práticas em saúde/enfermagem divergentes, antagônicas e conservadoras.

Diante disso, parafraseio Morin (2005) para dizer que em um contexto contraditório e nebuloso em que coexistem incertezas, avanços, dificuldades, crises éticas e ideológicas ainda há ilhas de resistência e de mudança e são nelas em que devemos apostar. Por mais que sejam isoladas e pontuais, elas nos revelam e sinalizam a possibilidade de mudança e a esperança em um outro futuro. Para mim, algumas dessas ilhas são: **Abigail Moura, Francisca Valda e Raimunda Germano**, enfermeiras que transcenderam o microespaço do estado potiguar e contribuíram para a construção de uma nova forma de pensar e fazer na enfermagem e na saúde brasileira. Profissionais reconhecidas e respeitadas na área pela seriedade, responsabilidade e compromisso, e que foram capazes no seu tempo de ousar, transgredir e mudar.

As ilhas que escolhi são diversas, polissêmicas e diferentes. Ora se aproximam, ora se distanciam pelo tempo, pelo espaço, pela área do conhecimento e pela inserção social. Mas é, sem dúvida, nessa pluralidade que se torna possível a troca de informações, ideias, experiências e opiniões. Como afirma Morin “o intercâmbio das ideias produz o enfraquecimento dos dogmatismos e intolerâncias, o que resulta no seu próprio crescimento” (2002, p. 34). Cria-se, assim, um universo

de ideias intensas, complementares e divergentes que propiciam a autonomia do sujeito, as rupturas e os desvios necessários para mudanças.

Com isso, pretendo nesse estudo construir fragmentos biográficos de formação de três enfermeiras: Abigail Moura, Francisca Valda e Raimunda Germano que expressam um modelo de formação mais totalizador e humanitário; e, ainda, analisar e discutir com base nos três fragmentos biográficos princípios norteadores para o atual processo de formação em saúde/enfermagem.

Caminhos e percursos...

A formação em saúde/enfermagem acompanha as transformações presentes na sociedade que é permeada por valores, atitudes, historicidade, dinamicidade e incerteza. Ao reconhecermos esse universo significações, tentamos fazer ciência numa perspectiva que avance em relação ao Paradigma Ocidental que se alicerça, principalmente, na generalização indicada pela padronização/repetição e na separação entre sujeito-objeto supostamente fundamentando a neutralidade e a objetividade científica.

Essa vivência do padrão e da repetição oferece um panorama ilusório e utópico de realidade que passa a ser apresentado como linear e desprovido das subjetividades e valores do observador. Morin, Prigogine, entre outros pensadores, são enfáticos em demonstrar que a realidade se constrói a cada instante, sendo, portanto, mutável, incompleta, inacabada e em permanente evolução. A mudança ocorre pela existência do desvio, do incomum, daquilo que foge ao padrão – o acontecimento. “[...] o acontecimento deve ser concebido em primeiro lugar como uma informação que irrompe tanto no sistema social como no sistema mental do sociólogo” (MORIN, 1998, p. 166). Não tencionamos negar a importância da ordem, do padrão, pois reconhecemos que eles são entrecortados pela desordem que modifica a realidade, e conseqüentemente, os sujeitos que vivem e a estudam.

Quando se separa o sujeito das coisas “[...] tem por suposto uma realidade já dada, a ser descoberta, manipulada (analisada e, por fim conhecida)” (ALMEIDA, 2006, p. 2). Nessa perspectiva, existe uma realidade pronta e acabada em que o pesquisador, dotado de técnicas e habilidades ‘infalíveis’, como por exemplo, a

observação e a experimentação, irá captar, apreender, e catalogá-la. Assim, o pesquisador é, apenas, um expectador da vida, desprovido de ideários, medos, história e paixão. Morin apud Almeida (2006, p. 7-8) contribui com a discussão ao colocar a necessidade de

[...] reintroduzir o sujeito no conhecimento e o conhecimento no sujeito. [...] o processo cognitivo é a conjugação (em dosagens sempre variadas, tanto no nível individual, quanto coletivo e histórico) de três domínios de aptidões que constituem o propriamente o humano: pulsão, razão e emoção. É a conexão entre esses três domínios que constitui uma certa estrutura a partir da qual os acontecimentos acumulados e as informações que nos chegam são retotalizados, significados, compreendidos, avaliados e julgados.

Nesse sentido, ancoramo-nos nas perspectivas do pensamento complexo, proposto por Edgar Morin, que fundamenta o Método Complexo. Nas palavras do autor (1998), é um método in vivo. A pesquisa, assim, não é um fim em si mesma, porém é como um organismo vivo e pulsátil que transcende conclusões absolutas, ramificando-se e reproduzindo-se. Reconhecemos, portanto, a pesquisa em uma realidade que muda e, como é vida, não pode ficar presa, trancafiada, enquadrada em regras rígidas e predeterminadas por uma metodologia programática. Almeida (2009, p. 107), complementando a discussão, coloca que esse método está “em permanente reconstrução, [sendo] capaz de articular objetividade e subjetividade. Princípios gerais que apelam e exigem criatividade, sensibilidade e inventividade do pesquisador, ao mesmo tempo em que permitem distinguir rigidez de rigor científico”.

Devemos reconhecer que a pesquisa cria-se e recria-se diante do percurso. Isso não significa ausência de rigor científico, mas a possibilidade da criatividade, da mudança, da autonomia e autorreflexão do pesquisador. Dessa forma, ela deve ser compreendida enquanto estratégia.

O pesquisador enquanto estrategista não pressupõe atitudes de improvisação, mas reconhece que é, na experiência, que o método se constrói. “[...] O método emerge durante a experiência e se apresenta ao final, talvez para uma nova viagem” (Morin 2007, p. 24). O inesperado é repensado, reorientado, e não negado. Constroem-se então, novas estratégias para novos caminhos. Isso se opõe a concepção de programa metodológico, pois

O programa constitui-se uma organização predeterminada da ação. [Já] A estratégia encontra recursos, faz contornos, realiza investimentos e desvios. [...] A estratégia tira proveito de seus erros. O programa necessita de um controle de uma vigilância. A estratégia não só necessita deles, mas também, a todo momento, de concorrência, iniciativa, decisão e reflexão. (MORIN, CIURANA, MOTTA, 2007, p.29).

Com base nessa compreensão, buscarei analisar e discutir o processo de formação em saúde/enfermagem a partir dos fragmentos biográficos de formações de Abigail Moura, Francisca Valda e Raimunda Germano as quais reforçam o argumento de que não existe sujeito cindido da produção do conhecimento “é o sujeito, encarnado nas ideias quem fala sempre. E por inteiro” (Almeida, 2006, p. 295) e comunga com a ideia de Morin (2003, p. 8) que afirma “não sou daquele que tem uma carreira, mas dos que têm uma vida”.

Essas biografias fazem parte de um contexto de formação que se encontra em um tempo no passado, mas que inegavelmente

permitirá a qualquer leitor compreender o que há de comum e singular em nossas vivências humanas – tão próximas e tão distantes. Se as experiências são intransferíveis, o seu compartilhar, pelas palavras, pode nos fazer entender que não há nada de tão absolutamente singular como pensamos. (XAVIER, 2010, p. 12).

Isso significa dizer que encontraremos nelas a verdade? Morin (2003), em sua obra autobiográfica - Meus Demônios - questiona se será capaz de ser verídico naquilo que ele irá contar sobre si mesmo. E com uma resposta bastante intrigante e desafiadora, responde:

Sei que todo conhecimento de uma sociedade, de uma história, de uma vida, inclusive a própria, é, ao mesmo tempo, uma tradução e uma reconstrução mentais [...] Sei não apenas que a percepção de um conhecimento pode incluir seleção do que parece principal, ocultação ou esquecimento do que incomoda, mas também que a lembrança pode alterar seriamente o que ela rememora. Sei que as ideias que nos são necessárias para conhecer o mundo são, ao mesmo tempo, o que nos camufla este mundo ou o desfigura. Sei também que olhar do presente retroage sempre sobre o passado

histórico ou biográfico que examina. E que ninguém esta imune à mentira a si mesmo (MORIN, 2003, p. 10).

Afirmar e reconhecer isso não é uma apologia ao equívoco e ao erro que, para muitos, se desdobra na ausência de rigor na ciência. Contudo, reforça o caráter de uma ciência aberta que propõe construir verdades momentâneas, pois acredita que fundamentar o conhecimento e a aprendizagem na certeza e no verdadeiro constrói ideias em um terreno frágil que impossibilita reorganizações. Segundo Morin et al (2007, p. 27) “não se nega a verdade, mas o caminho da verdade é uma busca sem fim. Os caminhos da verdade passam pelo ensaio e pelo erro; a busca da verdade só pode ser feita através do vagar e da itinerância; a itinerância implica que é um erro buscar a verdade sem buscar o erro (Carlos Suares)”.

Ao construir esses fragmentos biográficos, não há a intenção de defender um modelo ideal de vida-formação no qual todos devem seguir como uma receita. Significa, no entanto, aprender com elas. Ressignificar as experiências narradas, edificar novas ideias e construir novos horizontes. É compreender que podemos abstrair alguns ensinamentos com o que foi compartilhado. É fazer dessas experiências um operador cognitivo, assim como foi o cinema para Edgar Morin, que mesmo não tendo vivido o cinema, foi capaz de acionar identificações e projeções que potencializaram estados do ser que se encontravam adormecidos.

É importante considerar que trabalhei com a concepção de narrativa baseada em CYRULNIK (1990, 2004, 2005) que não se caracteriza por um processo linear de encadeamento de fatos reais. Ela aborda partes da história do sujeito da qual lembramos³ em um processo permanente de recriação. Com isso, não retornamos ao passado, mas o evocamos, abrindo-se, então, a possibilidade de autorreflexão e reinvenção de si, para interpretarmos o presente e projetarmos um futuro.

Quando narramos, compartilhamos com o outro o que julgamos pertinente, marcante e significativo. Esse ato possibilita modificar o mundo de quem fala como também de quem ouve, isso porque esse processo instiga a reflexão e a interpretação do outro a partir da experiência narrada.

³ A lembrança, que pode ser clara ou nebulosa, se faz de acontecimentos significativos, salientes que saltam a nossa consciência a partir da memória, modificando a própria vida. Estas lembranças “são verdadeiras como as quimeras”. (CYRULNIK, 2005, p 98).

Para construir as biografias, recorri como principal estratégia a entrevista. Parto da compreensão de que a mesma não é um processo diretivo e inquisidor, mas um diálogo norteado por um roteiro aberto e (re) construído na própria conversa. Enfim, é um fluxo de comunicação⁴, em que “o imaginário e o real poderão está intimamente ligados, pois o sujeito dirá ao mesmo tempo aquilo que é, aquilo que julga ser, o que desejaria ser [para ele]” (MORIN, 1998, p. 189).

A entrevista constou se duas questões norteadoras: Conte/Fale sobre o seu processo de formação. Momentos, experiências, projetos importantes para sua formação. Por que você destaca esses elementos? E que influências o tempo, a família, os movimentos sociais, entre outros, você recruta como importantes para sua autoformação? Por quê? Em meio à entrevista, foi necessário fazer questões pontuais para que as interlocutoras pudessem aprofundar algumas experiências que estavam sendo narradas.

“[...] Tudo na entrevista, depende de uma interação pesquisador-pesquisado” (MORIN, 1998, p. 186). O pesquisador-entrevistador enquanto ser dessa relação também se comunica e por isso há necessidade da autocrítica, mantendo sempre o distanciamento e a proximidade necessária. O entrevistador deve ser completo. Para Morin, ele deve ser um sujeito “[...] polivalente capaz de ser provocador e ao mesmo tempo [ser] ouvinte” (1998, p. 193).

Diante dessa riqueza de material empírico, resolvi organizar os fragmentos da narrativa de vida e de formação dessas enfermeiras numa perspectiva tematizada inspirada nas obras *Meus Demônios* de Edgar Morin; *Viajante das águas*, imaginário amazônico e *Narrativas de um tempo*, escrituras da alma organizados Farias (2008) e Almeida e Farias (2010), respectivamente. Essa estratégia possibilitou abstrair e enfatizar acontecimentos marcantes ao mesmo tempo que conferiu leveza, estética, coerência e coesão ao texto.

Ao terminar o primeiro esboço das biografias, emergiu a necessidade de um novo encontro. Foi necessário que as interlocutoras pudessem ler o material para modificar, ajustar, retirar e colocar aquilo que elas achavam pertinente. Esse momento de reorganização permitiu uma autocrítica e garantiu que o texto biográfico apresentado na dissertação refletisse o pensamento das entrevistadas, reforçando,

⁴ Baseada em Cyrulnik (1990) a comunicação está para além das palavras, havendo também uma comunicação pré-verbal – realizada pelo corpo – como também o próprio silêncio.

assim, uma ética na pesquisa e um respeito aos sujeitos que dela participaram. Nesse segundo momento, foram solicitadas fotografias de situações representativas da vida acadêmica e profissional.

A dissertação se desdobra em três capítulos. No primeiro, problematizamos o atual contexto planetário a partir das construções paradigmáticas nas ciências e seus desdobramentos para a sociedade, a saúde e o processo de formação em saúde/enfermagem. No segundo capítulo apresento os fragmentos biográficos das três interlocutoras do estudo: Abigail Moura, Francisca Valda e Raimunda Germano. E no terceiro, discuto valores e princípios, como a coragem e a humildade, enquanto princípios necessários para um pensar e um fazer na formação em saúde/enfermagem que esteja numa perspectiva mais transformadora e retotalizadora do sujeito, da saúde, da enfermagem e da própria sociedade.

AS CIÊNCIAS MODERNAS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Vivemos na contraditória e confusa condição de criadores e criaturas, produtos e produtores do emaranhado mundo contemporâneo. Passo a passo, tecemos caminhos incertos que se confundem e se embaralham em destinos que nem sabemos se podem existir.

A lógica capitalista, com sua busca incessante pela eficiência e eficácia, enquadra a vida humana em padrões, ritmos, regras, e modelos controlados pelo tempo definindo o que se deve ver, ouvir e sentir. Enfatizam-se a técnica, o racionalismo e a objetividade, menosprezando, muitas vezes, a qualidade, os sonhos, a política e a ética.

Essa devastadora lógica envolve o homem de tal forma que faz com que ele se feche em si mesmo, se sinta inseguro, medroso e individualista. É habilidoso tecnicamente, mas incapaz de encontrar e se envolver com o outro e com o mundo a sua volta. Enquanto as máquinas estão cada vez mais com as características dos homens, os homens estão cada vez mais maquinais. O desenvolvimento da informática e cibernética contribui para que vivamos em um mundo virtual, abstrato, irreal em que nos afastamos das pessoas e das reais problemáticas do mundo como as crises econômicas, políticas, sociais e ecológicas.

“Nosso mundo é glorificado enquanto mundo dos artefatos, um ‘universo de objetos’ cujo ‘formigamento’ e engenhosidade merecem celebração” (BALANDIER, 1999, p. 78). A ciência com a promessa de promover o desenvolvimento, um mundo de melhoria infinita e um contraponto a esse mundo de desafios e crises, emerge no século XVII, o século das luzes, enquanto a prática que vem possibilitar essa celebração. A luz que foi acesa por ela, iluminada pela razão, deixa no escuro outras formas de pensar, conhecer e representar o mundo. Filosofia, religião, arte, saberes da tradição⁵ passam a ser esquecidos e desclassificados, pois se instaura um processo de construção de verdades e explicações que perpassam, apenas, por um homem livre e racional.

⁵ Os saberes da tradição são produzidos pelos intelectuais da tradição, sujeitos que operam mais próximo da natureza e mais distantes de uma educação formal. “Por conviver com intimidade com outros sistemas leitores do mundo, por desenvolver uma escuta e uma visão mais apuradas dos fenômenos físicos, do comportamento dos animais e plantas e das dinâmicas climáticas, os intelectuais da tradição parecem perceber com mais facilidade e nitidez a dialógica entre diversidade da natureza e a unidade do padrão que interliga” (ALMEIDA, 2010, p.75).

Imbuída de critérios de verdade, construídos por técnicas e regras, a ciência inicia uma aventura na história da humanidade inimaginável, pois se torna senhora dos destinos humanos e a única construtora de verdades. Seu poder de decifração da realidade e explicação dos fenômenos enfeitiçam os homens, pois os transforma em reveladores dos mistérios da vida e construtores de novas realidades. Com isso, o mundo se rende aos seus encantos e faz com que afirmemos que o seu surgimento provocou uma revolução irreversível na história do homem. É um imaginário que se constrói a partir da aliança entre o saber e o poder-fazer em que se elaboram múltiplas representações de uma realidade que pode ser manipulada e dominada.

A crítica às ciências modernas, feita por Prigogine e Stengers (1991), identifica na tríade manipulação-simplificação-disjunção. Essa tríade constituirá e consolidará o Paradigma da Ciência Ocidental que obedece a “um princípio de ordem (que exclui a desordem), de distinção (que exclui as aderências, participações e comunicações), de disjunção (que exclui o sujeito, a antinomia, a complexidade) isto é, um princípio que liga a ciência à simplificação lógica” (Morin *apud* Almeida, 2009, p. 107).

A razão, em sua forma patológica, ou seja a racionalização, torna-se a bússola que direciona o olhar investigativo e a lâmpada que ilumina esses caminhos. Essa razão fechada recusa o reconhecimento das emoções, dos desvios, das metáforas e dos mitos. Tais cosmologias do pensamento são consideradas irrelevantes e irracionais, pois expõe a face de um homem susceptível ao erro, ao equívoco e a ilusão, como também a um criador de sonhos e utopias. Ora, são justamente o erro, sonhos e utopias as estratégias cognitivas que fecundam o devir em todas as sociedades humanas de ontem, de hoje e de amanhã.

Reconhecemos que viver, a partir da razão, é imprescindível para a aventura humana, pois é ela que garante a construção de explicações lógicas coerentes com a realidade empírica. Contudo, defender que toda e qualquer explicação perpassa por razão, torna a produção do conhecimento e a busca de explicações uma forma insuficiente de compreender a realidade.

O conhecimento produzindo por essa concepção de ciência se traduz no reflexo perfeito do real, pois utiliza um método rigoroso e principalmente rígido

formado pela observação, verificação, experimentação e comprovação. A natureza e a vida, por serem regidas por leis universais e determinísticas, passam a ser compreendidas enquanto estáveis e translúcidas, estando portanto, susceptíveis à decifração e à manipulação pelo homem. Quanto ao culto ao rigor nas ciências modernas é pertinente uma ressalva. Almeida faz uma distinção entre rigor e rigidez. Na verdade, o que os manuais e protocolos da ciência chamam de rigor é mais propriamente rigidez, uma vez que é “expresso e aferido por critérios de formalização excessiva, quantificação, padronização e imutabilidade de descrições e interpretações de um fenômeno” (ALMEIDA, 2010, p.33).

O que precisa ser estudado e dito revela-se na repetição e na construção do padrão homogeneizado. Apaga-se e nivela o plural, o desvio e o diverso. Os valores, as concepções e as crenças são negados e esquecidos. Separam-se os sujeitos das coisas, imperando os princípios da neutralidade e da objetividade. Elimina-se o sujeito produtor do conhecimento, tornando-o um ponto distante do mundo a ser investigado. “A morte do homem, que anuncia tantas outras mortes, é o preço a pagar por um conhecimento objetivo. O ser humano torna-se objeto: objeto da exploração do homem pelo homem, objeto de experiências de ideologias que se anunciam científicas” (NICOLESCU, 2008, p. 23).

O método produzido por Descartes, conhecido como cartesiano, ampliará essa separabilidade sujeito-objeto, pois defende que só podemos conhecer o real decompondo-o em suas partes. O complexo é reduzido ao simples; e o múltiplo, ao único. A constituição e análise da menor parte instaura um processo de especialização do saber, culminando, nos nossos dias, com sua forma mutilante que é a superespecialização.

A rarefação das comunicações entre as ciências naturais e humanas, o fechamento disciplinar (apenas pela insuficiente interdisciplinaridade), o crescimento exponencial dos saberes separados, lavam cada um, especialista ou não, a ignorar cada vez mais o saber existente. O mais grave é que tal situação parece evidente e natural (MORIN, 2005, p. 19-20).

A disjunção e a fragmentação esfacelam o conhecimento distanciando-o de nós e do mundo. O superespecialista torna-se um ignorante a tudo que está fora de

sua disciplina e do seu fragmento investigativo. É um cego diante de um mundo construído por processos e relações dinâmicas e complexas. Dessa forma, produz uma ética distorcida e até muitas vezes reacionária que se aproxima de interesses mercadológicos, capitalistas e utilitaristas.

Ao fazer essas considerações, não negamos os avanços e conquistas que esse modelo de ciência produziu na biologia, na física, na química como as descobertas do DNA, a teoria do Big Bang e da relatividade, máquinas, artefatos e tecnologias que aumentaram e melhoraram a expectativa de vida do homem. Descobertas essas, que explicam um pouco mais e um pouco menos quem somos, onde estamos, de onde viemos e que projeto de futuro podemos construir. Além de que, por essa concepção de ciência, podemos construir códigos e senhas que tornaram possível uma comunicação universal na ciência. O reconhecimento desses avanços não pode apagar os limites, os exageros, as simplificações, as distorções e, principalmente, os desastres que foram produzidos a partir dela.

Henri Atlan (2006), em seu livro *o Útero Artificial*, apresenta a possibilidade de se construir, via ciência, um útero artificial. Em outras palavras, é a viabilidade de gerar o ser humano fora do corpo materno. O autor afirma que as técnicas e seus artefatos científicos, como a ectogênese⁶, podem se constituir em um crime contra a humanidade já que elas podem se propor a fabricar seres humanos por medidas cujas características serão determinadas por desejos de terceiros, mais ou menos interessados. Mas ao mesmo tempo, é por esse processo, da ectogênese, que a mulher se libertará da última amarra de diferenciação entre os sexos – a fisiológica – a qual está relacionada à procriação da espécie humana na terra. Nesse sentido, o útero artificial possibilitará a igualdade entre homens e mulheres, a redução dos inconvenientes fisiológicos relacionados à gravidez e ao fim da obrigatoriedade dos laços afetivos e sociais determinados somente pela biologia. Ao mesmo tempo, esse artefato proporcionará uma separabilidade jamais vista na história da humanidade - procriação e gravidez; mãe e filho – e, por conseguinte uma redefinição na identidade feminina construída historicamente em torno da maternidade.

No Livro *do Conhecimento* (1999), Atlan amplia essa discussão afirmando que a ciência é contaditória e ambivalente, visto que produz, simultaneamente,

⁶ Desenvolvimento fora do corpo, especialmente de um embrião de mamífero, num ambiente artificial.

avanços e limites. O conhecimento comporta um lado que faz a sociedade avançar contribuindo na reparação do mal espalhado pelo mundo, pois liberta os homens do trabalho penoso e doloroso, aproxima desigualdades, melhora a vida na terra através de artefatos e tecnologias. Ao tempo tempo, o conhecimento possui um outro lado mais nefasto que contribui para a perpetuação de desastres através de bombas, armas químicas, individualismo, soberba, concentração de renda, manipulação dos seres vivos e exploração da natureza. O conhecimento, portanto, constitui-se em um verdadeiro paradoxo, visto que é, por ele, que a humanidade prova e vive desgraças e sofrimentos, como também alívios e regenerações.

Nesse contexto, o vivo, enquanto objeto das ciências da vida, convive numa polissemia de significados sobre si mesmo e, em especial, sobre a própria concepção de vida. Afinal, o vivo é um conjunto de elementos físico-químicos delimitados por uma membrana? E, a vida é a distribuição e classificação desses seres vivos a partir dos seus aspectos biológicos? Organismos híbridos, transgênicos, pseudo-embriões são alguns exemplos de técnicas, produtos e inovações produzidos pela ciência que inter cruzam o vivo e o não-vivo fazendo com que a linha divisória que separa esses dois domínios se torne cada vez mais porosa.

Atlan (2004) afirma que a noção básica e complexa do humano – a vida – passa a ser questionada ou até mesmo desconstruída, uma vez que essas descobertas científicas têm demonstrado uma continuidade do vivo e não-vivo, do mundo da consciência humana e o mundo sem consciência. O autor assegura que o que tem diferenciado o homem de uma nuvem ou de uma ameba é a função que cada um exerce. Essas mudanças, portanto, instigam as ciências da vida a repensar e ressignificar conceitos, finalidades, concepções e práticas a respeito do vivo e da própria vida.

Mediante essas mudanças, não podemos deixar de lado, como coloca Canguilhem *apud* Portocarrero (2009, p. 134), que “a vida não é estática, não é um conjunto fixo de leis naturais. Ela envolve, em qualquer forma que se possa tomar, a autopreservação por meio da auto-regulação. Está é a especificidade da vida da qual não se pode escapar”. Emerge, portanto, uma posição ética diante da preservação da vida, mas, sem deixar de lado elementos como prazer, respeito e dignidade.

A racionalização, fragmentação, neutralidade, simplificação, tecnificação - enquanto princípios e concepções que caracterizam o paradigma da ciência ocidental - ganharam espaço na construção da própria vida determinando formas de viver, de trabalhar e de se relacionar com os outros e consigo mesmo, definindo, inclusive, o que é vivo e não-vivo, normal e patológico, vida e morte, saúde e doença. Dessa forma, as ciências da vida, em especial, a área da saúde, não ficaram imunes e inertes diante de todas essas mudanças na sociedade.

No campo da saúde, percebemos que a Medicina toma para si esses saberes e princípios conseguindo instituir, inclusive, um paradigma da Medicina Científica, que é constituído por uma clínica individual, orientada pelo saber médico, centrada no hospital e que tem por base o cientificismo cartesiano-positivista.

Louis Pasteur, em 1860, instaura a primeira revolução biomédica: os seres vivos se originam de outros seres vivos! A descoberta do microorganismo não provocou, apenas, uma mudança teórica – Teoria Abiótica para Teoria Biótica – ela trouxe repercussões para a medicina, o ensino, a saúde pública e os governantes, uma vez que se comprovava cientificamente que os microorganismos são os causadores das doenças. Nesse momento, torna-se possível perceber e visualizar o invisível – microorganismo, mas principalmente, se utilizar dele. Inicia, portanto, um processo de experimentação e manipulação do invisível-visível, do vivo-vida.

Os antibióticos, soros, vacinas e antivirais são alguns frutos desse achado que possibilitam aos seres vivos aliviar dores e sofrimentos, combater infecções, prevenir doenças e instaurar processos de cura. É importante destacar que a ciência não descobre sozinha, sempre há experiências precedentes que subsidiam esses achados. Notadamente, com frequência, estão no âmbito dos saberes da tradição. Isso é muito claro em algumas descobertas da ciência, como por exemplo, na vacina contra varíola.

Jenner não descobriu sua vacina como resultado de um longo e árduo trabalho em laboratório. Quando tinha 19 anos, uma ordenhadora disse a ele que ela nunca poderia ter varíola porque ela já havia tido varíola bovina. Jenner lembrou dessa afirmação quando posteriormente, como médico, percebera a inutilidade de tentar tratar a doença. Ele investigou e viu que ordenhadoras quase nunca tinham varíola, mesmo quando ajudavam a cuidar daqueles que estavam sofrendo da doença. Então ocorreu-lhe a ideia de inocular pacientes

com varíola bovina, que era mais letal (COMPERE *apud* Roberts, 1993).

A percepção dos microorganismos e, conseqüentemente a construção da Teoria Unicausal da doença⁷ possibilitaram o fortalecimento e a definição mais clara dos princípios que norteiam o paradigma da medicina científica. Instaura, a partir de então, uma estrutura do pensamento em saúde assentada no raciocínio causal da doença e um processo radical de medicalização das ações em saúde.

Em 1910, são elaborados e difundidos novos princípios para a formação dos profissionais médicos a partir das pesquisas desenvolvidas em institutos como o Laboratório da Fadiga em Harvard e os centros de investigação microbacteriológicas. A medicina científica encontra seu auge, já que há um reforço à clínica individual, o predomínio do biológico, o cientificismo cartesiano, a razão positivista e o recurso técnico instrumental. Essas concepções são consolidadas no Relatório Flexner, que, apesar de inicialmente estar relacionada à formação médica, seus princípios extrapolaram as instituições de ensino e foram capazes de instaurar redefinições de saberes e práticas em saúde consolidando, inclusive, o paradigma flexneriano, que reforçou a hegemonia da Medicina Científica.

Queiroz (2003), ao pensar as práticas em saúde, via medicina, elenca três estágios da relação médico-paciente. Em um primeiro momento, temos a medicina ao lado da cama, na qual o médico está centrado na totalidade da assistência. Em seguida, explicita-se a medicina hospitalar para a qual o usuário torna-se um caso clínico e a doença se resume a dados objetivos encontrados nos sintomas e achados clínicos. E por fim, tem-se a medicina laboratorial que intensifica o uso experimental fazendo com que o paciente deixe de ser um caso clínico para se tornar um objeto a ser manipulado.

Seja a especialização de um caso clínico em meio aos códigos pré-estabelecidos ou um objeto passível de manipulação, tem nos dois casos uma dessubjetivação de um sujeito inserido num contexto, com suas dores próprias e seus sintomas atenuados ou ativados

⁷ Essa teoria defende que a saúde é a ausência de doença, e que essa por sua vez é provocada por um desajuste orgânico-funcional causado por um microorganismo. Arraigada no positivismo, ela teoria baseia-se no observável e comprovado cientificamente, tanto no que se refere às doenças quanto aos métodos de intervenção. Há, simultaneamente, uma ênfase no agente etiológico e na doença e uma anulação do contexto e do homem.

pelas nuances de sua história, do seu entorno e de suas circunstâncias (Bosco Filho e Almeida, 2007, p.130).

A ampliação da compreensão de saúde-doença para uma rede de causas, a Teoria Multicausal, ocorridas por volta de 1965, a partir das incongruências entre os avanços tecnológicos e avanços sociais, e principalmente, devido ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial, diabetes e câncer, não indica o fim da hegemonia da medicina científica. Mesmo com a variante mais dinâmica dessa teoria – História Natural das Doenças de Leavell e Clarck, não inclui outras causas para desencadear as doenças através de uma rede rica e complexa de relações causais. É sim um conjunto de causas, reunidos pela soma e subtração, pressupondo, portanto, a identificação de um vínculo causal capaz de instaurar a doença.

Reafirma, portanto, um pensamento pautado na causa-efeito, cuja ação em saúde deve estar voltada para essa única causa, empreendendo, portanto, intervenções pontuais de caráter puramente curativo e paliativo. Na verdade é, mais uma forma de redução-simplificação que reafirma o paradigma flexneriano.

No âmbito das ciências da saúde, é visível a permanência do paradigma flexneriano, que caracterizado por seu modelo da disjunção/fragmentação, estabelece limites e armadilhas que cercam os atos de pensar e conhecer em saúde. Ao manter os padrões dicotômicos opera certos equívocos, reduções e simplificações como, por exemplo, tomar a parte pelo todo, separar e opor teoria e prática, o saber e o fazer, o sujeito e o objeto, o corpo e a mente, entre outras oposições supostamente inconciliáveis que acabaram por comprometer durante muito tempo nossa forma de entender o mundo e a nós mesmos. (BOSCO FILHO; ALMEIDA, 2007, p.128-9).

A permanência dos princípios flexnerianos, de uma medicina científica e de concepções sobre saúde-doença pautadas na teoria multicausal, contribuem para que as práticas em saúde/enfermagem estejam alicerçadas em conceitos e ações fundadas em um pensamento disjuntivo e numa razão rígida, controladora e arrogante, que encontra no biologicismo, individualismo e tecnicismo as estratégias de intervenção. A saúde e a doença são compreendidas de forma binária e

dicotomizada, em que estabelecem uma relação linear de causa e efeito, com primazia do homem-corpo doente. Esse homem é fragmentado, pormenorizado em partes cada vez menores. Primeiro, é só um homem desvinculado dos demais, da sociedade, da vida. Depois, é um homem dividido em partes: cabeça, tronco, membros e essas partes, por sua vez, divididas em sistemas, órgãos, tecidos, célula...

O profissional de saúde, um hiperespecialista, desenvolve sua forma de pensar e agir para o homem-parte. São reflexões fragmentadas e de caráter puramente fisiopatológico centradas na razão instrumental. É nesse sentido, que se unidimensionaliza as concepções de homem e de saúde, centralizando-se no individual, na doença e na cura. Os avanços nas dimensões moleculares dos seres vivos, ocorridos no século XX, afunilam cada vez mais a compreensão da saúde/doença a dimensões singulares e ao combate às doenças. Queiroz (2003) ilustra essa caminhada mostrando a descoberta da penicilina por Fleming, dos medicamentos psicoativos, da insulina, cortisonas, vitaminas e o transplante de órgãos.

Sem negar a importância dessas descobertas, mas a ênfase em dimensões cada vez menores dos seres vivos, e, por consequência, da própria vida, provocou um esvaziamento das ações em saúde. A preocupação está em responder, clinicamente, às necessidades humanas através de mais exames, mais remédios, mais hospitais, mais consultas, mais, mais e mais respostas pontuais para problemas complexos e amplos. Nega-se qualquer outra forma de intervenção em saúde que não perpassasse pelo que foi comprovada e chancelado pela ciência. Continua-se a reproduzir e reduzir a prática aos programas ministeriais e ao cumprimento de protocolos, e estes de forma rotineira, mecânica e tecnicista muito mais baseada na queixa-conduta.

Fechamo-nos em consultórios, em Unidades Básicas de Saúde e em hospitais. Tratamos o indivíduo com medicamentos, técnicas e orientações ditas ampliadas, mas que se reduzem a textos mecânicos e decorados. Reproduzimos um modelo clínico hegemônico, reducionista, individualista e pragmático, na saúde/enfermagem, que não avança na perspectiva da compreensão ampliada da saúde, ao mesmo tempo que o saber epidemiológico fica subsumido à clínica e

norteado por uma racionalidade que estratifica a realidade procurando apenas o padrão a partir de quantificação desnaturada e desumanizada do coletivo.

Nesse contexto, nós, profissionais da saúde/enfermagem, não estamos preocupados apenas em curar corpos doentes cuja intervenção está restrita ao procedimento e centrada na racionalidade instrumental. Devemos ter como finalidade maior enfrentar e intervir nos determinantes do processo saúde-doença a fim de contribuir com a diminuição das desigualdades e da exclusão social, bem como com a efetivação da cidadania. Para isso, o conhecimento e as atitudes desenvolvidas por nós devem se alicerçar na indissociabilidade do saber clínico e epidemiológico. Falar da religação desses saberes significa colocar na arena cognitiva e prática, concepções, lógicas, e objetos distintos, mas complementares em que articulados serão capazes de propiciar uma compreensão alargada, esgarçada e crítica de interesses, desejos e determinantes da produção social da saúde. A articulação dos modelos clínico e epidemiológico deve estar pautada por uma compreensão ampliada de saúde em que saúde não seria mais vista como ausência de doença, mas um processo, o processo saúde-doença, fruto de determinações sociais, econômicas, políticas e culturais na inserção do sujeito nas suas realidades de vida.

Religar clínica e epidemiologia não significa subjugar um a outro, tampouco fundi-los, pois isso seria mais uma manobra de redução, simplificação e degeneração como já foi proposto na Epidemiologia Clínica. É preciso reconhecer os limites e as distinções que caracterizam e atribuem peculiaridade a esses saberes e, diante disso, reconhecer a emergência de sua complementaridade. Isso não quer dizer, somar. Mas fazer dialogar, interagir, confrontar princípios antagônicos e distintos sem que eles percam sua unidade fundamental. Clínica e epidemiologia não iriam mais se excluir, mas coexistirem, possibilitando, dialogicamente, desconstruir e reconstruir novas formas de pensar e fazer em saúde/enfermagem.

A ênfase no modelo clínico faz com que o procedimento, a rotina e os artefatos tecnológicos assumam a centralidade do trabalho em saúde distanciando, assim, qualquer possibilidade de espaços criativos, dialógicos que contribuam para a superação das iniquidades.

Há uma subordinação do contato pessoal, de um pensamento e atitude mais crítica pelo uso mecânico e frio da técnica. O profissional se distancia para poder utilizar suas técnicas, e o usuário se anula diante dessa intervenção para se tornar o objeto de manipulação. Nesse espaço, rompe-se qualquer configuração simbólica de uma prática em saúde fundada no sujeito-sujeito mediados pela cultura.

A técnica em expansão não abre apenas novos domínios ao poder criador e à atividade dos homens, está a serviço dos ganhos de produtividade e de organização impostos por lutas em benefício do mercado e do lucro. Conduz então a uma elevação nas exigências de competência e uma diversificação diferente, mais especializada e mais variável das funções [dos profissionais]. (BALANDIER, 1999, p. 83-4).

Nesse contexto, inúmeras demandas, funções e qualificações recaem sobre os profissionais nas instituições de saúde. Brotam demandas de ordem burocrática, administrativa, institucional. São metas a cumprir, são sujeitos esperando horas, dias ou meses para ser atendidos. Faltam vagas, faltam profissionais, faltam recursos. Com esse afogamento de exigências e urgências, os profissionais tentam responder aos problemas imediatos, ora para alimentar o sistema com dados quantitativos, ora para dar resposta ao sofrimento do outro. O tempo e o espaço que envolvem os serviços de saúde estão acompanhando a efemeridade presente no mundo contemporâneo, já que é preciso responder imediatamente horizontes confusos.

Nesse cenário, os princípios de formação em saúde/enfermagem são repensados na perspectiva de atender ao modelo de saúde que vai sendo construído a partir do paradigma flexneriano. Além das disjunções específicas do processo de formação em saúde como a divisão entre ciclo básico e ciclo profissionalizante, clínico e epidemiológico, individual e coletivo, biológico e social, a formação enfrenta o arranjo fragmentador da universidade com um ensino tradicionalmente alicerçado numa pedagogia conservadora, a ênfase em disciplinas e na divisão entre ensino, pesquisa e extensão.

Constrói-se, portanto, uma formação centrada em um raciocínio lógico e empírico que unilateraliza o cérebro produzindo a causalidade simples, a objetividade, a quantificação, a ordem, o utilitarismo e o imediatismo. “Enquanto

nosso cérebro continuar – contar as suas potencialidades – unilateralizado pelo pensamento linear, veremos o mundo segundo referenciais predominantemente mecânicos e quantitativos, que serão fatalmente repassados para as nossas práticas cotidianas”. (MARIOTI, 2002, p. 56) A simplificação e o reducionismo produzido pelo pensamento linear estão na linha de uma

inteligência que só sabe separar e fragmentar o complexo do mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de compreensão e de reflexão, eliminando assim as oportunidades de um julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo. (MORIN, 2008, p. 14).

Uma educação que tem por base o método cartesiano, e, por consequência, o pensamento linear, constrói um enfoque racional e objetivo da formação, pois não reconhece o movimento e a contradição. Tem um excessivo apego à precisão, ao quantitativo, ao mensurável. Olha para a totalidade e os fenômenos a partir de suas partes, dos números e da objetividade inerte. O conhecimento fica enclausurado em disciplinas e hierarquizado pela racionalização cuja finalidade é dar respostas ao mercado através da qualificação de uma mão de obra rentável.

Na formação em saúde/enfermagem, isso se evidencia na dicotomia vida e morte, biológico e social; na causalidade saúde-doença; na verdade das doenças nas alterações anatomopatológicas; no ensino conteudista, na reprodução individualizada e mecânica de atos terapêuticos; e, em uma crítica pragmática e tecnicista. A narrativa de vida, o contado, as histórias, o contexto de vida e as emoções dão espaço ao exame, as queixas e ao diagnóstico.

O contexto de vida é desnaturado e reduzido a uma concepção de paisagem, portanto invariante, estável e puramente ilustrativo. O modo de andar a vida dos sujeitos é substituído pela normalidade, pelo padrão e pela repetição o qual é enquadrado nos protocolos de saúde. O corpo e as relações sociais são substituídos pela mecanicidade, neutralidade e objetividade.

O modelo biomédico de formação, gestado no Relatório Flexner, propõe e defende uma formação cuja base de conhecimento esteja na biologia cuja intervenção seja somente pela técnica e instrumento. Anatomia, bioquímica, fisiologia, histologia, embriologia... são historicamente disciplinas com expressivas

cargas horárias e são ministradas no início do curso. São elas que abrem as portas da universidade para os desafios da práxis em saúde, sinalizando desde o início, que saberes são fundamentais para pensar e enfrentar os problemas de saúde.

A dissecação de cadáver, procedimento caro à anatomia, torna-se uma técnica importante na aprendizagem. Aprendemos no corpo morto e queremos reproduzir num corpo vivo. Dissecamos órgãos, dissecamos vida. Dissecamos o homem vivo da sua família, do seu contexto e de sua vida. Mediante instrumentos e saberes, vamos individualizando o homem até chegar na sua menor parte. É justamente esse fragmento que contará toda sua história e definirá suas necessidades de vida e saúde, como também indicará que princípios deverão nortear o processo de formação.

O hospital torna-se o espaço privilegiado da formação. É prédio símbolo da alta densidade tecnológica. Voltado para o diagnóstico sofisticado e o estabelecimento da cura, esse é o reduto destinado ao “salvamento de vidas”, e, portanto, o lócus privilegiado para se colocar em prática o que foi aprendido na universidade. Além de se privilegiar um espaço da produção dos serviços de saúde, estamos também reforçando o modelo biomédico de formação, a dicotomia entre teoria e prática e, entre universidade e sociedade.

A hegemonia da atenção hospitalar, das especialidades e do modelo curativo individual faz com que a formação em saúde/enfermagem seja orientada pela concepção de corpo restrito à materialização de sinais e sintomas e marcada pela ciência da doença cuja intervenção está restrita ao âmbito do procedimento e centrada na racionalidade instrumental. Preocupa-se com o desenvolvimento de habilidades e competências técnicas voltadas para o restabelecimento da normalidade do corpo através de uma abordagem biologicista do indivíduo e do coletivo. Com isso, não pretendendo defender a irrelevância da técnica no processo de formação em saúde, mas reconhecer a sua insuficiência quando desvinculada da ética e orientada, apenas, por um saber biomédico construído acerca da História Natural das Doenças.

A construção de uma ciência aberta, de uma educação voltada para a emancipação do homem e uma política de saúde brasileira ancorada nos princípios

do Sistema Único de Saúde promoveram uma reviravolta no pensar e no fazer em saúde com desdobramentos significativos para o processo de formação em saúde/enfermagem. Essas mudanças anunciam transformações paradigmáticas na sociedade a que assistimos e construímos desde o século XX. Diante disso, torna-se insuficiente um modelo de saúde e de formação ancorados no paradigma positivista – flexneriano.

Essa nova concepção de ciência começa a ser lapidada a partir da crise dos fundamentos que sustentam e dão a envergadura da ciência moderna. Morin (2005) problematiza essa questão quando afirma que isso ocorre porque passamos a perceber e reconhecer que algumas verdades fundamentais como a verificação empírico-lógica e, principalmente, a compreensão do que seja o real se mostram insuficientes.

A contradição, a incerteza, a parcialidade e a emergência passam a ser reconhecidas e incorporadas ao processo cognoscente e investigativo. O real não é mais frio e inerte, mas complexo e dinâmico. Para que o conhecimento seja produzido, é necessário considerar a multidimensionalidade dos fenômenos e a sua própria ambiguidade, fazendo com que ele seja sempre aproximativo, incerto e relativo. O método e a técnica devem ser rediscutidos, pois a observação e a experimentação programática se mostram insuficientes em virtude de se reconhecer que não se pode abstrair os fenômenos do seu contexto. Além disso, o conhecimento deve ser tecido fora do mundo das certezas e apostar em verdades mutáveis e rediscutíveis. É necessário, portanto, um método criativo compreendido enquanto estratégia.

Almeida (2010) nos ajuda a pensar que os exemplos dessa nova ciência multiplicam-se diante de nós. Mesmo com resistências, desclassificações e descréditos, essa nova concepção é tecida e lapidada em diferentes áreas do conhecimento, em diferentes espaços institucionais e não institucionais, por ousados intelectuais, filósofos, cientistas, professores e alunos. Edgar Morin, Henri Atlan, Ilya Prigogine, Isabelle Stengers, Lévi-Strauss, Conceição Almeida, Gilles Deleuze, Nise da Silveira, Edgard de Assis Carvalho, Ubiratan D'Ambrosio são alguns exemplos desses atores de uma “metamorfose da ciência” como caracteriza Prigogine e Stengers (1991).

Os apelos do pensamento complexo tornam-se cada vez mais audíveis na comunidade científica, apesar dos naturais e necessários espaços de resistência. A religação de áreas dos conhecimentos; uma atitude mais dialogal diante dos fenômenos; uma postura não estritamente analítica do pensar se constituem em horizontes abertos de uma reorganização dos saberes. Aceitar o paradoxo, a incerteza e o inacabamento como um estado de ser dos fenômenos e do sujeito cognoscente; admitir o erro e o limite difuso entre realidade, ilusão, e ficção expressão uma sugestão desafiadora. (ALMEIDA, 2010, p. 150).

A ciência de que estamos falando é aquela capaz de “constelar diversos saberes numa única ciência, múltipla e diversa em si mesma, e capaz de promover a simetria e complementaridade entre estratégias distintas das universais aptidões cognitivas a espécie humana” (ALMEIDA, 2010, p.42). Complementando, é

uma ciência que ultrapassa os limites das fronteiras disciplinares, é concebida em estreita ligação com a política e técnica, contextualizada pela sociedade e não se reduz ao produto ideológico de uma classe. Uma ciência que reconhece a persistência da eternidade da escuridão, do explicável no não explicável (ALMEIDA, 2010, p. 80).

Essa nova ciência aposta em um conhecimento transdisciplinar em que faz dialogar saberes, áreas do conhecimento, razão e imaginação. A mudança operada não é somente no diálogo de conteúdos disciplinares, mas essencialmente na comunicação entre diferentes estruturas do pensamento construídas no seio da cultura. Constrói-se, portanto, uma ecologia do conhecimento em que não se reduz a religação à articulação de ideias abstratas, mas estas ligadas ao mundo e as necessidades que emergem dele. (Morin apud Almeida, 2010). Com isso, é um pensamento eminentemente ético-político imbricado em uma ética da responsabilidade, visto que admite, no conhecimento, uma possibilidade de práxis transformadora das desigualdades, dos processos de exclusão e injustiça.

Nesse sentido, torna-se possível produzir uma multiplicidade de ideias argumentativas que se distanciam da universalização e da homogeneização da realidade. A racionalização cede espaço para uma razão aberta que reconhece e

principalmente trabalha com o acaso, o imprevisível e a desordem compreendendo que real não se traduz plenamente pelo racionalizável.

Prigogine e Stengers (1991) suscitam uma nova aliança entre ciência e filosofia, entre experimentação e reflexão para que possamos ter então uma compreensão ampliada da realidade. Não é uma correspondência simétrica entre ambas, uma vez que isso promoveria mais uma redução, mas é uma conciliação interativa que avança na perspectiva da complementaridade. Em outras palavras, não é colocar lado a lado razão e emoção, cultura científica e cultura humanística, mas promover entre elas diálogo, recursão, refutação, retroação, desconstrução e reconstrução de saberes e práticas. Nas palavras de Prigogine (2009, p. 99), é necessário que o conhecimento provoque uma nova aliança “entre a história do homem, das sociedades humanas, do conhecimento humano e a aventura de explorar a natureza”.

Essas concepções de uma nova ciência invadem e passam a sinalizar novas perspectivas de compreender o mundo e agir nele, trazendo inclusive grandes repercussões na forma de perceber e intervir nas necessidades de saúde. Reconheço que as raízes históricas do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil não se encontram nas concepções das ciências da complexidade. Contudo, é impossível negarmos que a sua construção, ocorrida a cada dia, não se aproxima e se sustenta em princípios religadores, totalizantes, auto-organizativos e dialógicos.

O SUS, enquanto materialidade do movimento social de Reforma Sanitária, desconstrói, ou melhor, rompe com toda a lógica do paradigma hegemônico na saúde construído a partir do relatório Flexner e da ciência positivista. A concepção ampliada de saúde, os princípios filosóficos e operacionais como universalidade, integralidade e equidade, nos faz reconhecer que o SUS não é, apenas, mais uma mudança normativa-operacional, mas eminentemente paradigmática.

Essa mudança está alicerçada, principalmente, na garantia do direito à saúde e na compreensão ampliada das necessidades de saúde. A saúde não é mais compreendida como ausência de doença, tampouco atendendo a uma relação linear de causa e efeito, mas é, eminentemente, um processo de auto-organização permeado por forças de ordem e desordem o qual é construído a partir da inserção

dos sujeitos nas suas realidades de vida. É uma resposta à visão simplificada e objetivada do entendimento de saúde reduzido à dimensão biológica.

Pensar a saúde não está mais circunscrito em uma base conceitual rígida e fechada, ela situa, simultaneamente, em campos bastante distintos como epidemiologia, antropologia, ciências políticas, biologia, química, história, física, ecologia, estética, ética, administração, entre outros. A partir daí, é importante pensar que ela se amplia e passa a envolver uma multidimensionalidade de sentidos. Como coloca Breilh (2006, p. 43) “é possível dimensioná-la [saúde] como objeto (dimensões ontológicas), como conceito (dimensões propriamente epistemológicas) e como campo de ação (dimensões práticas)”.

Passa-se a entender, então, que saúde-doença se constrói em um contexto complexo e multidimensional religadas entre si e com a realidade de vida dos sujeitos. É um processo simultâneo de produção da saúde e da doença, em que não há um estado pleno de uma dessas dimensões, pois é no cotidiano da vida dos sujeitos que elas irão se materializar de formas distintas e singulares.

Essa compreensão nos convida a ter um conhecimento mais próximo do real, estabelecendo inter-relações com os fenômenos multifacetados. Nesse momento, se redimensiona os limites das teorias e modelos apoiados na rigidez, no dogmatismo e na padronização, pois os problemas de saúde se aproximam de um padrão construído pelo seu contexto.

Como coloca Czeresnia (2009, p. 50), “promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e a autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e prática”. Completando Almeida Filho (2006, p. 37) afirma que “o objeto saúde/doença só pode ser entendido pela consideração plena e integral da sua multiplicidade. Podemos admitir uma autonomia ontológica entre os conceitos de saúde e de doença capaz de defini-los como diversos e unos, ao mesmo tempo parte de um todo conceitual”.

Ao compreender isso, não quer dizer que estamos fazendo um apelo ao micro, ao diverso, ao complexo, negando a importância do simples, da unidade, do macro, pois para entender e promover a sobrevivência, e principalmente, uma qualidade da própria existência, precisamos fazer dialogar os contrários, as

ambivalências e as dicotomias. Isso possibilita uma consciência mais nítida capaz de conhecer e enfrentar os problemas de saúde e as persistências de um modelo assentado, predominantemente, na lógica flexneriana.

O conhecimento em saúde que almeja ser relacional e transdisciplinar e que procura descobrir a lógica de dominação subjacente exige que se trabalhe a dimensão da totalidade. Quando o conhecimento na saúde pretende converter-se em uma narrativa de emancipação, ele deve trabalhar em sincronia com as dimensões da criatividade e das ações individuais e com o movimento da lógica do geral. (Breilh, 2006, p. 55).

Não é uma perspectiva de totalidade uniforme em que as partes estão justapostas e estáticas, mas uma totalidade dinâmica, múltipla, aberta, heterogênea, estando, portanto, em um processo permanente de criação e destruição do todo e das partes.

Compreendi que ninguém podia pretender a verdade do todo, mas guardei a ideia de que em todo saber parcial é necessário guardar a consciência do todo enquanto tal. A pretensão à totalidade estava desde então, banida. [...] Principalmente, a totalidade foi reconhecida como sempre inacabada, parcelada, fragmentada, incompleta, mas continuei, mais conscientemente que nunca, a pregar a resistência à fragmentação e a à segmentação e a trabalhar pelo pensamento multidimensional. (Morin, 2003, p. 59).

O princípio da integralidade em saúde emerge, portanto, enquanto uma recusa às formas reduzidas, fragmentadas e objetivadas de compreender e intervir nas necessidades de saúde. É uma abertura para a interação entre diferentes saberes e práticas, uma vez que reconhece a produção multiforme dos problemas de saúde. Não é a defesa de uma integração de programas ministeriais e protocolos de saúde, mas sim promover pela interação e não pela soma, a multidimensionalidade do pensar e do fazer em saúde diante das necessidades ampliadas dos sujeitos.

Integralidade agora poderá conceber-se como o que é da ordem da relação parte/todo, individual/coletivo, formação/autoformação, natureza/cultura, histórico/transhistórico, simbólico/técnico.

Dessa forma, uma concepção complexa de integralidade acolhe a noção híbrida, tão cara a Bruno Latour (1994); atualiza a consciência de bricolagem de uma ciência próxima da lógica do sensível, conforme Lévi-Strauss; compreende a relação indissociável entre autonomia e dependência do sujeito em relação ao mundo no qual está inserido. Uma concepção complexa de integralidade requer agora uma ética do cuidado integral de um sujeito por inteiro – ao mesmo tempo físico e metafísico, singular e genérico. (BOSCO FILHO, 2010, p. 140-150).

Não significa simplesmente ofertar mais serviços para garantir exames, vacinas e medicamentos. É garantir a construção de redes assistenciais que se fundamentam numa visão mais dinâmica e totalizante da realidade e, portanto, necessitam, em todos os níveis de atenção, ações de recuperação, prevenção e promoção da saúde. Evidenciar a necessidade de ações integrais não pode perpassar, como coloca Cecílio (2001) por um processo de exclusão ou submissão dos demais princípios – universalidade e equidade, uma vez que tal atitude revela uma distorção e negação do próprio princípio da integralidade, como também do direito à saúde.

Ilustrando a discussão, podemos pensar em alguém que recebeu o diagnóstico de soro positivo para HIV. No Brasil, o princípio constitucional da integralidade exige que a resposta governamental à AIDS abranja todo o elenco de procedimentos, sejam eles preventivos ou não. Essa perspectiva de ação se contrapõe ao cenário mundial, no qual as propostas de enfrentamento da AIDS se reduzem a ações de cunho essencialmente preventivo. Por isso, Mattos (2010) reafirma que a política de saúde brasileira de combate à AIDS está em consonância com o princípio da integralidade. Por mais que seja uma política específica voltada para uma doença, conseguimos perceber um avanço, pois não privilegia o tratamento ou a prevenção, mas reconhece a importância dos dois em consonância com a promoção da saúde da população brasileira.

A partir da compreensão ampliada das necessidades de saúde, defendida pela integralidade em saúde, torna-se premente instaurar processos de aproximação e interações, articulando os saberes clínicos e epidemiológicos, a técnica e a política, o biológico e o social, o pensar e o fazer, o individual e o coletivo. Promover

essa religação não significa subsumir um a outro, tampouco fundí-los, pois seria mais uma manobra de redução – simplificação.

Aproximar esses elementos é colocar na arena cognitiva e prática, lógicas, concepções e éticas distintas e contraditórias, mas que, unidas dialogicamente, são capazes de compreender criticamente interesses, desejos e determinações dos diferentes processos de produção da saúde. Esse reconhecimento não visa instaurar mais processos de paralisia e necrose, senão instaurar atitudes em defesa da vida e da saúde.

O profissional de saúde, nesse contexto, não deve estar preocupado apenas em curar corpos doentes. Estariam eles imbuídos em intervir e minimizar os problemas de saúde e seus determinantes a fim de contribuir com a diminuição das desigualdades e da exclusão social, bem como com a efetivação da cidadania.

não implica deixar de lado o caudal de conhecimentos sobre as doenças que tem permitido tanto a medicina quanto a saúde pública alguns significativos sucessos. O que significa, isso sim, é o uso prudente desse conhecimento, mas sobretudo o uso guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos dos quais tratamos (Mattos, 2001, p.50).

Com isso, a atitude do profissional deve estar revestida de um valor que vai além de uma resposta técnica, instrumental e burocratizante, já que reconhece no encontro com o outro o espaço político capaz de gerar oportunamente um conjunto de respostas às necessidades de saúde. É o exercício crítico de seleção compartilhada, é relevante para uma intervenção.

O setor saúde é convocado a responder a uma pluralidade de necessidades e especificidades construídas a partir de mudanças demográficas, sociais, epidemiológicas, econômicas, culturais, tecnológicas e políticas, centrando-se sempre no ser humano, na sua dimensão individual e coletiva. Diante disso, teorias, abordagens e saberes são confrontados para entender e enfrentar os problemas de saúde que se apresentam, a partir da historicidade, da integralidade e da condição humana. Emerge, portanto, a importância de um pensamento calcado na busca por uma inteligência geral que se contrapõe às fragmentações e simplificações que

restringem as formas de compreender e intervir no mundo e, conseqüentemente, no processos saúde-doença do indivíduo e do coletivo.

Diante dessas mudanças paradigmáticas na sociedade e na saúde, os processos formativos em saúde/enfermagem são instigados a operar mudanças epistemológicas e operacionais. Reconhecer a emergência dessas mudanças não deve se resumir ao cumprimento normativo de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's), tampouco mudanças nas estruturas curriculares e nas práticas pedagógicas. O convite é maior. É um convite para se construir um projeto ético, político e ideológico que instigue uma resistência combativa a processos bárbaros de exclusão, iniquidades, aniquilamento e anestesiamento da vida. Como deixa claro em suas obras *Como vejo o Mundo* (1981) e *Escritos da Maturidade* (1994), Einstein faz um apelo para que a educação esteja fundamentada eminentemente em princípios ético-morais.

Para esse cientista-intelectual, a formação perpassa pela busca do enobrecimento humano no lugar da hostilidade, da opressão e da perseguição. O tom da liberdade deve estar presente como estratégia que possibilita o desenvolvimento independente da atividade criativa e inventiva do homem para que se garanta uma vida com prazer, satisfação, respeito e solidariedade.

Essa forte convocação e sensibilização a uma educação ético-moral residem em compreender que o homem tem um destino comum na Terra. Não se trata de defender uma mundialização tecno-econômica centrada na globalização neoliberal, mas no desenvolvimento de uma consciência de cidadania planetária. Essa cidadania é uma resposta às crises que envolvem o planeta instigando todos os humanos a partilhar e confrontar os mesmos problemas de vida e de morte. Essa busca por um bem comum deve ser revestida por valores morais e éticos os quais devem ser compreendidos a partir do que Einstein defende que são aqueles construídos a partir do que o homem é capaz de dar e não daquilo que ele recebe. Envolvido por esse sentimento de ligação com o outro, o autor (1981, p. 14) continua

Dependo integralmente da existência e da vida dos outros. E descubro ser minha natureza semelhante em todos os pontos à natureza do animal que vive em grupo. Como um alimento produzido pelo homem, visto uma roupa fabricada pelo homem, habito uma

casa construída por ele. O que sei e o que penso eu devo ao homem.

Na verdade, essa relação de que estamos falando não se restringe, apenas, aos sentimentos de empatia e simpatia com o outro, mas significa dizer que é justamente pela presença desse outro que existimos enquanto sujeito. Essa dependência não pode estar revestida por sentimentos egoístas e individualistas e tampouco deve promover o aniquilamento do sujeito com suas potencialidades e desejos pessoais. Einstein (1994, p. 36) afirma que a educação, em especial as instituições de ensino

devem desenvolver nos indivíduos as qualidades e capacidades que são valiosas para o bem-estar da comunidade. Isso não significa, porém, que a individualidade deva ser destruída e que o indivíduo deva se tornar um mero instrumento da comunidade. [...]. Pois uma comunidade de indivíduos padronizados, sem originalidade pessoal e objetivos pessoais, seria uma comunidade medíocre, sem possibilidades de desenvolvimento. Ao contrário, o objetivo deve ser a formação de indivíduos capazes de ação e pensamento independentes que no entanto, vejam no serviço à comunidade seu mais importante problema vital.

Morin (2003) afirma que só podemos pensar na ética quando nos sentimos ligados ao outro e ao mundo em que vivemos. Ao sermos envolvidos por sentimentos individualistas e competitivos, ela se fragiliza e cede espaço às torturas, opressões e massacres. Não podemos, então, pensar em educação política e comprometida com a mudança quando não nos reconhecemos conectados com o que está a nossa volta. Há, portanto, a necessidade de uma educação que invista na reconstrução de um novo ser e de um novo saber na perspectiva de ressignificar a própria vida. Essa mudança “do ensino deve levar à reforma do pensamento, e a reforma do pensamento deve levar à reforma do ensino” (Morin, 2008, p. 20).

Essa nova forma de pensar, que Morin denominou de pensamento complexo, não se trata de um maior acúmulo de informações e conhecimentos desorganizados, mas significa ter princípios organizativos que liguem os saberes conferindo-lhes sentido e aptidão para lidar com os problemas, substituindo um pensamento que isola e separa por um que distingue e une o complexo. Trata-se de um pensamento

capaz de enfrentar seus próprios equívocos, limites e contradições, como também se torna capaz de compreender a multidimensionalidade e as interações que compõem a realidade. “É um pensamento político que não se engane e que não engane” (Morin, 1982, p. 16). O exercício do pensamento complexo deve propiciar ao sujeito

Expressar as mil dimensões dos fenômenos, ligar a análise que o decompõe à estruturação que o sintetiza, indicar os vínculos e as interações com os outros fenômenos, formular as suas ambivalências, os seus múltiplos sentidos; quero dar-lhe transparência detectando a zona de sombra, o núcleo obscuro. Tenho necessariamente de exprimir por frases sucessivas a simultaneidade, por frases separadas as interações, e de formular no mesmo movimento de escrita os antagonismos, etc (MORIN, 1982, p. 15).

Esse pensamento fundamenta-se numa perspectiva de ciência da inteireza, que, em outras palavras, é a necessidade da implicação do sujeito no conhecimento para que se relativize a objetividade e a neutralidade com o intuito de se abrir para um diálogo com o incerto e com a realidade conflituosa. Essa perspectiva de ciência pressupõe uma formação que facilite a inteireza do sujeito. Isso, nas palavras de Almeida (p. 8, 2006), significa

[...] redirecionar os horizontes pedagógicos e educacionais, com vistas à auto-formação de sujeitos que se sintam autores de suas narrativas. Concebendo-se como construtores da realidade, os pesquisadores sentir-se-ão certamente responsáveis pelo discurso proferido pela narrativa construída. Dessa perspectiva, a narrativa subjetivada e um ciência da inteireza caminham lado a lado com uma ética da responsabilidade do cientista-educador.

Não é uma formação que busca modelos ideais rígidos, uma vez que reconhece como importante compreender, analisar e problematizar sentidos, concepções e significados sobre o fenômeno e o real para ser então, capaz de desenvolver atitudes eficazes e transformadoras na perspectiva de se contrapor a repetição indefinida e a conservação burocratizante. Diante disso, é uma formação

que amplia os olhares, estimula o questionamento e possibilita compreender o homem como produto de uma história e de um contexto.

É um processo que envolve, portanto, saberes diversos e contraditórios permeados pela curiosidade epistemológica, o bom senso, a ética e a reflexão crítica. É uma formação que tem o intuito de estimular nos alunos o “pensar bem”, que, em outras palavras, significa dizer que as informações precisam ser e estar conectadas para que eles não virem “bancos - de - dados”. Nas palavras de Montaigne, significa, então, propiciar uma cabeça bem feita ao contrário de uma cabeça bem cheia. “Pensar bem no século 21 é fazer do pensamento uma teia tecida de muitos conhecimentos, compreender o que eles têm de essencial” (ALMEIDA, p. 47, 2008).

A religação dos saberes, portanto, se torna uma estratégia cognitiva importante, já que possibilita religar os sujeitos entre si, como também eles com o mundo. Essa aproximação dialógica depreende uma atitude ética que articula ciência, arte, religião, filosofia e mito na perspectiva de superar dicotomias e a fragmentação entre o pensar e o fazer. Ademais, reconhece que a formação não pode estar a serviço exclusivamente da transmissão e difusão dos conhecimentos científicos, mas deve possibilitar maiores explicações sobre quem somos e o papel que devemos assumir no mundo.

A religação requer, porém, um choque cultural que invista contra as estruturas de repetição – tecnoburocracia escolar, programas superados, estratégias de dominação, bibliografias ultrapassadas – e aposte nas estruturas de criatividade – os desregramentos das artes, a polifonia da literatura, a estética dos mitos, as incertezas e das teorias e modelos. (CARVALHO, p. 21, 2008).

O conhecimento disciplinar é orientado para o poder e a posse, já que dá ênfase ao mundo externo, ao objeto, ao saber científico, a inteligência analítica e a lógica binária. A transdisciplinaridade emerge enquanto resposta à fragmentação e à disciplinarização do conhecimento e se materializa em uma atitude que reconhece e compreende a complexidade, a interatividade e a multidimensionalidade dos fenômenos. Não se trata de uma receita a ser seguida, mas é eminentemente uma forma de agir a partir de um pensamento complexo, capaz de construir uma

estratégia entre os saberes. Nas palavras de Carvalho (p. 20, 2008), “o que se busca são metapontos de vista a partir dos quais se possa entender a interação dos domínios multidimensionais da vida”.

A transdisciplinaridade é uma ampliação das tentativas inter e multidisciplinar, uma vez que se caracteriza por uma perspectiva ampla de transversalização dos saberes. Nas palavras de Nicolescu (2008), a abertura, a tolerância e o rigor são as características fundamentais de uma visão e atitude transdisciplinar, pois o sujeito se torna acessível ao inesperado e ao imprevisível reconhecendo o direito a ideias opostas e a necessidade de uma argumentação cognitiva apoiada em um conhecimento vivo.

Souza (2009) acrescenta a discussão afirmando que uma educação transdisciplinar aposta na liberdade, na autonomia e no pensamento crítico e criativo com vistas a construir uma arquitetura do conhecimento flexível, que respeita a capacidade do indivíduo em planejar, criar e recriar o conhecimento. Os professores, livros e textos tornam-se insuficientes. A vivência e a experimentação ganham espaço nas formas de conceber a formação, já que são elas, a partir do pensamento complexo, que fazem o sujeito imergir na dinâmica da vida para compreender de forma ampliada a complexidade da realidade.

Nessa perspectiva, faz sentido reinterpretarmos e reanalisarmos os quatro pilares para a educação do século XXI propostos no Relatório Delors (2000): aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver juntos. Eles não devem ser compreendidos enquanto uma tábua de mandamentos, senão, pistas e indicativos de uma educação que reconhece e defende o homem enquanto ator e diretor de sua própria história, como também da história da humanidade.

Ao privilegiar o aprender a conhecer e o aprender a fazer, o sistema educacional tem reforçado uma compreensão de educação enquanto veículo de transmissão de informações destinadas ao cumprimento de tarefas que atendam à lógica de um mundo hipertrófico materialmente. É preciso possibilitar aos sujeitos a construção de fundamentos que os tornem aprendizes na vida, transformando a atividade prática e profissional em mais um espaço criativo a serviço da mudança.

Torna-se premente, nos dias atuais, que essas dimensões da aprendizagem estejam articuladas a um esforço de retomar o caráter humano, ético e solidário dos

sujeitos. Esses quatro eixos educacionais indicam a necessidade de uma educação que empreenda esforços em propiciar um conhecimento pertinente capaz de desenvolver um agir repetitivo e inovador imbuído de um sentimento coletivo e solidário, como também de um pensamento autônomo, crítico e livre.

Uma educação que estimula um pensar bem está impregnada de valores ético-morais que despertam no homem o seu papel na sociedade-mundo. Nesse contexto de mudanças, pensar a formação em saúde/enfermagem nos moldes disciplinares, biomédicos e tecnicistas tornam-se insuficientes para adentrar a esse novo contexto da sociedade, e em especial, o da saúde. Temos então, o duplo desafio: preparar os sujeitos para enfrentar o atual contexto planetário e compreender e intervir nas diferentes formas de viver e adoecer da população. Contudo, não podemos cair na armadilha de imaginar que o segundo desafio é mais relevante porque se trata dos aspectos específicos e profissionalizantes.

Quero rebater a ideia de que a escola deve ensinar diretamente o conhecimento especial e as habilidades que a pessoa terá de usar mais tarde diretamente na vida. As exigências da vida são demasiado multiformes para que esse aprendizado específico da escola pareça possível. Ademais, parece-me censurável tratar o indivíduo como uma ferramenta inanimada. A escola deve sempre ter como finalidade que o jovem a deixe com uma personalidade harmoniosa, não como um especialista. Isto, na minha opinião, aplica-se em certo sentido até as escolas técnicas, cujos alunos irão dedicar-se a uma profissão bastante definida (EINSTEIN, 1994, p. 40).

Um ensino baseado em aspectos biológicos, racionalizadores e hierarquizantes são opostos a uma formação emancipadora em consonância com os princípios do SUS. Para que os saberes possibilitem a compreensão do processo saúde-doença, eles não podem ficar isolados nas caixas das disciplinas. Eles precisam transcender e atravessar as áreas do conhecimento construindo estratégias e ações que se aproximem das reais necessidades de saúde da população. Quando reconhecermos os limites disciplinares, torna-se necessário um intercâmbio multiprofissional, além de que traz o usuário como um co-partícipe no planejamento, execução e avaliação das ações em saúde. Nesse encontro, a

responsabilidade torna-se compartilhada, e a técnica alienante se apresenta insuficiente para resolver os problemas de saúde.

A disciplina, a fragmentação e a especialidade mutilam o conhecimento tornando-o insuficiente para compreender e agir diante dos fenômenos e do processo saúde-doença. A religação, portanto, torna-se um imperativo, porquanto convida as áreas de conhecimento das ciências da saúde a se abrirem para a troca e o cruzamento de saberes, como também a desafia dialogar com a antropologia, arte, filosofia, religião e saberes da tradição, entre outros.

Não basta ensinar ao homem uma especialidade. Porque se tornará assim uma máquina utilizável, mas não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto. A não ser assim, ele se assemelhará, com seus conhecimentos profissionais, mais a um cão ensinado do que a uma criatura harmoniosamente desenvolvida. Deve aprender a compreender as motivações dos homens, suas quimeras e suas angústias para determinar com exatidão seu lugar exato em relação a seus próximos e à comunidade (EINSTEIN, 1981, p. 29).

É a aposta, portanto, numa formação que promove a inquietação, retirando o sujeito da inércia automática e mecânica para que ele possa assumir o papel de protagonista na atenção à saúde. Para tanto, é preciso desenvolver estratégias que possibilitem a sua religação com o mundo, com a vida, com os problemas de saúde – doença da população, bem como com as emoções, com as dificuldades, com os conservadorismos, para que eles sejam sempre instigados e deslocados das zonas de conforto, de comodismo e de indiferença.

É fundamental, ainda e sempre, manter a condição de indignar-se contra qualquer forma de crueldade diante da vida. A indignação e a revolta, quando estética e docilmente canalizada, podem se construir em forças civilizacionais importantes para alimentar valores como a solidariedade, o diálogo e a esperança. Nisso reside a “boa utopia” de que fala Edgar Morin (ALMEIDA, 2009, p.56).

Nessa perspectiva, a formação precisa extrapolar a mera reprodução de informações para se tornar capaz de desenvolver uma atitude contextualizada e combativa nos sujeitos. Concordando com Pinheiro e Ceccim (2006), não se trata,

apenas, de questões pedagógicas, mas intrinsecamente políticas e ideológicas. É fundamental problematizar a seleção de conteúdos, as metodologias de ensino, os métodos de avaliação utilizados, a finalidade do ensino, o perfil do egresso, pois tais questionamentos são permeados por escolhas que se fundamentam na compreensão que temos do nosso papel na sociedade. Para tanto, é preciso desenvolver estratégias de aprendizado que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre diferentes saberes.

Einstein (1994) nos adverte para dois perigos que permeiam o processo de formação: motivação pelo medo e pela ambição. A força coercitiva que limita e impõe regras e padrões destrói os sentimentos de sinceridade, iniciativa e autoconfiança produzindo sujeitos submissos e reprodutivistas. O reconhecimento diante dos demais é importante para o processo de amadurecimento moral e intelectual do sujeito, porém quando ele é revestido de sentimentos excessivamente egoístas, incentiva o individualismo e a competitividade destruidora.

Como coloca Nicolescu (2008 p. 150) “a inteligência assimila muito mais rapidamente e muito melhor os saberes quando estes são *compreendidos* também com o corpo e com o sentimento”. É, portanto, nas experiências de desestabilização que o conhecimento ganha significado e vida, pois os sujeitos têm que mobilizar e confrontar saberes, verdades, concepções e práticas para terem atitudes coerentes, inventivas, criadoras e éticas diante das necessidades de saúde. Quando estamos defendendo uma educação próxima da realidade e dos problemas de saúde, não estamos dizendo que a finalidade do processo educativo é possibilitar a capacidade de solucionar problemas de forma burocrática e pragmática, mas é reconhecer o papel que a realidade tem como instigadora e construtora das demandas para o conhecimento, para a universidade e para o pensamento. “As personalidades não se formam pelo que é ouvido e dito, e sim pelo trabalho e pela atividade” (Einstein, 1994, p. 36).

O desafio é compreender nas experiências de ensino a possibilidade de desenvolver a capacidade de escuta, o respeito a singularidade e diversidades humanas, culturais e sociais e a compreensão da saúde e da doença como vivências e não como história natural, bem como a oportunidade da construção de caminhos para a mudança na

atenção e na gestão da saúde, constituem em tarefas de disputa pela integralidade (PINHEIRO, CECCIM, 2006, p. 28).

Ceccim e Feweuker (2004) colocam que essa mudança nos processos formativos em saúde se faz ao reconhecer que o eixo estruturante deve ser as práticas dos profissionais a partir das necessidades ampliadas de saúde. Necessidades essas construídas em uma realidade dinâmica e conflituosa e, portanto, não se reduzem a aspectos biológicos e burocráticos como exames, medicamentos e consultas.

O real frio, estático e biológico cede espaço para a dinamicidade, o conflito e a multidimensionalidade. As verdades disciplinares e científicas são questionadas revelando, assim, seus equívocos, avanços e possibilidades. Diante disso, emerge a necessidade de compreendermos que o real possui limites que dificultam novas atitudes, mas ao mesmo tempo sinaliza rupturas e desvios.

Defender a integralidade em saúde enquanto um dos eixos estruturantes da formação é uma resposta ao modelo biomédico e à ciência cartesiana-positivista. É ressignificar a realidade, a compreensão de saúde, a de necessidade de saúde e de saberes e práticas importantes para que se tenha uma intervenção pertinente nos contextos de vida e saúde. Essas mudanças apontam para integrar disciplinas? Integrar teoria e prática, saberes da clínica e da epidemiologia? Integrar cultura científica e cultura humanística? Integrar universidade, instituições de saúde e sociedade? Significa isso, e muito mais! É a defesa de uma compreensão complexa do real e conseqüentemente, da produção da saúde, em que os processos de formação devem, portanto, construir estratégias cognitivas e atitudinais em defesa da afirmação de uma vida permeada por dignidade e satisfação, como também da saúde enquanto direito de cidadania.

É importante dizer que essa busca pela integralidade na formação não perpassa por uma totalidade superficial reduzida a soma das partes (disciplinas, conteúdos, metodologias, necessidades de saúde, profissionais, usuários, etc), mas uma proposta profunda, interativa, dialógica e recursiva das partes, das causalidades, das conseqüências que permeiam a sociedade, o ensino, o pensamento e a produção dos serviços de saúde. “Uma educação só pode ser viável se for *uma educação integral do homem*. [...] Uma educação que se dirige à

totalidade aberta do ser humano e não apenas a um dos seus componentes” (Nicolescu, 2008, p. 149).

Pinheiro e Ceccim (2006) colocam que a integralidade no ensino da saúde é um pensamento em ação, um processo de construção que envolve si mesmo, o outro, os entornos, os conhecimentos e as sensações, exigindo uma construção teórica e contextualizada capaz de forjar uma teoria viva que reflita e aja na realidade. É uma formação que vislumbra profissionais mais responsáveis, comprometidos com formas alternativas, coletivas e individuais de efetivar o SUS e seus princípios.

É necessário desenvolver, portanto, um pensamento e um método de intervenção em saúde como estratégia, pois será capaz de agir com a incerteza, com os limites, compreendendo a produção da saúde como um processo dialógico que abriga a ordem e a desordem, o padrão e o desvio. E dessa forma, se torna possível empreender, junto aos desafios, práxis críticas, criativas e transformadoras das condições de vida da população. Diante disso, Sordi e Bagnato (1998, p. 6) afirmam que o desafio nos processos de formação em enfermagem não se reduzem à construção de competências técnicas, mas sim na

constituição de um sujeito que seja portador do projeto de mudança das práticas em saúde e de Enfermagem, com vistas à defesa da vida, proporcionando melhorias na qualidade de vida das pessoas e que, para tanto, há necessidade de atuar enquanto profissional que possa questionar a prática instituída, através da reelaboração constante da competência formal e política, ou seja, um profissional que busque olhar para o seu fazer e sempre questionar na perspectiva de mudanças.

Pensar, portanto, em uma formação em saúde/enfermagem em consonância com os SUS, não pode ter como finalidade formar profissionais adestrados, apáticos e reprodutores de técnica, como vislumbra o modelo biomédico de formação em saúde. Mas é reconhecer que ela ocorre em um campo de saberes e práticas, como se caracteriza a saúde coletiva, tendo como eixo articulador a integralidade em saúde. É acreditar que a formação possibilita plantar sementes da problematização e da inquietação capazes de desenvolver um pensamento para a ação transformadora. Pensamento esse, que percebe a coexistência de diversos

interesses e múltiplos projetos de saúde, mas que, mesmo assim, é capaz de agir com certo e o incerto, com o padrão e o desvio, com simples e o complexo.

Não é, portanto, uma formação preocupada em formar mão de obra qualificada para atender os interesses do mercado, mas sim possibilitar saberes, experiências, práticas técnicas, éticas e políticas capazes de interpretar, interagir e modificar as diferentes formas de viver e adoecer da população. É uma formação voltada para mudança e para libertação, acreditando que a experiência humana tem a finalidade de rejeitar qualquer forma de dominação, discriminação e exclusão.

Desse modo, é uma formação em saúde/enfermagem que destaca como imprescindível educar para e na reflexão crítica construindo instrumentos que visem instaurar processos de ruptura e resistência. Significa formar um sujeito que compreenda o processo saúde-doença enquanto dinâmica da vida humana, imbuído de ser um anunciador e denunciador de formas desiguais e injustas de vida. É formar o sujeito orientado para o questionamento, com condições de problematizar, articular, argumentar e negociar. É um indivíduo apto a potencializar a criação em detrimento à repetição, aos modelos e às regras. Enfim, é um profissional de saúde/enfermagem que não seja envolvido pelo processo de alienação, ou seja, que procure evitar o verbalismo, o pragmatismo, o formalismo e a adaptação às estruturas massificantes.

É nesse contexto de uma formação híbrida e mestiça, capaz de instaurar processos de rupturas, em meio às armadilhas, persistências e ambivalências, que destacamos a trajetória de vida, em especial, de formação de Abigail Moura, Francisca Valda e Raimunda Germano. Figuras que exemplificam e sinalizam a necessidade de potencializar novos-velhos princípios, indispensáveis para o atual contexto planetário.

ENFERMEIRAS QUE SÃO ESCOLAS DE VIDA



ABIGAIL MOURA



FRANCISCA VALDA



RAIMUNDA GERMANO



“Falta hoje no movimento da enfermagem o aprofundamento sobre as coisas que são ditas, faladas e construídas. Pegam-se os rótulos, os conceitos e nos amarramos dentro deles. Acho que construir o novo é ousar, é realmente não ter medo de errar e ver no velho o que ele tem por trás”.

Abigail Moura

Abigail: transgressora apaixonada.**A contradição. Apenas um ponto de partida**

Eu nasci em 1942 na cidade de Patu⁸. De início, a minha história já tem uma grande contradição. Enquanto minha mãe, Maria Francisca Moura, era filha de um fazendeiro bem sucedido em virtude de ter bastantes terras e engenhos, o meu pai, Glicério Manoel de Moura, era muito pobre. Ele veio de Caicó para Patu como retirante e, ao chegar à cidade, principalmente no Sítio Boa Água, que era a propriedade do meu avô, Francisco Josino de Moura, passa a trabalhar de aluguel e, desde muito pequeno, decide casar com minha mãe.

Minha mãe foi criada por Maria Lina e Rafael Godeiro que foi prefeito de Patu a vida inteira. Como na cidade não tinha hotel, era a casa deles, meus avós-padrinhos, Rafael Godeiro e Maria Lina, que recebia o governador e todas as autoridades que vinham a Patu. Era uma casa muito bonita e muito chique. Ela teve uma influência muito grande na minha formação no que se refere ao gosto pelas boas coisas e organização do espaço doméstico. Foi com minha madrinha Lina que aprendi a cozinhar pratos mais elaborados.

Vivi, portanto, um cenário de muita riqueza, associado ao meu avô e a Maria Lina, que mamãe a considerava como a mãe, e de muita pobreza atrelado ao lado da família de meu pai. Mas era na casa de minha vizinha, Petronila Laurinda de Moura que eu me sentia extremamente feliz. Foi com ela, mulher analfabeta, nascida no final do século dezenove que recebi orientações fundamentais para a minha vida. Ela me falou sobre menstruação e casamento, assuntos terminante proibidos por mamãe. Foi com ela que aprendi a ser avó.

A minha vizinha, a mãe do meu pai, era minha querida e com quem eu conversava todas as minhas coisas. Já a outra, era muito formal e foi com ela que aprendi a cuidar de casa e a preparar jantares, essas coisas mais burguesas. Com a minha vizinha, aprendi o sentido da vida. A forma de eu viver hoje veio muito dela.

Meu pai, apesar de ter nascido e vivido num cenário de extrema pobreza e ser analfabeto, batalhou muito para conseguir formar todos os seus onze filhos. Ele conseguiu nos dar uma vida confortável e nos possibilitou estudar nos melhores

⁸ Cidade localizada no estado do Rio Grande do Norte.

colégios de Mossoró/RN. No momento em que morreu tinha uma pequena fortuna. Por que estou trazendo isso? Porque foi dessa contradição que me fez ver os dois lados.

A minha família é extremamente católica e beata. Uma família em que tudo relacionado ao prazer era proibido. Sexo, nossa! Nem se falava. Amor? Se tivesse uma música com a palavra amor ou namoro nós não podíamos nem cantar. Músicas com duplo sentido também eram proibidas. Dançar era extremamente proibido e eu sou louca por dança. Louca, louca, louca. Lembro que eu tinha uns 4 para 5 anos e houve um baile para a chegada do governador em Patu e tocava uma música de Luiz Gonzaga que diz que o *“xote é bom para se dançar”*, ou alguma coisa assim, e eu sentia meus pés dançando aquela música. Isso tem uma importância muito grande porque dançar foi uma das primeiras rebeldias que tive a coragem de assumir.

Saio de Patu com 8 anos para estudar no Colégio das Irmãs⁹ em Mossoró porque mamãe queria a melhor formação que uma pessoa pudesse ter. E na verdade, eu era a burguesinha mais chata e mais pobre que tinha dentro do colégio. Ninguém tão chata e tão enjoada feito eu. Graça, Maria das Graças Alves Lima ex-diretora da escola de Mossoró¹⁰ acompanhou um pouco da minha vida. Só que ela é 8 anos mais nova do que eu e tinha muita raiva porque tudo na escola era eu fazia. “Você coroava a santa! Você que fazia isso e aquilo”, dizia Graça. “Sim, o que você queria? Meu pai era rico, comprava tudo. Quem era você?”, eu respondia. E nós brincamos muito com isso.

Já na década de 1950, eu era da JEC (Juventude Estudantil Católica). Na época, havia uma disputa muito acirrada entre os frades da Igreja de Nossa Senhora da Conceição e os padres mais abertos que eram mais ligados aos movimentos sociais, particularmente, aos sindicatos.

A JEC teve uma grande influência na minha formação política. Apesar de ser um movimento ligado à Igreja Católica, esse era um espaço de discussão sobre as desigualdades sociais com apresentação de perspectivas de mudanças para sociedade como um todo. Minha participação na JEC foi de 1957 a 1959. Vale

⁹ Colégio Sagrado Coração de Maria que se localiza em Mossoró/RN.

¹⁰ Nesse momento, Abigail faz referência a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN.

ressaltar que a Revolução Cubana teve uma importância fundamental para direcionar o meu pensamento e a minha prática política.

Grandes Bifurcações

Sempre fui uma aluna que insistia em tirar dez e ser a primeira da turma. Isso dava muito prazer aos meus pais. Meu pai queria muito que eu fosse médica e meu avô paterno queria que eu fosse professora. Mel de uva era muito raro na casa dos meus avós paternos, mas sempre que ia para lá, ele comprava uma garrafa para fazer suco de uva com a intenção de que eu ficasse forte para ensinar.

Em 1960, fui aprovada no vestibular para Escola de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade Católica de Pernambuco Recife/PE, mesmo tendo notas suficientes para prestar vestibular para Medicina. Entrei para essa faculdade porque eu só podia estudar em escola e morar em pensionatos coordenados por freiras. Para meus pais, eu estaria protegida de tudo, mas principalmente da questão sexual.

Contra tudo e contra todos resolvi fazer enfermagem. Foi uma opção de uma adolescente sonhadora alimentada pelo livro *Noites de Vigília* do AJ Cronin. Li essa obra aos 15 anos de idade. Encantei-me com a possibilidade de trabalhar num centro cirúrgico e conhecer o processo de trabalho tão bem, ou melhor, do que o médico. O modelo de enfermeira era pautado nos seguintes princípios: atuar no hospital, só acreditar no que fosse comprovado cientificamente, ser uma excelente auxiliar do médico, obediente, cumpridora de ordens, não se envolver emocionalmente com o paciente. Era o que eu queria ser...

Como eu tinha apenas dezessete anos de idade, tive que ser emancipada para poder morar em Recife. Mas a emancipação política não me deu a emancipação individual. Quer dizer, os princípios que meus pais ensinaram foram muito rígidos e muito sérios. Embora tivesse os princípios como norteadores, vivi a loucura dos anos 1960 através da bossa nova, muitos movimentos políticos... Algumas coisas eu rompi, como namorar, dançar e principalmente, participar do movimento estudantil. E foi nesse espaço que me encontrei. Não existia outra coisa.

Fui secretária do DCE¹¹, contribui para a criação da primeira residência universitária feminina e fui secretária DA (Diretório Acadêmico) da faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças. Passei a fazer parte também da Juventude Universitária Católica (JUC) e a conviver com colegas militantes do PCB. Só que essa militância não era explicitada.

Esse DA estava sendo criado no ano em que cheguei em virtude da enfermagem ser ainda uma profissão em nível médio, não me lembro como se chamava na época, e passou a ser uma profissão universitária. Fui da última turma que pôde entrar sem o segundo grau completo.

Foi o movimento estudantil que me possibilitou começar a compreender o significado das contradições de minha vida. Eu era muito criticada porque ao mesmo tempo que questionava a sociedade burguesa eu era uma burguesa assumida. Como eu falava de mudança da sociedade se eu gostava das boas coisas, de uma boa mesa, de bons vinhos, de roupas de seda e de linho? Como é que isso se explica? Não nego, em nenhum momento, o meu gosto. Foi Rosa Luxemburgo que me ajudou a compreender que isso não diminuía minha prática política porque é um direito e que a socialização não passa pela pobreza, a pobreza já é socializada, nós temos que lutar é por uma sociedade equânime.

No segundo ano do curso de enfermagem, nós podíamos fazer o concurso para o Serviço Especial de Saúde Público (SESP). Serviço esse que se transformou, depois, em Fundação SESP voltado, majoritariamente, para a Região Nordeste e parte da Região Norte do país, reproduzindo o modelo da Saúde Comunitária Americano. Resolvi fazer o concurso e fui aprovada. Ser enfermeira do SESP garantia um bom salário, prestígio e reconhecimento.

As alunas aprovadas teriam o segundo e o terceiro ano do curso financiado pelo SESP, nas férias escolares fariam estágio nas unidades desse serviço e quando terminassem o curso de enfermagem poderiam trabalhar em qualquer parte do Brasil onde tivesse esse serviço. Com isso, no final de 1960, fui a Mossoró passar minhas últimas férias.

Nessa época, papai abre falência nos negócios e eu não tive mais condições de voltar. Era caríssimo! A mensalidade era equivalente, na mesma época, ao

¹¹ Diretório Central de Estudantes.

Colégio das Neves, aqui em Natal. Minha família não permitiu que eu voltasse para morar na residência universitária e continuasse meu estudo.

Foi, então, que encontrei em Mossoró um rapaz que me paquerava, mas que eu não queria nada sério com ele. Desse namoro não muito sério, surgiu o casamento. Juntou tudo! Vou largar a faculdade, vou me casar e casada posso ir para todo lugar, posso dançar... Pensei: “Eu vou fazer isso!”. E fiz. Essa foi a grande desobediência.

Ninguém queria que eu casasse. Foi um casamento muito complicado para mim. Logo nos nove primeiros meses, tive o meu primeiro filho e acabou saída, acabou dança, acabou tudo. Tive esse filho em 1962, Rafael Freire Neto, o segundo em 1963, Jose Rodrigues Freire Junior em 1966 o terceiro, Glicério Manoel de Moura Neto e, finalmente em 1969 Ângelo José Moura Rodrigues Freire. Os nomes dos meus filhos são uma homenagem aos avós e ao pai, com exceção de Ângelo que se refere ao Papa João XII.

Como meu ex-marido bebia muito, me dediquei exclusivamente aos meus filhos e à casa. Eu sempre desculpei as omissões dele dizendo: “Ele é muito jovem, ele é muito imaturo”. Só que ele era 4 anos mais velho do que eu. Mas eu me sentia responsável por tudo, assumi a figura de esposa exemplar, capaz de contornar todas as necessidades.

Passamos por muitas dificuldades. Como forma de suprir as grandes necessidades financeiras, comecei a fazer aquilo que sabia: bordar, plissar, pintar. Habilidades aprendidas na disciplina economia doméstica ministrada no Colégio Sagrado Coração de Maria, conhecido como Colégio das Irmãs. Porém, esses conhecimentos não possibilitaram a minha independência financeira e eu continuava dependendo da “caridade” dos meus pais.

Foi uma época em que li muito porque existia algo tão forte dentro de mim que não me deixava viver parada. Todas as obras de Machado Assis, de Humberto de Campos, de José de Alencar eu reli.

Mas fazer essas coisas era muito pouco para mim.

Então, quando meu terceiro filho tinha um pouco mais de dois anos de idade voltei a estudar. Fiz o curso normal porque naquela época todas as seleções eram

para o Banco do Rio Grande do Norte, companhias TELERN¹² e COSERN¹³. Não conseguia assumir porque era casada e eles restringiam a nossa entrada em virtude das licenças que poderíamos tirar. Com isso, o único lugar que uma mulher casada trabalhava sem restrição era o magistério.

Em 1968, comecei a dar aula particular em casa e como eu morava em um bairro pobre, na Pedro Velho, chamado Baixinha¹⁴, as mães não tinham condições de me pagar em dinheiro, mas em água, ovos, feijão.

Abriam-se os concursos, porém não havia vaga para todos os espaços. Era muito mais uma questão político-partidária em que uma determinada corrente tinha mais acesso a algumas coisas. Apesar de papai estar sempre envolvido com a política, defendendo os que estavam atrelados ao poder, essas oportunidades nunca chegavam a mim. Era casada com filhos, além de ser muito magra e feia. Então tinha uma série de coisas que concorriam para que eu não fosse escolhida nesses concursos e seleções.

Socorro Medeiros foi a primeira pessoa que me deu oportunidade. Ela foi minha amiga de infância, de adolescência e de juventude. Quando ela assumiu a coordenação do complexo do Eliseu Viana, Centro Integrado de Educação Professor Eliseu Viana- (CEIPEV) em 1972, me convidou para trabalhar no segundo grau como professora de biologia.

Ela tinha uma visão muito ampla apesar de ser muito mais jovem do que eu. Além disso, ela contava com a parceria de Socorro Rego e de Zildete Aires que tinham uma visão de educação muito mais voltada para a transformação. E foi esse movimento que me possibilitou aproximar dos processos de formação e de capacitação.

O trabalho no Eliseu Viana foi fundamental para que eu começasse a compreender os dois projetos de educação existentes na sociedade. O projeto atrelado ao regime militar cuja educação estava voltada para a classe dominante e outro em que a educação possibilita a formação de uma visão de mundo voltada para as necessidades da maioria da população.

¹² Telecomunicações do Rio Grande do Norte. Empresa operadora de telefonia no Rio Grande do Norte pertencendo ao grupo Telebrás antes da privatização.

¹³ Companhia Energética do Rio Grande do Norte.

¹⁴ Nome comum dado ao Bairro Santo Antônio localizado no município de Mossoró/RN.

No segundo ano, o CEIPEV oferece o programa de saúde e essa foi uma grande experiência para mim porque eu já fazia enfermagem novamente e comecei a jogar todas as loucuras que eu pensava sobre o que fosse saúde. Apesar de que, nesse momento, eu não tinha os instrumentos teóricos para ficar discutindo o que era o conceito da organização mundial de saúde como completo bem-estar físico, mental e social. Mas eu dizia assim: “será que alguém tem saúde? Será que você fica o tempo todo em completo bem-estar? Eu acho que se a gente tiver só o bem-estar já físico pode ter saúde?”

Eu questionava o conceito, mas não tinha os instrumentos, a capacidade, o conhecimento, nem o preparo teórico para compreender o que havia subjacente àquele conceito. Os questionamentos sobre educação estavam se aliando aos da saúde, Ainda que de forma muito ingênua.

Trabalhei também na Escola de Aplicação 30 de Setembro em Mossoró onde fui professora primária. Na época, era proibido usar Monteiro Lobato, não se podia falar em cultura, mas sim em folclore, pois era 1964, auge na ditadura militar. Institui na escola, um dia na semana para leitura, acho que era quarta-feira. Eu levava meus alunos para biblioteca para escolherem quem eles quisessem ler. Os livros que eles escolhiam eu voltava para sala de aula e fazia a discussão. Monteiro Lobato foi um dos mais discutidos apesar da proibição. Os alunos liam e eu fazia de conta que não estava entendendo e aproveitava dentro da sala de aula para discutir, dentro da minha visão, o que Monteiro Lobato estava falando naquela obra. Quando ele falava do petróleo ou quando Emília questionava as coisas eu sempre buscava fazer uma relação com a nossa realidade. Mas era tudo de uma forma muito tímida e muito incipiente.

Uma outra grande loucura dessa época foi introduzir, dentro da disciplina ciências dessa escola, a educação sexual. Comecei a falar para os adolescentes sobre o significado do sexo, do aparelho reprodutor feminino, do masculino e dos riscos que envolvem a relação sexual. Eles adoravam. No começo, faziam aqueles risinhos, mas depois eles levavam com mais seriedade.

Nessa escola, também comecei a criar algumas atividades culturais. O desfile de 30 de setembro era aproveitado para discutir a libertação dos escravos. As danças portuguesas e as danças africanas eram retomadas dentro do espaço da

história, da ciência e do português. Dentro disso os alunos tinham todo o prazer de pensar suas fantasias. A escola tinha um grupo de alunos muito diverso já que havia pessoas de elevado poder aquisitivo como também pessoas muito pobres. É tanto que eu fazia o movimento de venda de rifas para que todos pudessem participar dos desfiles e da formatura. Mesmo com tudo isso, fui uma professora muito batida e chamada com frequência à direção da escola. Como na avaliação da diretora fazia sentido, essas minhas loucuras, ela deixava eu continuar.

O reencontro com a enfermagem

Em 1968, chega o curso de enfermagem em Mossoró na Escola Superior de Enfermagem (ESEM), mas somente, em 1971, começa a funcionar. Nesse mesmo ano, faço vestibular e sou aprovada. Recomeça, então, a minha história com a enfermagem.

Esse curso foi criado para atender, de certa forma, à política de expansão do ensino superior adotado pelo MEC¹⁵ após o golpe militar de 1964 com o intuito de qualificar mão de obra para superar o déficit de enfermeiros no país. Essa qualificação era conduzida a partir das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

João Batista Cascudo determina a sua criação. Por se tratar de uma definição dos donos do poder, a criação da ESEM teve o apoio incondicional dos médicos, pois esses acreditavam que uma escola de enfermagem só necessitava de médicos como professores. Desse modo, ela foi criada sem um projeto acadêmico que contemplasse condições de funcionamento, corpo docente que dessem conta do processo de formação, cenários de prática, biblioteca e laboratórios. Esse cenário provocou improvisações dos momentos de implantação do curso.

A sua organização inicial teve ajudas pontuais de algumas enfermeiras, como por exemplo, Semiremes que veio montar o hospital Francisco Menescal, conhecido como Hospital Salineiro em Mossoró.

¹⁵ Ministério de Educação e Cultura.

Somente em 1972, foram contratadas três enfermeiras para compor o quadro da escola: Gertrudes Suassuna do interior do RN¹⁶, Maria Dar'c Cavalcante e Jeanete Maria Matos do Ceará. As três chegam recém-graduadas. Janete com habilitação em Salvador na área materno-infantil; Maria D'arc em Enfermagem Médico-Cirúrgico em Fortaleza; e Gertrudes com especialização em Enfermagem de Saúde Pública.

D'arc assumiu a direção da escola com uma coragem e um pioneirismo muito grande. Ela não estabeleceu limites para nós. Começou impondo algumas normas como o uso de uniformes, meias e cabelos presos. Poderia, naquele momento se configurar como idiotice, mas não era. Pensavam que, dessa forma, faria a diferença uma vez que, na concepção de alguns, a enfermeira era alguém que saiu da cozinha de algum político ou era uma servente do hospital que aprendeu a dar o plantão ou então, era amante de médicos.

Em virtude dessas concepções de enfermagem, D'arc começou a impor uma outra conduta. Concorro que era autoritária e provavelmente os alunos hoje se rebelariam. Mas naquele momento foi importante para assegurarmos nossa identidade e começássemos a construir um processo de trabalho que tivesse autonomia relativa. Essa avaliação, com certeza, não é feita por todos que viveram essa época. Além dessa mudança, D'arc conseguiu fazer escalas de plantão para que nós ficássemos responsáveis pelas unidades hospitalares e pelos centros de saúde de Mossoró, da época, mostrando, desse modo, a importância do trabalho permanente do enfermeiro nos cenários de prática.

Outro aspecto que considero de suma importância foi a Escola de enfermagem assumir a responsabilidade de opinar e participar sobre as questões de saúde/enfermagem e, principalmente, assumir a formação como responsabilidade institucional. A partir daí, os treinamentos do SESI¹⁷ e da Diocese, que possuíam um programa de preparo de mão de obra (PPMO) ministrado por atendentes de enfermagem, passaram a ser ministrados por alunos de enfermagem sob a supervisão docente. Enfim, os estudantes trabalhavam pela manhã, à tarde e à noite.

¹⁶ Rio Grande do Norte (RN).

¹⁷ Serviço Social da Indústria (SESI).

O primeiro ano do curso era o Ciclo Geral Indiferenciado com Português, Psicologia, Sociologia, Matemática e Antropologia. Em seguida, o Ciclo Básico de Enfermagem com: Física, Química e Biologia e por fim, o Ciclo Profissionalizante a partir do terceiro período do curso. O marco referencial desse ensino estava construído sob a lógica da produtividade que requeria mão de obra de baixo custo e com qualificação técnica que pudesse ser disciplinada e útil ao mercado capitalista.

Como no primeiro ano o curso só funcionava à noite, durante o dia cuidava de filhos, da casa e dava aulas particulares. Não era o fato de ser mãe de quatro filhos e ter uma situação financeira bem desconfortável que fazia com que eu não fosse para os eventos de enfermagem. Eu dava um jeito. Recorria, por exemplo, a minha família para ficar com meus filhos. Não teve uma só atividade que não tenha participado.

Em 1972, vou para o terceiro período cursar a primeira disciplina do Ciclo Profissionalizante, na época: Introdução à Enfermagem ou Fundamentos de Enfermagem. É nesse momento que nos aparece a oportunidade de participar do projeto Hope¹⁸, projeto americano que está sendo estudado por um enfermeiro nos Estados Unidos da América (EUA), coincidentemente meu filho, analisando a influência desse projeto na nossa formação.

O Hope, sem dúvida, foi uma experiência muito boa, pois nos possibilitou muita segurança. Mas hoje não posso negar que foi uma experiência basicamente desenvolvida no hospital, nas clínicas médico-cirúrgicas. Tivemos, apenas, a oportunidade, de quem quis, fazer observações no Centro de Saúde de Cidade da Esperança, local onde estava sendo implantado um modelo ideal de atendimento em um centro de saúde a exemplo do desenvolvido nos EUA. Apesar de não termos uma consciência crítica capaz de nos fazer compreender o que tinha por trás dessa experiência, conseguimos fazer muita coisa a partir dela.

Quando voltamos a Mossoró, passamos a ser a referência da enfermagem mossoroense. Fizemos concurso para monitores, mas, na verdade, assumimos a condição de professoras de algumas disciplinas tais como: anatomia, fisiologia, introdução à enfermagem, entre outras.

¹⁸ O intercâmbio entre os Estados Unidos e o Brasil faz com que em 1972 seja enviado a este país em especial a Natal/RN, um navio-hospital "Hope" para estabelecer uma missão de cooperação de saúde que duraria um ano. Durante a visita um grupo de treze estudantes da escola de enfermagem de Mossoró participam de um programa de estágio a bordo desse navio. (Moura; Lewenson, 2009).

A influência do Hope foi muito marcante na prática clínica desenvolvida por nós da primeira turma. Fazíamos reuniões com os gestores dos hospitais para tentar convencê-los das vantagens de usar as seringas descartáveis. Só que não tínhamos a consciência econômica do que significava naquele momento o uso do descartável nos hospitais que ainda ferviam as seringas numa caixa metálica. Como querer implantar os descartáveis sem haver nenhuma consciência crítica do que aquilo representava? Trabalhávamos apenas com um cálculo ensinado no HOPE relacionado ao custo de um paciente com infecção produzida pelo uso contaminado de materiais e o custo do uso dos descartáveis.

Antes de irmos para estágio no Hope, fizemos um curso preparatório, com ênfase nas técnicas básicas e recebemos a orientação de não pedir a ajuda às enfermeiras de Natal porque segundo os boatos elas queriam fechar a Escola de Mossoró.

Uma das experiências marcantes, nesse estágio, foi quando em um determinado dia a contraparte americana me incumbiu de cuidar de uma paciente e sempre que eu chegava perto do seu leito percebia que ela estava dormindo. Era um sono muito profundo que comecei a estranhar. Tentei verificar a temperatura, que era retal, não consegui. Tentei também verificar a pressão arterial e não consegui. Pensava: “não é possível!” Resolvi, então, procurar alguém para dizer o que eu estava estranhando naquela paciente. Era algo diferente de tudo que eu tinha visto. É nesse momento que vejo a contraparte brasileira que coordenava a enfermagem: Professora Raimunda Germano. Identifiquei-a por uma lampadazinha que ela sempre usava. Cheguei perto dela e perguntei: “você é enfermeira?”. “Sou sim”, responde Raimunda. Então, continuei: “minha contraparte me escalou para cuidar dessa paciente e como a minha supervisora teve que ir a Mossoró, estou precisando de ajuda. Estou muito preocupada porque não consegui identificar se a paciente está dormindo ou com outro problema, mas talvez seja a minha inexperiência”.

Quando Raimunda chegou perto da paciente e verificou a pressão, ela diz: “não é a sua inexperiência, essa paciente está em coma”.

Imediatamente, chamaram as enfermeiras e levaram-na para a UTI¹⁹. É a partir desse momento que surge uma parceria minha com Raimunda Germano. Ela foi uma das mentoras de todo o meu processo político e profissional. Foi uma das pessoas que mais contribuiu com meu crescimento. Isso eu faço questão de dizer.

Eu tive uma coragem muito grande. Imagine o dilema. Se não for uma coisa grave? Talvez ela tomou um remédio para dormir. Se for sono, ótimo! Mas se não for? A capacidade de discernir, de pensar em outras possibilidades, a coragem e a responsabilidade de achar que era melhor ser criticada por ser de Mossoró do que aquela paciente vir a falecer já existiam em mim, não pelo ensino de enfermagem, mas por todos os momentos de minha vida, principalmente pela participação política no movimento estudantil de 1960. Sem dúvida, esse foi o grande diferencial da minha vida. Longe de me desqualificar diante de Raimunda Germano, essa situação me qualificou diante dela.

Em maio de 1972, apesar de ter perdido a eleição do diretório acadêmico para Cristóvão Lima, casado com Graça, faço a abertura da primeira semana de enfermagem de Mossoró realizada pela escola. A pessoa que mais sabia de enfermagem e que melhor falava em Mossoró era eu. Parece que a ignorância nos leva as raias da irresponsabilidade. O pior que eu empolgava o auditório. Muitas coisas já eram de convicção em virtude de eu ter cursado um ano na Escola de Enfermagem Nossa Senhora das Graças em Recife. Mas, também, não posso negar que havia uma empáfia muito grande da minha parte e uma postura muito autoritária. Mas, sem dúvida, esses foram momentos de muita aprendizagem.

Naquela ocasião, defendia que a competência técnica seria suficiente para sermos reconhecidas e valorizadas profissionalmente e estaríamos contribuindo para a resolução dos grandes e graves problemas de saúde da população brasileira.

Penso que, nesse momento, de minha formação na ESEM aproveitei todas as oportunidades que surgiram. Lógico que reconheço era ensino incidental no qual aprendíamos o fazer com os atendentes de enfermagem e médicos. Mas pensando de uma forma mais ampla, o Projeto Hope e coragem de D'arc possibilitou a nossa autonomia e segurança para desenvolver nosso trabalho como enfermeiras. A audácia de D'arc contaminou a turma e quem quis foi por aí.

¹⁹ Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Vale salientar, também, que nesse período, a minha experiência como Secretária do Curso Técnico de Enfermagem (intercomplementaridade Centro Educacional Professor Elizeu Viana e FURN²⁰). A sala da secretaria do curso técnico era a mesma da graduação e esse foi um espaço de aprendizagem no que se refere à gestão acadêmica, uma vez que eu ouvia tudo o que era discutido e construído na graduação em enfermagem.

Alargando os horizontes

A minha formatura em enfermagem foi no final de 1974. Como eu era monitora da escola, automaticamente me tornei professora. Já em maio de 1975, assumo a direção da faculdade porque D'arc, Janete e Gertrudes saíram da escola por terem sido aprovadas no concurso do DASP²¹ para trabalhar no INAMPS²². Assumir a direção foi uma luta minha, um movimento dos alunos e dos professores uma vez que não viam, na ocasião, ninguém mais preparado em virtude de eu haver passado um ano como secretária e outro como coordenadora do curso técnico de enfermagem. Ademais, viam o meu engajamento, a minha maturidade entre outras coisas.



Corpo de diretoras da FAEN/UERN.
Arquivo pessoal de Ana Karinne.

Fui professora de várias disciplinas (fisiologia, ética e exercício, introdução à enfermagem, enfermagem médico-cirúrgica, administração, enfermagem em

²⁰ Fundação Universidade Regional do Rio Grande do Norte (FURN).

²¹ Departamento de Saúde Pública que atua na formação de profissionais tendo como com a finalidade sistematizar e socializar o saber ampliando e aprofundando a formação do para uma atuação em Saúde Pública. Nessa época, ele selecionava pessoas para trabalharem no serviço público.

²² Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social órgão símbolo do modelo médico assistencial privatista que até a institucionalização do Sistema Único de Saúde era a principal instituição prestadora de serviços de saúde. Nesse período a assistência a saúde estava centrada numa concepção hospitalocêntrica e curativista voltada apenas para os contribuintes da previdência social.

doenças transmissíveis *etc.*) e supervisora de estágio no modelo clínico e me inseri nas atividades de saúde pública através da coordenação de campanhas, inclusive, participando de diagnósticos tanto para a igreja católica como para a prefeitura.

Destaco da época de faculdade duas experiências importantes para a minha vida profissional. A primeira foi a realização de um estágio na Unidade de Queimados no Instituto Dr. José Frota em Fortaleza, que a partir dele, tornei-me responsável pelos cuidados aos queimados na Casa de Saúde Dix-Sept Rosado em Mossoró até 1976, quando vim para Natal. E, nessa mesma instituição, durante o estágio de Administração aplicada à Enfermagem, ficamos responsáveis pela organização de todo o hospital para a visita de supervisão do INPS²³ o qual foi a oportunidade de colocarmos em prática tudo o que construímos, teoricamente, na referida disciplina.

Como diretora, o primeiro desafio foi preparar o curso para o processo de reconhecimento. Natal tinha, como ainda hoje tem, resquícios de disputa com Mossoró, fazendo com que, naquela época, houvesse muita restrição à Escola de Mossoró. Mais uma vez digo: “a ignorância nos faz ir às raias da irresponsabilidade ou responsabilidade”, pois a primeira coisa que fiz foi pedir apoio às enfermeiras de Natal. Falei da responsabilidade que a Escola de Auxiliares da UFRN²⁴ tinha com a formação, uma vez que os enfermeiros formados em Mossoró atuavam nos cenários de prática do estado. Recebemos apoio principalmente da Professora Raimunda Germano. Vale salientar que, nesse momento, a UFRN estava criando o Curso de Graduação já que só existia o Curso de Auxiliar de Enfermagem.

Paralelo a esse apoio, fomos a Fortaleza falar com Raquel, diretora da Escola de Enfermagem São Vicente de Paula, escola de onde D’arc havia saído. Ela nos ajudou em tudo que foi possível. Raquel, Leontina, Alzirene e eu, professoras de Mossoró e do Ceará, tranquilamente fizemos o currículo da escola em uma tarde.

Através da direção, estabeleci vários acordos, que, hoje, fazemos através de convênios a partir de uma base teórica, como por exemplo: o trabalho da equipe de enfermagem. Naquele momento, definimos enquanto direção que as atividades do enfermeiro eram as mais complexas, as intermediárias do técnico e as mais

²³ Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

²⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

elementares dos atendentes de enfermagem, isso porque Mossoró quase não tinha auxiliares de enfermagem. Esses acordos estavam articulados ao estágio do último ano no qual os alunos de administração ficavam ensaiando ser enfermeiros.

A experiência mais marcante foi o desafio de implantar, na casa de Saúde Dix-Sept Rosado, uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica, vindo logo depois, a se transformar em UTI²⁵. O diretor dessa instituição ameaçava fechar o campo de prática alegando que a presença dos alunos acarretava prejuízos ao hospital. A condição para assegurar o campo de estágio era a Escola implantar o espaço de recuperação. Aceitamos o desafio e estabelecemos nossas exigências: autonomia para definirmos o processo de trabalho; garantia que teríamos todos os equipamentos necessários e, principalmente, que, após a implantação da sala, não haveria atendentes de enfermagem atuando nela.

Em primeiro lugar definimos a equipe de enfermagem que atuaria sob minha supervisão: enfermeiros coordenadores do processo; alunos do 8º período que cursavam a disciplina Administração; Enfermeiros responsáveis pelo cuidado direto; alunos do 6º período que cursavam a disciplina Enfermagem Médico – Cirúrgica e os alunos concluintes do Curso Técnico de Enfermagem. Aprendemos muito com essa experiência. A sala que deveria ser o CRO²⁶ passou a ser o embrião da UTI. Como resultado dessa intervenção da Escola, em janeiro de 1976, várias enfermeiras e técnicas de enfermagem foram contratadas para aquela instituição. Vale salientar que as demais instituições de saúde de Mossoró já contavam com enfermeiros coordenando o trabalho de enfermagem.

Estabelecer esses acordos como diretora da escola foram experiências que muito me ajudaram no decorrer da vida, inclusive subsidiando minha atuação na diretoria da educação da ABEn²⁷ no que se refere ao estágio supervisionado.

Foi, também, nessa época, que comecei a buscar especialização para o corpo docente. A visita do MEC²⁸ na escola fez com que conhecêssemos uma enfermeira baiana através da qual conseguimos vagas na residência da

²⁵ Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

²⁶ Centro de Recuperação Operatória (CRO).

²⁷ A Associação Brasileira de Enfermagem ABEn foi fundada em 1926. É uma associação civil de caráter cultural, científico e político em que congrega todos os profissionais da enfermagem com vista o desenvolvimento político, social e científico das profissões que a compõem. Tem como eixo a defesa e a consolidação do trabalho da enfermagem como prática social e tem como compromisso propor e defender políticas e programas que visem à melhoria da qualidade de vida da população e acesso universal e equânime aos Serviços de Saúde.

²⁸ Ministério da Educação e Cultura.

Universidade Federal da Bahia para duas professoras nossas, Raimunda e Eidje. Além disso, articulei com a escola Nossa Senhora das Graças em Recife, da qual fui aluna, outras vagas para residência no hospital da Restauração – Pedro Segundo. Muitos alunos foram fazer residência em Recife e lá permaneceram.

É nesse período que surge o meu primeiro grande questionamento sobre a formação do enfermeiro. Começamos a discutir a concepção das disciplinas. Pensava: “o que significa Introdução à Enfermagem? Será que é, apenas, introdução aos procedimentos hospitalares? O que seria, então, Introdução ao Direito? Será que, é apenas, fornecer os instrumentos para o direito criminal? E os outros direitos? Direito de família, trabalhista... Será que a introdução é só para um lado? Então, por que Introdução à Enfermagem era restrita aos procedimentos no hospital?”.

Apesar desses questionamentos, eu não tinha ainda o conhecimento do modelo flexneriano, como base teórico-metadológica que regulamentava o ensino na área da saúde. Então, eram questões que careciam de uma base teórica de sustentação que pudesse transformar minha angústia em algo diferente.

No momento em que pedi ajuda às enfermeiras de Natal para o reconhecimento do curso, Raimunda Germano me convida para ajudar na construção do curso de enfermagem de Natal uma vez que o grupo que estava lá não tinha experiência com ensino de graduação e a minha resposta foi: “só aceito quando eu deixar a Escola de Mossoró organizada e preparar uma pessoa para me substituir”.

Saio de Mossoró em maio de 1976, deixando o curso organizado de modo que Alzirene fosse minha substituta, mas como ela era cunhada de Martins Sobrinho, deputado PMDB²⁹, não pôde assumir.

Quando chego a Natal, os horizontes se abrem. Foi um espaço ímpar para jogar todas as minhas loucuras e colocar as minhas ideias em prática. Nós tínhamos uma empolgação por esse trabalho novo, diferente e por uma Escola que estava começando.

Iniciamos a construção do curso de graduação a partir do Parecer 163/72. Raimunda Germano estava na coordenação e eu na assessoria porque ela se

²⁹ Partido do Movimento Democrático Brasileiro.

ausentaria em dezembro para fazer o mestrado na UNICAMP³⁰ e eu era a única pessoa com experiência no ensino de graduação. Mas não pude assumir a coordenação em virtude do meu diploma ainda não ter sido reconhecido pelo MEC. Então, Helia, uma enfermeira da Faculdade de Educação da UFRN, assume a coordenação do curso, contando sempre com a minha colaboração.

Fomos criando o curso, claro, ainda de forma bem ingênua, articulando os níveis de formação pela intercomplementaridade. Só que isso era um debate interno muito grande uma vez que o grupo mais conservador achava que, ao se trabalhar com o atendente de enfermagem, desqualificaria o trabalho do enfermeiro.

Os debates eram acirrados, envolvendo discussões de concepções e de visões de mundo. Era diferente de Mossoró porque lá era muito mais ser a favor ou contra. Essa questão de articular os três níveis de formação teve uma repercussão muito grande no movimento nacional porque foram essas construções que forneceram base para que pudéssemos defender isso em nível nacional.

Paralelo a esse movimento, fui incumbida pela direção da escola, na pessoa de Professora Oscarina, de ir a Fortaleza escolher uma outra enfermeira para compor a equipe de Fundamentos de Enfermagem. A escolhida foi Profa Valda, filha de militar e evangélica da Assembleia de Deus, mas tinha algo na sua seriedade e tranquilidade que faziam apontar como um potencial de mudança.

Professoras Valda, Celsa, que hoje se encontra no Ceará, e eu, começamos a mudar totalmente o ensino de Fundamentos de Enfermagem. Na época, Vanda Horta³¹ estava produzindo a teoria do processo de enfermagem a partir das Necessidades Humanas Básicas de Maslow e foi com base nessa teoria que implantamos o processo de enfermagem como uma mudança significativa da disciplina.

Sem dúvida, o grande avanço dessa experiência foi conseguirmos articular essa disciplina com Introdução à Saúde Pública. Deslocamos o eixo da formação centrado no hospital. Estávamos apresentando um outro cenário de aprendizagem para os alunos. Além disso, começamos a ampliar os espaços de aprendizagem ao

³⁰ Universidade Estadual de Campinas.

³¹ Enfermeira que desenvolveu a um modelo de intervenção em enfermagem, o Processo de Enfermagem, cuja finalidade é assistência em enfermagem a partir do desenvolvimento de seis passos: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem. Sua teoria segue os preceitos das necessidades básicas defendidas por Abraham Maslow.

desenvolver atividades nos grupos de mães, na associação de moradores, na igreja, no Instituto Padre João Maria³². Por que precisamos ir ao hospital buscar um paciente que tivesse pediculose se no instituto João Maria era difícil encontrar alguma menina que não tivesse?

Desse modo, os cuidados com a pele, o exame físico, entre outros procedimentos da enfermagem nós trabalhávamos tanto no hospital quanto nas instituições vinculadas à saúde coletiva. Na época, a nossa ingenuidade nos fazia dizer: “onde tiver ser humano tem trabalho da enfermagem”.

Quer dizer, não era uma ingenuidade, mas sim um avanço. Mas, naquela época, achávamos que era uma grande bobagem porque nós éramos muito questionadas pelas outras professoras. Éramos rebatidas porque o nosso aluno chegava em Enfermagem Médico-Cirúrgico sem saber as técnicas mais especializadas. Achávamos que não era somente Fundamento de Enfermagem responsável pela formação do Enfermeiro. Defendíamos que cada disciplina era um pedacinho, era um tijolo na construção do enfermeiro e que a terminalidade é o final do curso. Se o aluno chegar ao sexto período sem saber verificar sinais vitais tem que se parar e ensinar. Não é por que não se ensinou que não iremos mais ensinar. São coisas que ainda hoje defendo. Já as outras professoras defendiam que toda disciplina devia ter uma terminalidade.

Essa experiência, logo depois, fracassou porque a oposição era muito forte em virtude da nossa história política. Raimunda e eu éramos tidas como as comunistas. Esses rótulos sempre foram colocados.

Em um momento do curso, eu trabalhava com Raimunda e Valda, já em outros era com Celsa e Valda. A parceria com Raimunda Germano foi muito forte na nossa politização. Ela apresentava as obras de Paulo Freire com capa de papel madeira porque não se podia usá-los. Vivíamos a ditadura militar. Ela sempre teve mais fundamentação e segurança do que nós. Ela vivenciou o movimento estudantil em Recife, mantinha contatos com outras enfermeiras como Isabel dos Santos, que havia sido sua professora e com Estela Barros, sua colega de faculdade.

³² Instituição que abrigava meninas enviadas pelo juizado de menores em Natal.

Na verdade, Raimunda descobriu meu potencial e pegou na minha mão a partir do que eu tinha reprimido, guardado e confuso. Ela foi a grande mentora no início de minha formação.

Em 1977, passei a compor a equipe de Saúde Pública. Meu ingresso nessa área se deu pela necessidade de existir alguém que pudesse se contrapor ao modelo de formação implantado pelas enfermeiras americanas, oriundas do Hope que permaneceram em Natal visando contribuir na construção do Curso de Graduação da UFRN.

O ensino da enfermagem em Saúde Pública era uma reprodução do modelo americano sem levar em consideração a realidade brasileira. Tive uma experiência em Mossoró na área de Saúde Pública e, acima de tudo, tinha a concepção de que não podíamos separar o “paciente” hospitalizado da família e da “comunidade”.

A minha entrada na área da Saúde Pública não foi nada tranquila. A alegação delas era que eu não tinha diploma³³, e, portanto, eu devia ficar apenas nas disciplinas iniciais do curso. Lembro da primeira reunião em que todas as professoras se apresentaram. Eram dez ao todo, sendo oito americanas e duas brasileiras. Todas ostentaram seus títulos e suas experiências. Eu falei por último: “sou Abigail, graduada em Mossoró, quando a reitora era simplesmente Maria³⁴”.

Elas disseram: “deixe de brincadeira, Abigail!”. Respondi: “não estou brincando. Se existe problema por eu não ter um diploma reconhecido, devo ser afastada do Curso. Na minha compreensão, há muito mais risco para formação do aluno ele ser iniciado no curso por um professor incompetente do que no último período quando o aluno já é capaz de avaliar sobre o que é enfermagem. A questão deve ser outra. Se eu vou permanecer na UFRN, vamos começar a trabalhar agora; caso contrário, apresente à direção do Curso as razões pelas quais não posso continuar”.

Falaram que não era essa questão e começamos a trabalhar nessa tarde. Eu me inseri de tal modo na Saúde Pública que foquei toda a minha formação, como docente, nessa área. Logo no início, comecei a fazer algumas aproximações entre a

³³ O curso de Mossoró não tinha sido reconhecido.

³⁴ Eu fazia referência à professora Maria Gomes, primeira reitora mulher, por quem tenho uma grande admiração e a uma novela da Rede Tupy de televisão: Simplesmente Maria.

Administração Aplicada à Enfermagem (modelo clínico) e Administração dos Serviços de Saúde (modelo epidemiológico).

Nesse tempo, conseguimos fazer grandes mudanças no ensino de Saúde Pública daqui de Natal. Enquanto no estágio já se saía com o programa feito, nós fazíamos o contrário. Íamos conhecer a comunidade e, depois, teoricamente começávamos a ver o que era mais pertinente se fazer. Nesse momento, já tínhamos a compreensão da determinação social do processo saúde-doença e começamos a alicerçar a nossa prática compreendendo a enfermagem como trabalho inserido na realidade concreta e não mais como uma prática idealizada. Quando a professora Emiko Yosshikawa Egry foi construir a TIPESC³⁵ ela se baseou muito, muito mesmo, na nossa experiência. Participei da construção desse movimento, como aluna do doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP) (1992/1997) na qualidade de orientanda da professora Emiko.

Safira Amamm que era uma teórica de serviço social, em seu livro *Ideologia do Desenvolvimento da Comunidade* nos ajudou a desconstruir o conceito de comunidade. Quando eu falo em conceito, não estou me referindo àquela coisa fechada que só pode ser isso ou aquilo. Estou falando daquilo que se pensa, acha, produz e faz. Portanto, vai além de um conceito preestabelecido. Nessa perspectiva, começamos a acabar com o discurso de que a comunidade é um espaço geográfico que tem interesses comuns. O que é a comunidade? O que existe lá dentro? Existe o dono do mercadinho que está explorando os outros? Então, a exploração faz parte da comunidade. O que existe mais? E por aí fomos desconstruindo todo o arcabouço da Saúde Pública na perspectiva da construção da Saúde Coletiva.

Discutíamos e participávamos dos movimentos contra a ditadura e o sistema de saúde que privilegiava o contribuinte do INSS³⁶. Como tínhamos uma aderência muito grande aos movimentos precursores da Reforma Sanitária, começamos a utilizar seus textos veiculados principalmente pela revista *Saúde em Debate*³⁷ para fundamentar nossas discussões. Além disso, começamos a discutir através do

³⁵ Teoria Prática de Intervenção em Saúde Coletiva (TPESC).

³⁶ Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

³⁷ O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, desde sua criação em 1976, tem como eixo principal de seu projeto a luta pela democratização da saúde e da sociedade.

CEBES³⁸ a concepção ampliada de saúde que só, em 1986, aparece na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Tudo isso era uma loucura para o Departamento de enfermagem da UFRN. Os professores passaram a nos criticar dizendo que não tínhamos que está discutindo essas questões. Isso é política e a enfermagem não tem nada a ver com política. Todas as outras professoras achavam que nosso grupo não estava ensinando nada. Houve uma reunião de plenária de departamento para discutir as razões pelas quais eu era contra a visita domiciliar. Quando me perguntavam: “você é contra a visita domiciliar? Eu respondia: “eu não sou contra a visita domiciliar. Sou contra a forma desrespeitosa como ela é feita porque essa estratégia só atinge as famílias pobres. Você não entra na casa de ninguém do bairro Petrópolis, uma mansão, para dizer: onde é o destino do lixo? Como é que você tem suas relações sexuais? O que você faz do seu salário? Você não pergunta isso!”.

Nesse movimento, o sexto período do curso era uma lavagem cerebral. Valda ministrando Ética; Raimunda Germano, Didática Aplicada à Enfermagem; e eu, Saúde Pública. Imagine a cabeça desse aluno. Coitadinhos. Antes de chegarem a nós, eles davam muitos problemas aos professores, mas nas nossas disciplinas eles se revelavam.

Nós dizíamos: “gente, esses alunos têm uma cabeça muito boa”. Elas respondiam: “são centopéias!” São centopeias porque durante o curso inteiro eles não prestavam e quando chega no sexto período passam a ter cabeça.

Dentro dos movimentos nacionais, destaco, em 1981, a 4ª SESAC³⁹. Um movimento de alunos no país inteiro em que nós, professores de Natal, entramos com muita força para discutir a concepção de trabalho e colocando as coisas que não eram possíveis ser discutidas na universidade. Nesses encontros, tínhamos a oportunidade de conhecer os grandes nomes, as grandes referências, como Carlos Gentil de Melo e Sergio Arouca. A SESAC era um mundo.

³⁸ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

³⁹ Semana de Estudos em Saúde Comunitária.

Cultivando conhecimento, colhendo política

Em 1978, fiz especialização em saúde pública e em pesquisa educacional. A de saúde pública foi realizada com os professores da USP⁴⁰ através do convênio UFRN-USP. Havia pessoas avançadíssimas na turma como um grupo de professores daqui de Natal - Rosana, Salete, eu, Boucinhas - além de profissionais da Secretaria de Saúde; ao mesmo tempo existia um grupo ultraconservador que compreendia a saúde como contar os casos, ter uma intervenção direta e fazer campanhas.

No ano seguinte, fui para João Pessoa/PB fazer meu mestrado em Saúde Pública através, também, de um convênio com a USP. Nossas pesquisas bibliográficas foram feitas em Recife, Fortaleza e São Paulo já que a UFPB⁴¹ financiava essas viagens. Foi um mestrado itinerante e bem contraditório. Enquanto tínhamos alguns professores da USP e da ENSP⁴² tais como Nilson Rosário da Costa, Emiko, Fernando Landdi e um engenheiro sanitário de João Pessoa – todos figuras fantásticas. Ao mesmo tempo tínhamos um grupo muito conservador da USP, da UFPB e da UFRJ⁴³. À medida que descobríamos as pérolas no meio do conservadorismo, começávamos a nos articular com elas. A Emiko, por exemplo, eu trouxe para a Diretoria de Educação, da ABEn nacional para participar de organização de Eventos e ser consultora do Curso de Especialização na FAEN. Nilson Rosário da Costa também participou de eventos, entre muitas outras coisas.

Quando volto do mestrado, em 1982, fui nomeada Chefe do Departamento de Enfermagem da UFRN. Minha eleição foi bem conturbada. Fui eleita, mas não fui escolhida. A escolhida foi Salete que só tinha 20 horas mas era da confiança de Daladier. Então, houve um movimento muito grande no departamento em que alunos e professores se manifestaram contra essa determinação conseguindo anular a eleição e fazer uma nova na qual foi possível eu ser nomeada. Eu nunca era escolhida porque diziam que eu era comunista.

Durante o meu mandato como Chefe de Departamento de Enfermagem da UFRN, dei continuidade às mudanças que já estavam acontecendo, e iniciamos o

⁴⁰ Universidade de São Paulo (USP).

⁴¹ Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

⁴² Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

⁴³ Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

processo de construção de uma proposta curricular que rompesse com as dicotomias no ensino de enfermagem: teoria-prática; prevenção-cura; modelo clínico – modelo epidemiológico e outros.

Privilegiamos a capacitação da força de trabalho (funcionários e professores), a articulação com o movimento estudantil, o movimento docente, os movimentos sociais em geral do Rio Grande do Norte e do país. O envolvimento de todos os atores sociais, nesse processo, partia da concepção de que estávamos construindo um projeto de formação de enfermeiros capazes de contribuir no atendimento das grandes demandas na área da saúde/enfermagem. Ainda tínhamos como desafio coordenar um processo de trabalho que fosse ao mesmo tempo democrático e descentralizado.

Vale salientar o papel importante que desempenhou a professora Mildred Negreiros, subchefe do Departamento. Embora tivéssemos visões de mundo diferentes, conseguimos realizar um trabalho com respeito contribuindo, dessa forma, para o sucesso da nossa gestão. Ouvir o diferente daquilo que eu pensava foi de uma importância vital para o meu crescimento como pessoa e profissional. O sectarismo foi substituído por respeito e, com isso, crescemos juntas. O resultado dessa parceria foi, em 1994, assumirmos a ABEn⁴⁴- RN eu, na qualidade de presidente, e Mildred como Vice-Presidente. Nesse período, estávamos em plena efervescência do Movimento Participação e, em nenhum momento, temi ser representada por ela. Muito embora nem sempre concordasse com as deliberações do grupo, Mildred era capaz de defender e ser fiel ao que a maioria decidisse.

Efervescência na enfermagem

Em 1979, o Congresso Brasileiro de Enfermagem da ABEn, ocorrido em Fortaleza, apesar da direção associação ainda ser bem conservadora, foi o evento que ousou falar em enfermagem e estrutura social como também começar a discutir a determinação social do processo saúde doença.

Já no congresso em Manaus, em 1980, discutíamos as tecnologias apropriadas em virtude do movimento da medicina simplificada e da saúde para

⁴⁴ Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn).

todos no ano 2000 e questionávamos: o que são tecnologias apropriadas? Tecnologias apropriadas, para quem? E para quê? É um trabalho de pobre para pobre? Ou é uma forma de universalização da atenção?

Nesse momento, começamos a formar um grupo com a Bahia em virtude da Professora. Estela de Barros da UFBA já ter vindo várias vezes aos nossos eventos aqui em Natal. De início, criamos o Encontro Regional de Enfermagem em Saúde Comunitária que aconteceu na Bahia em 1980 e em Natal em 1981. Após esses encontros, tomaram a dimensão regional se transformando em Encontros Regionais de Enfermagem (ENF'S). O grupo surgido dos encontros de Enfermagem comunitária foi o embrião do Movimento Participação⁴⁵. Um movimento organizado na enfermagem com pessoas que tinham uma militância política. Era um grupo mais de vanguarda, e o estado do Rio Grande do Norte entra na condição de condutor do processo.

Em 1980, era apenas um movimento de oposição à diretoria da ABEn, mas, depois, ganha força passando a ser um movimento de mudança articulado aos demais da sociedade. Portanto, não era mais a enfermagem sozinha lutando por mudanças. Era a enfermagem na Reforma Sanitária⁴⁶ participando com os trabalhadores da saúde, os movimentos populares e os movimentos organizados da área da saúde na perspectivas de se construir mudanças no Brasil.

Em 1981, Raimunda Germano, em um Seminário na USP, começava a colocar que a educação tinha que estar articulada às condições de vida e que ela era também determinada pelo modelo de produção econômica. Essas colocações causaram um frisson na USP. A professora Maria Rosa Pinheiro da EE-USP, com todo o respeito que tenho por ela, conseguiu através do seu grupo conservador de direita abafar a mudança do currículo mínimo, que deveria acontecer, em 1982, para substituir o Parecer 163/72.

⁴⁵ O MP é um fenômeno social e político em curso na presente conjuntura da enfermagem brasileira, e representa o "novo" que vem brotando de velhas práticas e estruturas ainda presentes no interior da ABEn. [...] É assim que entendemos o MP enquanto engendramento social de uma ação coletiva na enfermagem, ou seja, a partir de uma organização e manifestação política de uma parcela dos enfermeiros, e da relação dessa com o Movimento Geral da Sociedade, o qual gira em torno da luta entre dois projetos sociais que se confrontam no propósito de conservar ou transformar o Estado burguês (OLIVEIRA, 1990, p.47).

⁴⁶ Movimento social fundamentado numa concepção ampliada de saúde reconhecendo a saúde como direito social e dever Estado e que, portanto defende a institucionalização de um sistema único de saúde para o Brasil. Um momento forte desse movimento é a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que aprova as reivindicações e lutas da Reforma Sanitária culminando com a institucionalização do Sistema Único de Saúde Constituição Brasileira de 1988.

Em novembro de 1982, no primeiro ano da minha gestão como chefe de Departamento de Enfermagem – UFRN, acontece em Natal o Seminário: Educação e Saúde, articulado à ABEn-RN, sob a presidência da enfermeira Alzirene Nunes de Carvalho, visando discutir a mudança do ensino de Enfermagem no Estado, articulando o DE – UFRN e a FAEN – UERN. Os professores das duas instituições esperavam sair do evento com uma grade curricular que fosse implementada imediatamente. Durante o seminário, ampliamos a discussão para Educação e a Saúde no Brasil, projetos políticos subjacentes a cada movimento, a influência na formação e prática dos enfermeiros. Esse evento buscou desconstruir a concepção de Currículo como “grade curricular” para uma compreensão de Currículo como um artefato social construído coletivamente vinculado aos modos de “andar a vida”. Defendíamos, então, a compreensão de um projeto curricular.

Esse evento provocou um grande descontentamento ao grupo conservador, pois afirmavam que o evento, em nenhum momento, abordou a questão do currículo. Ao mesmo tempo, o seminário apontou desafios que foram enfrentados, ao longo do tempo, tanto em Natal como em Mossoró.

Em 1983, Raimunda lança o livro Educação, Ideologia e Enfermagem, um dos maiores trabalhos que foram realizados na enfermagem. Acho que ele foi mais forte que os demais em virtude de ter sido o primeiro a publicar todo esse pensamento de mudança. O lançamento foi motivo de revolta na enfermagem brasileira porque achavam que ela estava denegrindo a categoria. Na USP, em uma disciplina do doutorado, uma professora pega o livro e diz: “não é possível que uma enfermeira seja capaz de escrever tanta atrocidade. Ele só tem um destino: o lixo”. Nesse momento ela rasga e joga o livro no lixo. Quando termina a aula, Rosa Godoy e outras dizem: “peraí. Se ela está dizendo isso é porque esse livro é bom”. É então que esse grupo da saúde coletiva, que era ainda saúde comunitária da USP, começa a se apropriar de outros instrumentos.

Somente em 1984, conseguimos lançar uma chapa de oposição na ABEn. Para nossa surpresa, ela foi eleita com uma maioria estrondosa. Porém, a diretoria eleita não foi empossada porque a Diretoria da ABEn Nacional, na época, ABEn, Central, usou de várias estratégias para anular urnas que deram maioria a Chapa Participação. A chapa Compromisso, da situação, tomou posse em um Congresso

em Belo Horizonte com a presença da polícia e de um auditório inteiro gritando “participação”.

Nesse momento, eu já era presidente da ABEn/RN. As novas diretorias das ABEn's estaduais, reunidas em Belo Horizonte, deliberaram pelo não reconhecimento da Diretoria empossada. Criamos as Comissões Diretivas Provisórias que estavam ligadas ao Movimento Participação. Continuamos a luta e obtivemos várias vitórias. Foram três anos, de 1986 a 1989, de muita riqueza. Acho que é, nesse momento, que começa minha inserção no cenário nacional. Iniciamos nosso trabalho de mudança definindo coletivamente nosso plano de atuação para o Triênio. A comissão de Educação da ABEn nacional, hoje Diretoria de Educação, foi composta por representante de todas as regiões do país. Como coordenadora dessa comissão, participei da Comissão de Especialista do Ensino de Enfermagem da SESU/⁴⁷MEC.

A Comissão de Educação da ABEn se colocava como suprapartidária, procurando romper o atrelamento aos partidos políticos, empresas de produtos hospitalares entre outras. Era formada por militantes de vários partidos políticos com uma pluralidade de ideias contribuindo, assim, para o crescimento da enfermagem. A minha experiência na construção do PT⁴⁸, em Natal, por exemplo, se alicerçava na descentralização e construção coletiva de propostas em bairros. Essa experiência instrumentalizou-me para resgatar os movimentos de mudança na educação em enfermagem existentes no país, descentralizar e democratizar as discussões sobre a formação em saúde/enfermagem tendo como horizonte a construção do SUS⁴⁹ e o respeito à pluralidade de visões de mundo presentes na Comissão de Educação.

A ABEn sempre teve um projeto político, porém esse nunca era explicitado. Era um projeto atrelado ao poder, ao governo e aos interesses econômicos. A primeira diretoria Movimento Participação procurou traduzir os anseios da categoria através da construção coletiva do seu plano de trabalho. Tomamos por base os nossos compromissos de campanha e realizamos consulta a todas as ABEn's estaduais para que o plano, em nível nacional, partisse dos projetos estaduais,

⁴⁷ Secretaria de Ensino Superior (SESU).

⁴⁸ Partido dos Trabalhadores (PT).

⁴⁹ Sistema Único de Saúde (SUS).

construindo, desse modo, a democratização da entidade e a descentralização das decisões.

A proposta da nova Direção da ABEn tinha como desafio a construção de um Projeto Político para a Enfermagem Brasileira de modo que a categoria tivesse uma inserção propositiva na realidade de vida e saúde da população brasileira. Em consonância com essa proposta, definimos, coletivamente, que a categoria trabalho era o grande eixo estruturante das práticas em saúde e, conseqüentemente, da produção da força de trabalho da enfermagem nos diferentes níveis de formação.

A construção do projeto político da enfermagem partia/parte da realidade concreta da produção dos serviços de saúde na perspectiva de consolidar a concepção de saúde como direito de cidadania conquistado, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Como defendíamos essas concepções, éramos taxadas de marxistas. Não posso dizer que tínhamos uma concepção marxista, tampouco marxianos. Não era isso. Faltava-nos os instrumentos teóricos, metodológicos e políticos para dizermos: somos marxistas. Mas, nesse momento, compreendíamos a importância da educação como plasmadora de uma nova ética, de uma nova cultura e, conseqüentemente também de visões de mundo.

Reconhecia que a Comissão de Educação era o espaço legítimo e formal que utilizaríamos na busca da transformação sabendo, evidentemente, que a educação sozinha não transforma a realidade. Por isso, realizamos a articulação com a Comissão de Serviço e de Legislação para oferecer suporte na construção do conhecimento a respeito da concepção de trabalho. Não era portanto, apenas um projeto da educação, mas um projeto político para a enfermagem brasileira de modo que ela pudesse intervir na realidade da produção dos serviços de saúde.

Nesse período, já havia uma preocupação com a mudança do currículo mínimo. Para o MEC, ele deveria mudar a cada dez anos. Estávamos, em 1986, e o currículo mínimo da enfermagem tinha sido aprovado em 1972. Em todos os eventos da enfermagem, as escolas, representadas em sua grande maioria pelos diretores, reivindicavam a mudança do currículo mínimo achando que ele mudaria a educação. Já nós pensávamos o contrário. Pensávamos que o currículo mínimo deveria legitimar as mudanças acontecidas na sociedade, na saúde e na enfermagem e apontar para novas mudanças.

Reconhecíamos que não adiantava sentar e fazer um currículo em uma tarde como eu havia feito em Mossoró. Isso não resolvia. Tínhamos que buscar a construção coletiva, a partir das diretrizes emanadas da Reforma Sanitária e do Movimento Participação, para que os sujeitos assumissem esse trabalho, não mais como uma determinação imposta de cima para baixo, mas como algo que partisse da sua realidade.

Merece destaque a composição da Comissão de educação da Gestão 1986/1989: Francisca Nazaré Liberalino (UFRN), Raimunda Medeiros Germano (UFRN – cursando doutorado na UNICAMP), Ianê (UNICAMP)⁵⁰; Maria Josefina Salum. (EE/USP), Telma Garcia (UFA⁵¹), Sidenia Mendes (UFF⁵²/Niterói-RJ), Josicélia Fernandes (UFBA), Erlita Rodrigues (UnB⁵³), Izabel dos Santos (OPAS⁵⁴), Terezinha Vieira (CAPES) e Mercedes Trentine (UFSCa)⁵⁵;

Começamos a defender um currículo que articulasse o trabalho de enfermagem à formação para esse trabalho. Propondo a articulação ensino-trabalho e não mais ensino-serviço, integração ensino-serviço, integração docente-assistencial, pois compreendíamos que articular ensino-trabalho é maior que integrar docência e assistência, uma vez que demanda um compromisso político – institucional entre instituição formadora e produtora da atenção à saúde. Portanto, não tratava somente de uma mudança semântica, mas do eixo norteador do trabalho e da formação.

A concepção ensino-trabalho foi construída a partir do trabalho de professora Alba Lins (pesquisadora do serviço social) que discute a conceitualização do serviço social. A autora afirma que é impossível estabelecer um conceito para serviço social antes de compreender o significado do serviço social. Ela desloca a compreensão de serviço para trabalho dizendo que o serviço se institucionaliza, e o trabalho não. O trabalho existe na totalidade. Além dessa discussão de Alba Lins, tomamos, por base, os estudos Gaudêncio Frigotto sobre o trabalho educativo, além de outros pesquisadores da educação, da saúde e da enfermagem que abordassem essas temáticas.

⁵⁰ Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

⁵¹ Universidade Federal de Alagoas (UFA).

⁵² Universidade Federal Fluminense (UFF).

⁵³ Universidade de Brasília (UnB).

⁵⁴ Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

⁵⁵ Universidade Federal de Santa Catarina (UFSCa).

Todo esse movimento compreendia e defendia que o processo trabalho da enfermagem é único, embora sendo exercido por trabalhadores com formação e inserção diferentes. Desse modo os princípios norteadores da formação tinham que ser os mesmos.

Nesse sentido, não existem atividades privativas do enfermeiro⁵⁶. Que atividades são essas? Elas só se realizam quando há enfermeiro? E quando não há? Então, nós não podíamos trabalhar com a concepção da lei nº 7.498/86 que aponta para as atividades privativas dos enfermeiros e privativas do técnico. Precisávamos trabalhar com a concepção de processos de trabalho, já que a participação dos sujeitos é definida a partir da realidade. Como podemos dizer que em uma Unidade Básica no interior de Patu, por exemplo, onde não há enfermeiro, existem atividades privativas do mesmo? Na verdade, temos um processo de trabalho a partir da realidade de saúde, da realidade dos trabalhadores de saúde e da luta política desses atores dentro desse cenário para conseguir mudanças ou para permanências.

Nessa época, existiam 109 escolas no país e nós conseguimos visitar todas. Não era visitar somente para observarmos, mas para fazer eventos e retomarmos todas as propostas de mudança de currículo que as escolas tivessem. Foi esse movimento que fundamentou uma proposta de diretrizes curriculares nacionais para a enfermagem e não mais de currículo mínimo. Quer dizer, a nossa concepção de diretrizes para o ensino de enfermagem é anterior à concepção de diretrizes que vem da LDB (Lei de Diretrizes e Bases).

Quando essa proposta foi apresentada para a SESU-MEC na forma de Portaria em 1994, o grupo que estava à frente da educação na ABEn era muito mais burocrático. Isso fez com que a proposta fosse recortada, picotada e jogada parte no lixo. Conseguimos ainda guardar a essência. As perdas nós acreditávamos que poderiam ser refeitas e recompostas a partir do trabalho político que nós defendíamos, defendia não, defendo ainda hoje. É importante destacar que os espaços mais organizados conseguem reverter a resolução e dentro da autonomia

⁵⁶ A lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e no artigo 11 inciso primeiro estabelece atividades exercidas exclusivamente por enfermeiros. Distinguindo, portanto, ações desenvolvidas por ele em relação aos demais membros da equipe de enfermagem.

da universidade e da possibilidade de construir o chamado currículo pleno conseguimos trazer todas as diretrizes construídas nesse movimento.

Uma grande conquista nossa da década de 1980 foi o PROFAE (Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem). Projeto esse que objetivava qualificar os trabalhadores de enfermagem, em especial, os atendentes de enfermagem. Tínhamos consciência que a sua aprovação aumentava a dívida externa e a dependência internacional do país, uma vez que o mesmo era financiado pelo Banco Mundial. Escolhemos e lutamos pelo PROFAE porque a enfermagem precisava. Foi uma decisão política e consciente.



Entrevista concedida ao Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva sobre o PROFAE em 2002.

Nesse momento, as defesas que eu fazia não eram mais intuitivas, pois já havia uma compreensão política de educação e do trabalho da enfermagem. Também não era mais algo que Abigail se angustiava, mas um grupo que pensava assim.

Quando assumi a diretoria de educação da ABEN eu ainda não tinha doutorado. Ao chegar à USP, as primeiras perguntas surgiam: “quem é você? De onde você vem?” “De onde é o seu doutorado?” Eu respondia: Sou do Rio Grande do Norte e não tenho doutorado. Tenho apenas um mestrado feito na Paraíba”. Elas ficavam perplexas e comentavam: “ah sim, você é Nordestina! Lá de cima, não é? Poxa! Fiz meu mestrado em Minnessota⁵⁷, em Sorbonne⁵⁸, doutorado e pós-doc em Sorbonne e ela vem com um mestrado da Paraíba”.

Eu prestava as informações que me pediam, mas sabendo que elas me desqualificavam diante delas. Tive que desenvolver um trabalho muito intenso para ser aceita pelo grupo conservador. A minha história de vida me possibilitou compreender também o significado de ser um nordestino inserido no cenário nacional. Não é fácil! Sem você ter os atributos externos, como por exemplo, casada com alguém de renome nacional. Eu era divorciada e nesse meio havia uma resistência muito grande a mulheres divorciadas.

⁵⁷ Universidade norte-americana localizada no estado de Minesota.

⁵⁸ Universidade de Paris.

Fiz meu doutorado justamente na USP. Hoje, tenho um trânsito tranquilo nessa instituição. Sou respeitada pelas minhas posições e pelo que penso. Para o grupo conservador, sou uma ex-aluna bem querida, inclusive sou convidada para fazer discussões nos eventos mais fechados e conservadores.

Ter vivido tudo isso foi muito importante porque consolidou a minha posição como militante dos movimentos sociais com atuação muito forte na Associação Brasileira de Enfermagem desde 1974. São tantas experiências que, além da minha atuação no estado potiguar, participei do cenário nacional como coordenadora da Comissão de Educação e do Projeto de Sustentabilidade para implantação das DCN's, membro da Comissão de Graduação. Enfim, eu nunca me desvinculei da associação, ou melhor, só estou afastada há uns dois anos dos SENADEN's⁵⁹.

O grande laboratório

Costumo afirmar que o grande laboratório para consolidação da Política de Educação para a Enfermagem foi a FAEN/UERN⁶⁰. O produto desse processo está expresso no Projeto Político-Pedagógico, nas políticas e projetos nacionais e internacionais dos quais a FAEN/UERN participou e participa. Vale salientar que o movimento da FAEN/UERN tem tido repercussões nacionais, como por exemplo, a participação no LAPPIS⁶¹.

Uma política na FAEN que articula ensino/trabalho vem se consolidando desde a década de 1980. Talvez o marco desse movimento tenha sido o Seminário: Educação e Saúde no qual trazíamos o novo do que se estava sendo discutido na saúde e na educação, do qual já fiz referência. Nesse evento, a FAEN/UERN chegou com um grande grupo de professores. Como só eram destinadas duas vagas para cada instituição ficou o impasse: participa ou não participa? A organização decidiu que Mossoró poderia participar com o número de professores que tinha trazido. Em um determinado momento, a diretora da FAEN disse: “não é

⁵⁹ Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem (SENADEN's).

⁶⁰ Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (FAEN/UERN).

⁶¹ O Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) é um programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. O programa investiga e avalia experiências inovadoras de atenção integral em municípios de diferentes regiões do Brasil. Dentre elas, a experiência da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte correspondente a implantação do Projeto Político Pedagógico implantado em 1994.

possível! Nós não fazemos nenhuma mudança em Mossoró. Esse currículo não muda!” A concepção era que, ao mudar a lei, todos os problemas relacionados à formação seria solucionados.

Vale destacar a presença constante nos eventos estaduais de Maria José de Carvalho, Maria das Graças Alves, Neumann Vidal. No início, ainda muito caladas, juntando o material que as grandes escolas produziam, mas, tempos depois, essa situação se inverte quando FAEN passa a ser produtora de um novo conhecimento que serve de referência para as grandes escolas de enfermagem do país.

Em 1986, logo que assumi a Direção Nacional de Educação da ABEn, recebo um convite da professora Maria das Graças Alves de Lima para participar de um Seminário em Mossoró que discutiria um curso de especialização em Metodologia da Assistência de Enfermagem. Mesmo tendo saído de Mossoró, eu nunca me desliguei totalmente da FAEN. Os parceiros que eram do passado ainda permaneciam, alguns permanecem além de ter entrado outros nos dias de hoje.

Começo esse Seminário colocando a minha impossibilidade de trabalhar com concepções preestabelecidas. É nesse momento, que me proponho a fazer um levantamento das necessidades de Mossoró em relação ao trabalho em saúde/enfermagem para então, priorizarmos o que poderiam compor os módulos, os blocos e os conteúdos do curso de especialização. Nesse movimento, identificamos o que poderia ser trabalhado pela FAEN, pelas instituições de saúde, pelos movimentos sociais e pelas entidades de classe. Toda a elaboração desse curso foi feita pelos alunos, professores da FAEN, que precisavam se preparar para coordenar o processo de mudança no ensino e no trabalho de enfermagem da FAEN e do município de Mossoró.

Nós não tínhamos nenhuma disciplina. Saúde e Sociedade estava do início até o final. O que estávamos fazendo? Pondo em prática as diretrizes construídas no triênio 1986-1989. Digo muito que a FAEN foi um grande laboratório que tive o privilegio de ter para colocar tudo que nós trabalhamos teoricamente na Direção de Educação da ABEn. O maior aprendizado que tive em toda a minha vida foi o trabalho com a Diretoria de Educação e o laboratório privilegiado da FAEN/UERN.

Sem dúvida, esse foi um dos momentos mais ricos de produção coletiva do qual tive a oportunidade de participar. Não é por acaso que hoje ainda se fala desse

movimento. Nele, surgem vários atores e atrizes como as professoras Joselia e Moêmia, e os alunos Alcivan, Luíza, Bosco, Bruno que eram do PETEM.

Em janeiro de 1991, começamos o curso de especialização com o nome Metodologia da Assistência de Enfermagem porque tinha sido aprovado dessa forma pela universidade, mas não com conteúdo que enfatizava as teorias de enfermagem. O curso possibilitou uma ampla discussão sobre a realidade da saúde e da enfermagem de Mossoró, a capacitação dos docentes para a construção/implantação do novo currículo e incrementou a produção científica docente voltada para a transformação da realidade de ensino e saúde da região no âmbito da FAEN. A partir do curso, a produção científica da FAEN foi incrementada através das monografias do curso de especialização, dos trabalhos apresentados em eventos e dos projetos de pesquisa. Esse período foi marcado também pela saída de docentes para cursarem a pós-graduação *latu sensu* culminando com dissertações de mestrado e teses de doutorado que buscavam construir marcos teóricos para dar sustentação ao processo.



Encontro com docentes da FAEN/UERN, 1998.
Foto Arquivo FAEN/UERN

Ao invés de mudar a “famigerada” grade curricular do curso, nós tínhamos que mudar o modo de fazer a educação. Não era mudar simplesmente a grade por outra ou até mesmo seguir as determinações da ABEn, mas sim mudar as compreensões, o envolvimento e as propostas na perspectiva de um processo de construção coletiva.

O grande avanço do curso foi, sem dúvida, todos os momentos de aprendizagem, quando trazíamos professores de todo o Brasil para que fossem discutidos os conteúdos nas três grandes correntes do pensamento: o positivismo, a fenomenologia e o materialismo histórico.

Por exemplo, quem trabalha com saúde da criança via positivismo, fenomenologia e materialismo histórico dialético, eram convidados.

Antes dos professores visitantes começarem a trabalhar, eu e Graça Alves, coordenadoras do curso, instrumentalizávamos os alunos para que eles estudassem a temática a ser discutida. Geralmente, quando terminava um bloco, eu vinha do Rio de Janeiro fazer o fechamento das discussões e avaliava a participação daquele

docente. Aluno é aluno, em qualquer nível e em qualquer época. Eles criticavam muito e eu tinha o cuidado de retomar a discussão situando cada professor em sua base de pensamento.



Curso sobre Captação da Realidade envolvendo docentes e enfermeiros do serviço. FAEN/UERN, 2000.
Foto arquivo FAEN/UERN.

Uma coisa interessante desse processo de reformulação curricular é que à medida em que íamos construindo as mudanças, os professores já começavam a aplicar no ensino. Não esperavam oficializar o processo. Tanto é que, quando começamos a implantar o novo currículo em 1996, muita coisa já havia mudado no ensino dentro das disciplinas antigas.



Reunião do Departamento de Enfermagem para liberação de professores para pós-graduação. FAEN/UERN, 1998.
Foto Arquivo FAEN/UERN.

Na construção desse currículo, reunimos algumas disciplinas que não tinham mais sentido de estarem separadas. Métodos do Trabalho da Enfermagem, Estatística, entre outras juntamos em Epidemiologia e Enfermagem. Novas disciplinas surgiam como Universidade e Força de Trabalho em Enfermagem, Concepção sobre o

Ato de Estudar, Enfermagem no Processo Saúde/Doença no Processo. Existiam alguns conteúdos que não sabíamos como trabalhar. Por exemplo, em História e Processo do Trabalho da Enfermagem nos faltava fundamentação teórico-metodológica do que era o trabalho. Então, o que fizemos? Convidamos professores e, à medida que os alunos da primeira turma participavam, os professores que iriam continuar essa área também estavam sendo capacitados e, no final da primeira disciplina, fizemos uma proposta de conteúdos essenciais.

Uma grande mudança dessa disciplina foi deixarmos de contar a história. Era História e Processo do Trabalho da Enfermagem. A história passou, então, a ser diluída na discussão do processo de trabalho da enfermagem nas diferentes conjunturas. Porém, nem todos os professores têm essa concepção e no espaço do trabalho eles



Primeira turma da curso de enfermagem do currículo novo, 1996. Foto Arquivo FAEN/UERN.

separam para contar a história. Não deixávamos de enfatizar nenhum dos fatos históricos da enfermagem, mas o nosso trabalho inicial era que todos eles fossem contextualizados.

É importante dizer que, ao instituímos o novo currículo, passamos a trabalhar com áreas temáticas, mas não conseguimos sair da disciplina porque a correlação de força não foi suficiente para conseguirmos romper com ela. As disciplinas, contudo, poderiam desaparecer porque elas existiam, apenas, para ser colocadas nos diários de classe. Na sua operacionalização, elas se perdiam no emaranhado da integralidade do currículo e da proposta pedagógica, mas isso só acontece com os docentes politicamente mais competentes.

Essa proposta privilegiava a formação do bacharel e licenciado, crítico e reflexivo, capaz de conhecer e intervir no processo de produção dos serviços de saúde, na perspectiva da transformação dos perfis epidemiológicos (nacionais, com ênfase em sua região) e aperfeiçoamento do processo saúde-doença, tendo como paradigma, a determinação social do processo saúde-doença. Visava também, garantir a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, ultrapassando a relação teoria-prática para a relação prática-teoria-prática tendo como eixo integrador a produção de conhecimentos que fundamentem o trabalho de enfermagem e o trabalho do enfermeiro como coordenador do trabalho de enfermagem.



Reunião do Departamento de Enfermagem. Mossoró, 1997. Foto Arquivo FAEN/UERN.

A possibilidade de pôr em prática uma proposta audaciosa como essa conseguiu mexer em muitas estruturas da universidade, por exemplo, rever a questão da pós-graduação. O Pró-Reitor de Pós-Graduação na época, Walter Fonseca, não queria aprovar um curso de especialização com mais de 700 horas, já que essa carga horária é de um curso de mestrado. Reconhecíamos isso, porém achávamos que ele era necessário para capacitar os professores e enfermeiros do serviço. Outras coisas que esse processo mexeu foi o complicado quadro de lotação docente, o processo de interiorização dos cursos de enfermagem para os campi e um projeto de articulação ensino-trabalho muito forte.

Tive uma inserção muito grande na UFF⁶², na USP, na UFMG⁶³, na UFSca, na UNICAMP, UFG⁶⁴, enfim em muitos espaços. Mas a UERN era uma universidade emergente, pequena e diferente das demais porque a enfermagem era o curso hegemônico da área da saúde. Partia dele todas as discussões e construções da saúde na universidade. Além disso, havia na escola um grupo que não contava com grandes estrelas. Era um grupo em formação.

Esse movimento teve uma repercussão marcante no meu doutorado porque, em vez de me desarticular da FAEN, o meu doutorado foi articulado com esse processo. Passei, por exemplo, um ano construindo a categoria trabalho fazendo cursos, seminários, estudando e apresentando trabalho em congresso. Portanto, a concepção trabalho foi gestada no trabalho que fazíamos em Mossoró. Por isso, posso afirmar que a minha formação sempre se deu no coletivo e nunca uma atividade pessoal, isolada, estanque.

Outras germinações

Na FAEN, não tínhamos um processo ensino-aprendizagem, mas ensinar-aprender. Com isso, as concepções e a forma de conduzir o trabalho na FAEN subsidiaram todo o meu trabalho como assessora ou consultora de outras instituições de ensino superior. Por isso, tudo que aprendi na FAEN possibilitou-me colocar em prática em Teresópolis na UNIFESO, em Rio das Ostras na UFF, na

⁶² Universidade Federal Fluminense (UFF).

⁶³ Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

⁶⁴ Universidade Federal de Goiás (UFG).

USP, na UERJ⁶⁵, na UniRIO⁶⁶, na Escola Pernambucana de Saúde, em Recife, na Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paulo em João Pessoa e na pós-graduação.

Na condição de coordenadora da (re)construção dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP's) minha maior participação era na criação de estratégias capazes de possibilitar a inserção nesses projetos no movimento nacional da saúde e da educação, como também sendo conduzido-o pelos encaminhamentos dos SENADEN's e a partir disso, assumir e definir, coletivamente novos objetivos, perfil, competências e habilidades para a formação do enfermeiro.

Em Teresópolis, por exemplo, utilizamos uma outra base teórico-metodológica, a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) com a qual nunca havia trabalhado. Foi uma experiência muito rica, uma vez que construímos as ferramentas do PBL. Quando se compreende as diretrizes, o PBL ou outra metodologia, torna-se uma estratégia. O interessante é que em Teresópolis não há um ensino baseado em problema puro. Tem uma problematização que segue os passos do PBL, mas tendo como recorte a própria realidade. Toda a concepção de captação da realidade, projeto de intervenção, intervenção e reinterpretação, eles conseguem fazer.

Fui para essa instituição privada, na época FESO, porque havia um militante da ABEn, Luiz Cláudio, como diretor. Por muita insistência dele, fui contribuir com a mudança do currículo em 1996. Digo muito: “o que nós conseguimos construir na FESO é possível em outras escolas privadas do país”.

Luiz Cláudio coordenava esse trabalho, enquanto eu assessorava. Ele possuía uma capacidade muito grande de romper com as estruturas burocráticas. Eu pensava que ele estava aceitando a burocracia, mas, depois, ele encontrava uma saída. Luiz conseguiu instituir um projeto de curso que não deixa a desejar aos bons projetos de escolas públicas. Trabalhamos com bolsa de estudo, articulação ensino-trabalho, monografia... Foi essa experiência que deu a possibilidade de me inserir em outras universidades privadas e discutir com os professores o significado do setor privado e com a ABEn a sua responsabilidade com o processo de formação nesse setor. Digo: “os enfermeiros dessas instituições, bem ou mal formados vão se

⁶⁵ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

⁶⁶ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRIO).

inserir no mundo do trabalho. Uma diferença é você está tentando construir e contribuir com a construção de algumas estratégias de mudança”.

Tenho clareza de que a participação da ABEn não irá mudar a lógica do setor privado. Ela não muda. A lógica é o lucro, e esse lucro é perverso. Toda proposta é aceita desde que não diminua a lucratividade, mas algumas coisas podem ser feitas. Não estou querendo propor formas paliativas de enfrentamento, mas explicitar a importância do compromisso.

Em Recife, na Faculdade Pernambucana de Saúde, por exemplo, a proposta curricular deixa muito a desejar em virtude da falta de consistência teórica e pedagógica dos professores. Como é uma escola ligada a uma instituição hospitalar, o IMIP⁶⁷, a faculdade não tem a vida universitária, o movimento, as informações, os eventos que se constituem em espaços de capacitação.

Em João Pessoa na FESVIP⁶⁸, talvez seja, de todas as propostas, a de maior clareza e consistência. Foi a última elaborada e assessorada por mim. Essa proposta tem um eixo norteador que vai se consolidando. Ela tem bases biológicas e sociológicas do trabalho da enfermagem e em todos os momentos elas continuam. Por exemplo, em bases biológicas e sociais da reprodução humana há anatomia, fisiologia, sociologia, cultura, antropologia... que se precisa para compreender a reprodução humana. Ela é uma proposta riquíssima, mas que se perde na operacionalização por ser muito cara. Mas, por que ela é aceita? É aceita porque a instituição não entende e, depois, a comissão de avaliação fica deslumbrada com a proposta.

Apesar dessas dificuldades, continuo defendendo que ultrapassando o ensino tradicional, ministrado em 30 transparências, fichas amareladas do meu tempo e de power point que se repete indefinidamente é, sem dúvida, um ganho para a formação e para o trabalho em enfermagem.

O legado

O grupo do qual participo, que não dá para dizer nomes, tem a educação e a saúde como políticas inseridas nas políticas sociais e a preocupação que elas

⁶⁷ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

⁶⁸ Faculdade São Vicente de Paula (FESVIP).

ultrapassem a concepção de políticas de governo para se tornarem políticas de Estado. Uma política de governo ocorre, por exemplo, com o que aconteceu no governo Lula em relação à Política de Educação Permanente em Saúde, pois, ao mudar o Ministério da Saúde para o PMDB⁶⁹, o governo desfaz todo o avanço da política e retoma as dicotomias.

Esse grupo entende que o nosso horizonte é a transformação da totalidade social que se operacionaliza para nós, muito mais próximo, nas questões das políticas de saúde e das políticas de educação. Uma transformação que deve partir da realidade uma vez que não se consegue transformar o telefone sem conhecer a realidade do uso desse aparelho. Sem partir da realidade não estou fazendo transformação seja para um lado seja para o outro, mas ajustes, adaptações e reformas verticalizadas. É uma compreensão de transformação que trabalha com a possibilidade. Talvez uma das coisas mais difíceis nesse processo é encontrar estratégias possíveis de ser colocadas em prática.

Qual o legado que nós estamos deixando para quem está começando? É um legado de lutas e de muitos equívocos cometidos. Equívocos esses que não há julgamento. Não dá para dizer: “vocês fizeram errado, vocês fizeram certo”.

Falta hoje no movimento da enfermagem, o aprofundamento sobre as coisas que são ditas, faladas e construídas. Pegam-se os rótulos, os conceitos e nos amarramos dentro deles. Acho que construir o novo é ousar, é realmente não ter medo de errar e ver no velho o que ele tem por trás. Quando eu falo da crítica, não estou me referindo à crítica positiva ou negativa. Não. Eu estou me reportando à crítica como uma nova forma de visualizar determinados processos e construções perspectivando a construção de um novo. Ao negar a totalidade, se está colocando uma outra qualidade.

A FAEN, ou melhor, a enfermagem mossoroense está passando por um processo de empobrecimento. Não sei se eu estou sendo muito dura, se é saudosismo ou muita tristeza. Ou melhor, acho que é minha visão de militante.

Tive a oportunidade de receber uma consulta ao conselho e pelo que li do documento era um professor de uma instituição particular defendendo que as atividades práticas, dentre elas o estágio, fossem realizadas pelo enfermeiro do

⁶⁹ Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

serviço considerando o envolvimento e a articulação ensino-trabalho. Deixava, nas entrelinhas, que esse trabalho não poderia ser pago em nome do compromisso. Fico me perguntando: “será que o que nós defendemos, com a valorização do trabalho da enfermagem, é para ele assumir mais uma jornada de trabalho?”

Defender que a carga horária do Tarcísio Maia⁷⁰ seja reduzida para os enfermeiros supervisionar os alunos, acho pertinente. Propor a instituição formadora que organize um novo trabalho para o enfermeiro que está na instituição privada, fora do seu horário de trabalho e receba por isso, é pertinente. Conseguir junto à instituição produtora dos serviços de saúde a liberação desse enfermeiro para fazer a supervisão, é pertinente. Agora, acumular mais uma função, mais um trabalho sem remuneração, considero exploração.

Então, quando vejo determinados documentos não escritos por ex-alunos que, hoje, são professores, utilizando o referencial dos movimentos e se colocando na defesa de propostas totalmente contrárias ao que se defende, me dá uma tristeza muito grande. Dói-me ver esse tipo de uso indevido daquilo que se construiu politicamente durante tanto tempo. Pode ser saudosismo, envelhecimento, mas é falta de compromisso e oportunismo também.

Gostaria de encerrar essa entrevista dizendo que o maior legado que deixo é o amor e a dedicação aos meus filhos e, especialmente, aos meus netos.

⁷⁰ Hospital Regional Tarcísio Maia localizado no município de Mossoró/RN.



“Nessa minha caminhada tive a preocupação de não enveredar pela neutralidade do conhecimento, mas sim de vê-lo a serviço das pessoas como um patrimônio da humanidade”.

Francisca Valda

Franscica Valda: uma militante audaciosa.**Gênese e singularidade de uma trajetória humana**

Nasci em Fortaleza no ano de 1951, primogênita de sete filhos de Valter Inácio da Silva e Maria Helena Moreira e Silva, recém-nascida fui morar no Rio de Janeiro/RJ onde aprendi a dar os meus primeiros passos. Em pouco tempo meu pai, um militar da Marinha do Brasil, foi transferido para Belém-PA; na ida para o novo domicílio uma parada em Fortaleza, para o nascimento do meu segundo irmão Valnides Moreira da Silva e foi, nesse belo pedaço da Amazônia, que vivi 13 anos da minha vida e apreendi as bases humanas, sociais, educacionais, religiosas e culturais que fazem parte do meu jeito de ser, ver e viver.

Ao chegar a Belém, fomos morar em um bairro popular sem qualquer estrutura, chamado Arsenal da Marinha. Viver nesse lugar marcou meu jeito de pensar, ver o mundo, sentir e agir, definindo características da minha personalidade e do meu caráter como: inconformismo com a situação de miséria, pobreza, fome e doenças a que está submetida a maioria da população; aversão à hipocrisia, a mentira e a opressão; rejeição a práticas egoístas, individualistas e competitivas, como forma de viver em sociedade.

Penso que minha escolha profissional tem a ver com experiências marcantes vivenciadas na minha infância na condição de família e/ou de usuária de serviços de saúde: com quatro anos de idade, vivi uma situação da morte do meu terceiro irmão Moisés Valter da Silva, na própria maternidade do hospital geral/maternidade da Marinha em que nasceu; pouco tempo depois fui paciente em tratamento de queimadura de terceiro grau na coxa direita, por acidente doméstico quando eu estava fazendo mingau para alimentar meu terceiro irmão José Valter da Silva e, logo depois, a internação do meu pai com diagnóstico de cirrose hepática e prognóstico sombrio, mas com resposta surpreendente ao tratamento e superação, felizmente.

Ainda criança, fiz a opção de pertencer a uma igreja evangélica acompanhando minha mãe, me engajei no trabalho de uma igreja com atuação que não se restringia a pauta da formação religiosa, doutrinação e evangelização, me

dediquei à evangelização de rua e de porta a porta, agregando um olhar social ao trabalho primário de ajuda espiritual, assim não conseguia ficar omissa quando encontrava pessoas enfermas e necessitadas no caminho. Essa iniciação no cuidado a pessoas me dava prazer e me possibilitava aprender o sentido da generosidade e o valor da solidariedade.

A escolha de ser evangélica não tinha aprovação do meu pai, a participação no trabalho da igreja acontecia sem o seu conhecimento, nos intervalos de suas viagens de trabalho no país e fora. Tendo a situação de provedor da casa e um perfil rígido e tradicional, meu pai tinha a expectativa de controlar a vida e as decisões de toda a família, a educação dos filhos e sua esposa. Era uma experiência clandestina. Nossa mãe, mulher determinada, generosa e corajosa, com as condições que tinha bancou sem bater de frente, nossa atuação familiar na igreja: cultos, escola dominical, programações no púlpito da igreja, praças públicas, evangelização porta a porta, além claro, do trabalho social.

A escola teve um papel importante na formação da minha base cognitiva, psíquica e social. Iniciei a alfabetização com uma professora particular era a “dona Geni” que dava aula na sua própria casa, um ambiente simples, familiar e seguro. Uma boa experiência na minha vida. Meus estudos continuaram em uma escola pública a qual me marcou negativamente, principalmente em relação à professora “dona Alda” que desenvolvia a pedagogia do medo e da punição, com uso abusivo da palmatória e de castigo, que me produziu uma baixa estima.

A mudança para a vila militar, no ano de 1959, nos levou para longe de Belém e passei a estudar no Colégio Almirante Renato Guilhobel, dentro do próprio quartel da Marinha em Val de Cães, onde fica o aeroporto que atende à capital. Nessa escola, concluí a primeira etapa da minha formação educacional a qual tinha um projeto pedagógico rigidamente pautado na hierarquia, obediência, disciplina e avaliação de mérito comparativa entre bons e maus alunos, com o claro propósito de formar pessoas dóceis, comportadas, acríticas e colaborativas com o *status quo*. Com meu temperamento responsável, aplicado e, de certa forma, conciliador me adaptei a essas regras e alcancei um destacado resultado nos estudos que me valeu um certificado de honra ao mérito.

O ingresso no ginásio se deu com a aprovação no exame de admissão, rito de passagem educacional dessa época, com um ano de antecedência, passando então, a estudar no Colégio Herbart em Belém-PA, escola particular bastante conceituada que representou, para mim, uma ascensão social e uma grande oportunidade.

Meus pais resolveram adotar uma criança, ganhamos mais uma irmã em uma casa que tinha uma menina e dois meninos. Essa mudança trouxe muita alegria fazendo com que alterasse a própria dinâmica familiar. Logo em seguida, a cada ano, chegaram mais três irmãos, Paulo Messias da Silva, Ruth Helena Moreira e Silva e Samuel Haroldo da Silva. Ao todo, fiquei com seis irmãos.

Essas experiências em casa, na igreja e na escola foram marcantes na minha vida e me ensinaram a fazer escolhas “possíveis”, desenvolver capacidades de conhecer, contextualizar, tomar decisões, aprender a escutar e reconhecer a participação de todos os atores presentes no processo histórico, inclusive os que ainda não estão constituídos como atores. Essa leitura da realidade foi essencial ao meu crescimento como pessoa e mulher com reflexos no campo familiar, profissional e cidadão, junto à sociedade e ao Estado.

Em 1964, meu pai aguardava aposentadoria por tempo de serviço, mas o advento do golpe militar adiou seus planos, pois ele foi convocado ao quartel para se envolver na ditadura militar. Com o decreto de Estado de Sítio, ele passou 40 dias sem nenhuma comunicação com nossa família. Foi um tempo de muito medo, tensão e apreensão para nossa família. Finalmente, em 1965, sai sua aposentadoria e com ela veio mais uma mudança carregada de incertezas e tensões. Ao chegarmos em Fortaleza, tivemos, no início, que morar na casa da minha avó paterna em um bairro muito pobre na periferia da cidade. Para felicidade minha e do meu irmão José Valter, conseguimos vaga no Colégio Estadual Liceu do Ceará, em Fortaleza que era uma escola pública de excelência e nela concluí o científico em 1969.

Apesar do progresso nos estudos, sonhava em ser evangelista ou missionária, em algum lugar distante, onde pudesse ajudar pessoas, com necessidades espirituais e sociais. A vida me empurrou para uma escolha profissional no campo da saúde; minha família me influenciou a fazer vestibular para

medicina e, assim, me inscrevi para concorrer a uma vaga na Universidade Federal do Ceará (UFC). Nesse exame, fiquei excedente e fui classificada para uma segunda opção que não me interessou; um mês depois, fiz outro vestibular para o curso de enfermagem na Escola de Enfermagem São Vicente de Paulo – EESVP no qual fui aprovada e iniciei o curso.

Estava dividida: alegre em estar cursando faculdade e, com certa frustração, por não haver conquistado a vaga para o curso de medicina. Então, resolvi conciliar o curso de graduação em enfermagem durante o dia, com aulas de cursinho preparatório para um segundo vestibular de medicina, à noite. Depois de seis meses, resolvi abandonar a ideia de um novo vestibular, larguei o cursinho e me dediquei à formação como enfermeira. Foi uma decisão que desagradou familiares e amigos. Todos achavam um absurdo, uma loucura essa minha decisão. Mas foi uma decisão minha e consciente.

O curso de enfermagem era particular. Esse curso de enfermagem também era particular. Surge então o questionamento: como eu posso trazer uma outra despesa para minha família? Eu não podia fazer isso. É claro que ele não era caro como muitos desses cursos privatizados de hoje, que visam apenas ganhar dinheiro, era uma escola filantrópica de ordem religiosa que precisava de recursos para se manter. Mas, sem dúvida, era mais um custo para meus pais. É então, que consigo uma bolsa de estudo para pagar a mensalidade da faculdade. Logo no primeiro ano do curso, sou selecionada para um estágio remunerado na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza e para ser monitora da disciplina Fundamentos de Enfermagem na EESVP-CE. Com isso, fico com duas bolsas, uma na assistência e outra no ensino, fazendo com que eu passasse a bolsa do pagamento da faculdade para outra colega.

As minhas primeiras experiências nos serviços de saúde na condição de estagiária, aliadas às responsabilidades de profissional, foram marcantes na assistência, na gestão do cuidado e dos serviços as quais me ensinaram a produzir conhecimentos; a desenvolver habilidades técnicas, de comunicação, de trabalho em equipe, de gestão; aprendi a tomar decisões e a consolidar valores éticos. Nessa estreia no mundo real dos serviços de saúde, vivi situações difíceis, dilemas éticos e precisei aprender a tomar decisões que envolviam outros profissionais de saúde.

Conclui a graduação em dezembro de 1973 e, no início do ano, fui contratada como enfermeira na Santa Casa de Misericórdia e admitida por seleção pública como professor na instituição em que me formei que hoje integra a UECE⁷¹. Na Santa Casa, tive oportunidade de atuar como enfermeira das seguintes unidades especializadas: clínica médica, cirurgia de mulheres, dermatologia, pneumologia, oncologia, urologia, traumatologia, pediatria e centro cirúrgico. E também atuar na supervisão de estudantes de enfermagem da UECE e da UNIFOR⁷².

Nesse início de carreira, como enfermeira, incomodava-me a fragmentação da equipe de enfermagem: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, chegando o técnico de enfermagem na década de 1970 e mais uma subdivisão proposta de cima para baixo, o tecnólogo em enfermagem. No entanto, o grande contingente de práticos e atendentes de enfermagem sem qualificação específica no processo de trabalho da enfermagem era o problema que ameaçava a sustentabilidade do projeto profissional e comprometia a qualidade das práticas da enfermagem. A partir daí, compreendi que era preciso lutar pela profissionalização dos atendentes de enfermagem e ser contra a criação do tecnólogo em enfermagem.

Outra questão que me deixava desconfortável era o perfil dos enfermeiros centrado na administração, gerência e gestão, quando a essência do trabalho do enfermeiro deveria ser o cuidado. Assim me associei à agenda de luta pela a (re) significação do perfil e da prática da enfermeira para atuação assistencial em todos os níveis de atenção e cuidados de enfermagem/saúde.

Havia aprendido na escola que a pessoa mais importante da equipe era o paciente mas, na prática dos serviços, a situação era outra. Preocupava-me ao ver as pessoas precisando de assistência de enfermagem/saúde segura e de qualidade, mas o que se oferecia era algo sem garantia, em que as pessoas ficavam aguardando uma ficha para atendimento ambulatorial ou internação em um dos leitos de “indigentes”. Dessa experiência, firmei algumas convicções contra a exclusão e pela saúde como direito, base para meu futuro engajamento no projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Outra conquista no início da minha carreira foi a aprovação no Concurso Público Nacional do DASP para o cargo de enfermeira no ano de 1974. Poderia

⁷¹ Universidade do Estado do Ceará.

⁷² Universidade de Fortaleza.

ingressar em um dos dois hospitais de referência do estado os quais pertenciam ao INAMPS-MPAS: Hospital de Messejana ou o Hospital Geral de Fortaleza (HGF). Foi, também, em 1974 que me casei e comecei a vida conjugal com casa própria e minha carreira profissional bem iniciada.

Uma metamorfose: renascimento

Em julho de 1976, participei de um processo seletivo no qual fui admitida como professor colaborador da UFRN para a disciplina Introdução à Enfermagem. Nesse período, as universidades federais estavam com uma linha de contratação autorizada pelo regime militar para suprir a situação emergencial, como professor colaborador, com dedicação exclusiva ao ensino.

Essa aprovação gerou a necessidade de eu tomar uma decisão muito difícil, pois eu já trabalhava na UECE como professora assistente concursada, na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza como enfermeira, colaborava com a supervisão de estudantes de enfermagem da UNIFOR e já havia feito o concurso nacional do DASP com aprovação nos primeiros lugares. Tinha que escolher entre a estabilidade conquistada em Fortaleza ou me aventurar no desconhecido.

Fiquei com a segunda opção: pedi demissão do cargo de enfermeira da Santa Casa de Misericórdia, afastamento sem remuneração do cargo de professor do quadro permanente da UECE e solicitei ficar no final da lista dos aprovados do concurso.

No plano pessoal, também tive que fazer escolha. Era a oportunidade de autoconhecimento e encontrar meu próprio caminho. Tive que deixar para trás família, marido, amigos. Isso tudo parecia uma loucura. Como eu poderia abrir mão de ser funcionária federal e trabalhar no hospital de ponta da América do Sul, o Hospital Geral de Fortaleza? Felizmente, quando tive que decidir definitivamente entre pedir demissão da UECE ou retornar, uma vez que a universidade estava precisando da vaga para contratar outro professor, abriu concurso público na UFRN, era tudo que eu queria, fiz o concurso e passei. Concorri com muitas pessoas de fora e poderia ter sido reprovada, muita gente que estava comigo foi reprovada e teve que voltar para João Pessoa, Fortaleza...

Mudar para Natal foi a maneira que encontrei para tentar tomar o meu destino em minhas mãos, fazer minhas próprias escolhas, aprender a superar amarras, romper grilhões que impedem desenvolvimento emocional e limites impostos na minha formação. Vivia em uma realidade muito masculina a qual tentava domar, reprimir e esvaziar o meu potencial. Era a oportunidade de crescer, sair de uma realidade com muitas proibições, cobranças e dirigismo por parte da família, igreja, marido, etc. Essa escolha não significava romper ou abandonar a família e sim encontrar meu próprio caminho. Foi um processo doloroso para todos nós; tive que fazer rupturas com crenças e dogmas que eu acreditava profundamente, mas não me serviam mais, pois eram conhecimentos que não davam conta da realidade que eu já estava conseguindo enxergar.

Quando fez aproximadamente quinze dias que eu tinha me mudado para Natal, tive que ir a Fortaleza para formatura do meu irmão Valnides Moreira da Silva. Na estrada sofri um acidente que provocou Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e não morri porque há alguns mistérios da vida que não tem explicação. Fui socorrida em Aracati e transferida para Fortaleza, por dispor de mais recursos nos serviços de saúde. Fiz o tratamento no Hospital Cura D'Ars e no período da internação, como ainda estava sem contrato de trabalho na UFRN, recebi muitas visitas refletindo que poderia ser um sinal de que a vida estava me dando para retornar para a UECE. Dra Maria Graziela Teixeira Barroso coordenadora do projeto de implantação do curso de enfermagem da UFC⁷³, foi me visitar e disse: Valda, a gente precisa de você para criar esse curso novo. Você é uma pessoal que tem o perfil para estar com a gente nessa hora”.

Fiquei sensibilizada e agradecida, mas bastante segura de seguir o caminho de ingressar no quadro permanente da UFRN e fazer carreira. Mas, sem dúvida, foi um momento de grande prova.

Minha vinda para Natal não foi uma decisão tão consciente, mas já motivada por uma escolha que eu já estava fazendo na minha vida. Logo depois, meu marido



Jornal produzido pela filha Elaine Vlása S. Oliveira na comemoração dos 55 anos de idade de Valda. Arquivo pessoal de Valda

⁷³ Universidade Federal do Ceará (UFC).

veio morar também na cidade, passou no vestibular e vivi a geração e nascimento do meu primeiro filho Marcos Vinícius Silva de Oliveira.

Natal me conquistou porque eu tive espaço para respirar. Comecei a militar politicamente na frente liderada pelo PMDB que divergia totalmente da minha família que estava arregimentada pelo campo político da ARENA⁷⁴. Além disso, entrei em um curso de enfermagem recém-criado e tive a grande oportunidade de trabalhar em uma equipe bastante promissora constituída pelas professoras Abigail Moura e Maria Celsa Franco nas disciplinas de Fundamento e Introdução à Enfermagem. Construímos uma programação que buscava integrar teoria e prática e oportunizar aos estudantes os conhecimentos científicos das técnicas básicas de enfermagem e incorporando a nossa agenda a formulação de conhecimentos próprios da enfermagem com a construção teórica do processo de enfermagem que tinha à frente a Dra Wanda de Aguiar Horta, hoje conhecido como a sistematização da assistência de enfermagem (SAE).

Em meio à militância pela democratização da sociedade, ganhei minha segunda filha Elaine Vlândia Silva de Oliveira, participei da criação da ADURN⁷⁵ e do sindicato de enfermeiros, compondo a primeira diretoria da Associação Pré-Sindical de Enfermeiros do RN (APROERN) que tinha na Presidência Graça Barbosa. Tinha um interesse na organização da enfermagem e dos trabalhadores da saúde, fui associada da ABEn-CE desde estudante e, em 1975, quando da criação do COREN⁷⁶-CE estava entre as primeiras cento e cinquenta inscrições da autarquia. Fiz parte de várias diretorias da ABEn-RN: legislação, educação, secretaria e como presidente no período 1986-1989. E, em 2001, fui eleita para presidir a nacional da ABEn no mandato 2001-2004 e



Posse do primeiro mandato como Presidente da ABEn nacional. Triênio 2001-2004. Arquivo Pessoal de Valda.

⁷⁴ Partidos dentro da legalidade, no período da ditadura militar, pós 1964.

⁷⁵ Associação dos Docentes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ADURN).

⁷⁶ Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

reeleita para 2004 -2007.

Nesse percurso, ficou um aprendizado: passei a fazer distinção entre princípios, valores e estratégias. Os princípios adquiridos desde a infância em casa, na escola e na igreja são importantes até hoje para a minha vida pessoal, social e profissional quanto a eles quero ser conservadora, pois dá qualidade a minha essência. Aprendi que valores devem ser contextualizados e que são estratégias que se flexibilizam e não os princípios.

O conhecimento na vida e para a vida

Nessa minha caminhada, tive a preocupação de não enveredar pela neutralidade do conhecimento, mas sim de vê-lo a serviço das pessoas. Com isso, fui tentando me transformar em uma professora engajada, capaz de contextualizar o ensino, a formação (teórica e prática), haja vista o conhecimento como patrimônio da humanidade.

Nesse sentido, minhas opções de aprofundamento de estudo caminharam por uma visão ampliada da saúde e da formação entendendo que conteúdo técnico não podia estar restrito apenas ao âmbito da ciência, mas sim tentando vê-lo na perspectiva da cidadania das pessoas e, dessa forma, possibilitando a construção de uma consciência social e de uma agenda profissional que passa pelo compromisso social e ético-político com as classes sociais submetidas à pobreza intelectual e política.

Nesse momento, a produção do conhecimento e a assistência à saúde estavam voltadas para tratar doenças, recuperar e reabilitar pessoas. Eu via, por sua vez, que havia uma lacuna na perspectiva da produção e determinação social das doenças, além de que acreditava que o modelo de saúde devia ir além do modelo clínico. Por essa razão, me engajei no movimento sanitário que construía as bases da saúde coletiva pautada nas ciências sociais, epidemiologia, planejamento, gestão da saúde e na definição de prioridades orçamentárias da saúde. Por isso, escolhi fazer o mestrado em Ciências Sociais na UFRN com dissertação “Associação Brasileira de Enfermagem: mudanças e continuidades – a propósito do Movimento

Participação (1979/1989)” defendida em 1990 sob a orientação do Dr. Dacier Barros e Silva e co-orientação da Dra. Abigail Moura.

Na ocasião, enfrentei dificuldades para cursar um mestrado em uma área afim a minha formação. Para muitas pessoas, eu não era uma enfermeira de verdade. Estava frustrada com minha profissão ou então, não tinha nenhum compromisso com ela. Fazer pós-graduação em Educação, em Ciências Sociais, na área de Administração e de Ciências Políticas era tido como algo errado. Isso era tão forte que muitos trabalhos só eram aceitos em periódicos se fossem submetidos por enfermeiros com mestrado em Enfermagem.

Confesso que não foi fácil apreender conhecimentos que eram base para o curso em ciências sociais. Tive que me expor porque eu integrava uma área muito diferente. Li todos os clássicos como Karl Max, Durkheim, Max Weber para poder então, me apropriar do conteúdo e participar dos debates em sala. Afinal, a maioria da turma já tinha uma formação na área e dominava as temáticas e discussões. Fazer esse mestrado me ajudou a perceber a necessidade dos conhecimentos políticos para o desenvolvimento da competência técnica, contribuindo para que percebesse a importância da militância política e da articulação entre teoria e prática para a conquista da competência técnico-política.

Vale destacar que o meu trabalho de dissertação não estava fora da enfermagem. Ele tratou de um tema de interesse da enfermagem e possibilitou abrir uma linha de pesquisa, tendo, inclusive, hoje um conjunto de teses de doutorado e publicações, que discutem as organizações social e política da categoria. No meu caso, em especial estudei a possibilidade de mudanças políticas e crescimento organizativo no âmbito da Associação.

A beleza da germinação de uma luta contra-hegemônica na enfermagem

Por volta do final da década de 1970 e início dos anos 1980, compreendemos que os conhecimentos e competências dos profissionais eram insuficientes para responder aos problemas crônicos e às novas demandas de saúde. Então, o que fizemos? Passamos a nos associar a pessoas que pensavam e formulavam novos conhecimentos e eles funcionavam como mestres nos dando pistas, abrindo picadas

e linhas de estudos fazendo com que construíssemos uma musculatura de conhecimentos. À medida em que isso acontecia, nós nos empolgávamos e vibrávamos com aquele conhecimento que começava a nascer diante de nós. Era um outro paradigma na saúde e da formação que estava se construindo diante de nós e por nós. Isso foi muito gratificante.

Não era algo que se pudesse pensar de forma desconfiada porque o que estávamos fazendo era uma reforma ampla e profunda na sociedade. A enfermagem participou desse movimento através das mudanças no seu próprio processo de trabalho e organização do trabalho/trabalhador de enfermagem. Nós ainda não tínhamos a correlação de forças e condições objetivas para que isso acontecesse. Mas em função do quadro sanitário nacional e da realidade das pessoas tínhamos a convicção de que era preciso mudar. Foi assim que começamos a pensar e fazer uma Reforma Sanitária no país.

Fazer uma reforma política na saúde a partir do paradigma do direito à saúde provocava interesses poderosos estabelecidos. Sabíamos que não seria fácil. Precisávamos construir alianças comprometidas com a população que depende da saúde pública. Vencemos a tentação dos atalhos “concedidos” que encurtam caminhos e contribuem para que as coisas permaneçam do mesmo jeito. Escolhemos o caminho mais longo, ficar ao lado de quem precisa. Foi uma luta contra-hegemônica!

O imperativo e a emergência das mudanças nos levaram a abrir várias frentes de reflexão e formulação: era participando da SESAC, era dentro do serviço acompanhando aluno, na sala de aula, na biblioteca, produzindo algum conhecimento, era nos núcleos do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, na criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e na militância nas várias entidades como sindicatos, conselhos e entidades científicas de educação, no controle social e nas conferências de saúde. Dentro desse processo, não posso esquecer a participação dos profissionais da enfermagem na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que formulou as bases do SUS comprometido com a Reforma Sanitária Brasileira, além da participação na constituinte/CF-1988 que proporcionou a conquista do SUS legal.

Nesse contexto, mesmo se tratando de um pequeno grupo da enfermagem, tivemos uma participação importante junto ao movimento nacional na derrubada do PLC do deputado Salvador Julianely. Esse projeto de lei foi o “primeiro ato” do Ato Médico o qual pretendia exercer o controle de todas as profissões da saúde e fazer reserva de mercado para médicos. A partir desse processo, conseguimos o seu arquivamento.



Reunião de articulação do Movimento Participação em Belo Horizonte, 1984.
Arquivo pessoal de Valda.

As entidades de profissionais, nesse período, tinham em geral um caráter governista ligado à cooperação acrítica com qualquer Estado: patrimonialista, liberal, ditatorial. A enfermagem não fugia a essa regra. Precisávamos mudar suas direções para que pudéssemos colocá-las a serviço dessas lutas sociais maiores que o país vivia. É

tanto que, na década de 1980, ganhou força na enfermagem o “Movimento Participação (MP)” que foi um dos nós da rede social pela democratização do país. Quero crer que era a enfermagem reagindo, saindo da passividade, da postura acrítica e pasteurizada e especialmente, acredito que foi uma semente de consciência política que começou a contagiar as pessoas. Aos poucos, crescia o número de profissionais de enfermagem, em todas as regiões do País, querendo mudança. Desse processo, conseguimos eleger, em 1984, a Chapa Participação que era de oposição na ABEn. Nessa eleição, muitas urnas que davam vitória a nós foram impugnadas de forma fraudulenta



Reunião de articulação do Movimento Participação em Belo Horizonte 1984.
Arquivo pessoal de Valda.

e o resultado da eleição deu vitória a quem perdeu, a chapa Compromisso.

Mas isso não calou o movimento. Deliberamos em Assembleia criar uma Junta Diretiva Provisória Nacional paralela à direção oficial. A ABEn-RN tendo, na presidência, a Dra. Abigail Moura, estava integrada à junta diretiva nacional, assim como a maioria absoluta das seções.

A junta diretiva nacional recomendou às seções/diretorias provisórias locais da ABEn que não enviassem per capita para a ABEn Nacional com intuito de inviabilizar financeiramente a direção que não era reconhecida pelo MP. Essa estratégia fez com que se marcasse uma reunião com as duas direções da ABEn Nacional a oficial e a junta diretiva provisória, extraoficial. A Dra. Ivete Ribeiro de Oliveira, coerente com uma imagem pública de pessoa liberal, aberta e de diálogo, foi chave na mesa de negociação. Nesse encontro, ficou acordada a mudança do estatuto da ABEn em três objetivos principais: reduzir o tempo da gestão para 3 anos, criar uma nova estrutura de deliberações colegiadas e gestão para a ABEn que foi denominado Conselho Nacional da ABEn (CONABEn) e convocar uma nova eleição. O acordo foi firmado, a eleição realizada, em 1986, e novamente a Chapa Participação ganhou e, agora, com ampla maioria.

Creio que a militância no âmbito da ABEn, na década de 1980, foi espaço de formação política, de criação de consciência de coletivo na enfermagem, de formulação de nossas estratégias de participação no movimento da reforma sanitária. Isto é, um sentido de avançar a organização tradicional constituída pela participação de interesse individual e a gestão cartorial. O Movimento Participação (MP) produziu textos de reflexões, posições e as veiculou em documentos, manifestos e jornais no âmbito dos profissionais e estudantes da enfermagem e da saúde. Nessa efervescência, a minha participação era direta, através da gestão da ABEn-RN. E foi nesse período que chegou o meu terceiro filho, Raoni Bruno Silva de Oliveira, que me acompanhou recém-nascido nas reuniões e eventos inclusive em outros estados.

O Movimento Sanitário conquistou a incorporação de parte do projeto da saúde aprovado na 8ª CNS na CF/1988 e perdemos proposições importantes como, por exemplo, a saúde não ter ficado como função exclusiva de Estado, mas conquistamos o SUS como Política de Estado, a inclusão social e a redução das

desigualdades. Outra prerrogativa relevante para a saúde da população é o Art. 200 que define “Cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos”, dependendo de regulamentação.

A regulamentação do Art. 200 da CF estabelecendo a cooperação entre MEC e MS em favor da qualidade da educação em saúde e repercussão na qualidade dos serviços de saúde, demorou. Enquanto isso, a inadequação da formação dos profissionais da saúde, inclusive do enfermeiro, reforçava a necessidade de curso de complementação de estudos para preparar o ingresso de trabalhadores no sistema nacional de saúde. Uma situação inaceitável!

Era preciso construir uma política de formação envolvendo educação e saúde. Vivemos o processo de atualização da normatização do currículo mínimo de enfermagem na primeira metade da década de 1990, mas, logo, percebemos que essa lógica estava superada e nos engajamos na perspectiva da construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's).

Essa situação vinha sendo trabalhada por projetos acadêmicos de Integração Docente Assistencial (IDA)⁷⁷, desenvolvidos desde a década de 1970 e que, a partir de 1990, ganham força com mais um conjunto de projetos vinculados ao Programa UNI⁷⁸. Estas experiências foram protagonizadas por docentes, profissionais de saúde e um novo parceiro, a comunidade.

No lançamento de calendário para recebimento de projetos pela FKELLOG, no ano de 1993, a UFRN apresenta um projeto e recebe a aprovação do “UNI-NATAL”. Essa era uma nova iniciativa no campo da formação de profissionais de saúde a qual era pensada e construída por uma equipe multiprofissional de docentes e profissionais do serviço da Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte (SESAP) e Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS/Natal) em união com a comunidade. Nesse projeto, contávamos com uma equipe de tutores vinculados a dez departamentos acadêmicos de três centros acadêmicos da UFRN,

⁷⁷ Integração Docente-Assistencial (IDA) foi um processo que vislumbrava a integração ensino – serviços no país baseado nos princípios da medicina geral e comunitária. Este programa reconhece que a articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, promoverá mudanças na formação dos profissionais de saúde.

⁷⁸ O projeto UNI (Uma Nova Iniciativa) foi pensado enquanto uma nova proposta de educação para os profissionais da saúde através da articulação academia, instituições de saúde e comunidade visando atender as mudanças nos Sistemas de Saúde.

além dos profissionais da SESAP⁷⁹/RN e SMS/Natal. A gestão, inclusive, tinha seu diferencial, pois era colegiada e tinha na minha pessoa a sua coordenação por seis anos.

O Uni Natal, no período 1994 a 2002, projetou seu horizonte e definiu planos de ação em três eixos: i) Participar da construção de mudanças no modelo assistencial, processo de trabalho e prática profissional em saúde na SESAP-RN e SMS/Natal; ii) Promover mudanças no ensino da saúde na UFRN; e, iii) Apoiar o desenvolvimento comunitário visando à promoção do “auto cuidado” e controle social sobre Políticas públicas/serviços e de Saúde.



Reunião Anual dos Coordenadores do Projeto Uni em São Paulo, 1995.
Arquivo pessoal de Valda

Os cenários de ensino no Uni Natal eram organizados em domicílios, conselhos comunitários, creches, escolas, unidades de saúde da rede básica e Hospital Giselda Trigueiro (HGT) nos bairros do Distrito Sanitário Oeste: Felipe Camarão I e II, Cidade da Esperança, Guarapes, Bom Pastor, Cidade Nova e Nova Cidade. Nesses espaços/territórios que se transformavam em sala de aula, os estudantes de oito cursos da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, farmácia, medicina, psicologia e educação física - desenvolviam experiências de ensino-aprendizagem, no contexto do trabalho em saúde, com o compromisso interinstitucional da integração ensino-serviço firmado por convênio. Era o trabalho e a educação em saúde juntos possibilitando uma visão horizontal no lugar da hegemônica hierárquica e vertical da equipe de saúde.

O Uni Natal teve duas fases: a primeira 1995-1998; e a segunda no período 1999-2002. É nesse período que esse projeto se institucionaliza através da elaboração coletiva da proposta inovadora do projeto político-pedagógico do ensino

⁷⁹ Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP).

da saúde na UFRN, pois conta com a parceria dos serviços de saúde e da comunidade junto às Pró-Reitorias de Graduação e Extensão Universitária.

A partir dessa linha, outras propostas de mudanças da formação foram criadas, como por exemplo, o Programa estruturante de extensão universitária Educação Saúde e Cidadania (PESC), o Projeto de implantação do Laboratório Multiprofissional de habilidades Clínicas para o ensino de graduação da Saúde junto à PROEX e a Disciplina Saúde e Cidadania (SACI) junto à Pró Reitoria de Graduação.

Uma militância com fé na vida e na luta



Congresso Internacional de Enfermagem em Urgências. Seio da luta por uma política de assistência pré-hospitalar. Participação como Diretora de Legislação da ABEn. Fortaleza, 1991.
Arquivo pessoal de Valda

2004-2007 em que ambas estavam na condição de presidente. Viver e ter contribuído com o processo organizativo dos profissionais de enfermagem em Natal, no Rio Grande do Norte e no Brasil a

partir da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) representou,

para mim, uma grande oportunidade, muito trabalho, grande aprendizado, uma honra e conquista de reconhecimento profissional, social e político. Na verdade,

Considero muito importante na minha carreira a participação em duas diretorias da ABEn Nacional 1989-1992 e 1992-1995, que, na condição de diretora de educação, tive atuação na construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais junto ao MEC. Em 2001, integrei a chapa que foi eleita para a diretoria da ABEn nacional Gestão 2001-2004 e na sucessão reeleita para um segundo mandato de



46º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Diretora de Educação ABEn Nacional. Porto Alegre, 1994.
Arquivo pessoal de Valda.

representa o maior título e honraria da minha carreira profissional. Foi um processo desafiador e, indiscutivelmente, uma das maiores escolas da minha vida.

Na Gestão 2001-2004, participei da formulação, elaboração, acompanhamento e avaliação de agendas operacionais das seguintes realizações da ABEn-Nacional: i) Educação - AGENDA nacional pela Sustentabilidade na implantação das diretrizes nacionais curriculares dos cursos de graduação em enfermagem/DCN's (ABEn/DEGES-SGTES-MS); protagonismo da ABEn no Programa Nacional de Formação de Trabalhadores da Enfermagem (PROFAE)⁸⁰; realização/publicação dos resultados da pesquisa "Perfil das Ações do Técnico de Enfermagem no Brasil (ABEn/PROFAE-DEGES-SGTES-MS)" para subsidiar a criação do sistema de certificação de técnicos de enfermagem (MEC/MS); gênese de um sujeito coletivo no cenário das transformações na educação em enfermagem no Brasil: fortalecimento do fórum de escolas de enfermagem (EE); ABEn na construção coletiva de um novo ator no cenário das transformações em saúde no Brasil: o Fórum Nacional de Educação dos Profissionais da Saúde (FNEPAS)⁸¹; ii) Estudos e pesquisas - Agenda propositiva da ABEn para o desenvolvimento da pesquisa e da pós graduação em enfermagem; parceria - Participação da ABEn no Conselho do Centenário da OPAS; criação da iniciativa da rede colaborativa de EE - ABEn/OPAS.

O PROFAE é uma grande conquista da enfermagem como projeto profissional no Brasil, pois é fato que, até o final dos anos noventa, a equipe de enfermagem era constituída por mais de 50% de atendentes de enfermagem. Trabalhadores estes sem qualificação específica em enfermagem. A partir de 1986, a diretoria de educação da ABEn - Nacional criou a Comissão de Profissionalização de Trabalhadores da Enfermagem sem Qualificação Específica com o intuito que esse problema entrasse na agenda do executivo nacional. E nós conseguimos.

No âmbito da enfermagem, foi muito importante a agenda da sustentabilidade na implantação das DCN's, pois ela possibilitou a mobilização e articulação das

⁸⁰ PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem teve como base a experiência "larga escala" que desenvolveu uma pedagogia de educação no trabalho a partir de 1999 com o objetivo de criar uma política "pública" para a formação trabalhadores em saúde, adequada às necessidades do SUS. Caracterizou-se como o maior programa nacional de qualificação profissional do setor saúde no período 1999-2004.

⁸¹ FNEPAS - Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde tem como objetivo interferir nas políticas públicas de educação junto ao MEC e MS com respeito à formação em saúde.

Escolas de Enfermagem, propiciou a formação permanente de docentes, estudantes e dirigentes de entidades de enfermagem para a gestão das mudanças no projeto pedagógico da enfermagem, além de ter viabilizado a construção de um sujeito coletivo no cenário das mudanças no ensino de enfermagem junto às políticas de educação e saúde (MEC e MS).

Uma das conquistas dessa época foi o FNEPAS⁸² em 2004. Sua sede era na ABEn e ele começou a fazer uma história bonita, pois todas as profissões da saúde discutiam como interferir nas políticas públicas de educação junto ao Ministério da Saúde e ao MEC para formular propostas para a formação em saúde. Elaborávamos propostas e os projetos a serem encaminhados ao Ministério da Saúde sem sermos consultor dessa instituição ou receber alguma remuneração em troca. Era um trabalho militante. Virávamos a noite, os sábados e domingos trabalhando. Na copa do mundo de 2004 o Brasil estava parado em frente a uma televisão torcendo pela seleção brasileira e nós estávamos dentro da ABEn fazendo um projeto para o Ministério da Saúde: o PROENF.

A elaboração do PROENF envolveu algumas alianças e rupturas. Em outubro de 2001 logo depois da minha posse, aconteceu um Congresso da Rede Unida em Londrina no Paraná. Estávamos eu, a presidente da ABEn do estado e Milta Torres. Milta foi a diretora de educação da ABEN na minha gestão e, com ela, criei uma amizade e uma parceira muito bonita. E, nesse congresso, estava a cúpula do MEC, do Ministério da Saúde, em especial Cláudio Duarte, Secretário do Ministro da Saúde, na época, Serra.



Reunião para construir o projeto Iniciativa de Educação Permanente em Enfermagem. 2002.

A sua fala nos inquietava muito. Eu não me conformava com o que ele dizia. Após o fim de sua conferência não seria aberto um espaço para intervenções. É então, que peço a Márcio Almeida, coordenador da Rede Unida, para levar um bilhete meu para a mesa. Ao chegar, percebo pela reação do presidente da mesa,

⁸² Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde, criado em julho de 2004, congrega entidades envolvidas com a educação e desenvolvimento profissional na área da saúde.

Sílvio, que ele não iria me chamar. Mas logo depois, ele diz: “estão chegando alguns pedidos de intervenção. Não é pergunta, mas um pedido de fala. Porém, o doutor Cláudio está com um voo marcado para um horário depois de sua fala e, portanto, ele não pode mais ficar aqui. Então, pergunto a plenária: o que devo fazer?” Ela responde: “Deixa falar!!!”

Fiz uma fala com a mente e o coração, com razão e emoção. Uma fala capaz de abalar as estruturas. Eu estava questionando o Pró-Med. Nós queríamos o Pró-Saúde⁸³ porque ele contemplaria a enfermagem e as outras profissões. Cláudio Duarte deu uma resposta não muito convincente. Quando ele desceu, nós o cercamos. As pessoas diziam: “as enfermeiras pegaram Cláudio Duarte. Eu quero saber como que ele vai sair dessa agora”. Isso foi muito bonito e não consigo apagar da minha memória. Episódios como esse vivemos várias vezes.

Depois desse encontro, surge o pedido do secretário para que fizéssemos o Proenf. Sabíamos que essa proposta tinha o intuito de nos calar. Eles pensavam: vamos acalmar esse grupo porque não vamos fazer para saúde de maneira alguma. Então, surge um dilema. Nós queríamos o Pró-Saúde, mas sabíamos que ele não sairia. Então, vamos perder o ProEnf? Nós dizíamos: não é assim que queremos entrar. Mas outros companheiros diziam: “temos que fazer o Proenf porque enquanto vamos conquistando o Pro Saúde já temos garantido o da enfermagem”. Foi uma decisão muito difícil.



Posse no Conselho Nacional de Saúde.
Brasília, 2006.
Arquivo pessoal Valda.

Na Gestão 2004-2007, participei das seguintes realizações da ABEn-Nacional: i) Educação – como representante da ABEn no CNS participei de instâncias de formulação, regulamentação (Resolução CNS Nº 350) e implantação de sistema para avaliação de processos de abertura de novos cursos de graduação de saúde: autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento; na criação

⁸³ Programa lançado em 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, se inspira na avaliação do Promed, que foi dirigido às escolas médicas, e tem como objetivo incentivar transformações no processo de formação em saúde, gerar conhecimentos e prestar serviços à população na perspectiva de uma abordagem integral do processo de saúde doença dos sujeitos.

Sistema de Certificação de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional

CNRMS

(MEC/MS/FNEPAS/CONASS/CONASEMS/Estudantes/Residentes/FENTAS/ANDIFES); na agenda do FNEPAS pela mudança na educação em saúde (Entidades de Ensino das Profissões da Saúde/MS/MEC); apoio à criação da Câmara Interinstitucional de Gestão da Educação na Saúde; na criação e implantação de Programa de ensino a distância para a enfermagem/PROENF (ABEn/ARTMED); Reorientação do ensino de graduação em enfermagem na agenda do Aprender SUS; ii) Estudo e Pesquisa – Preservação e difusão do acervo documental da ABEn; Proposição e instalação do Fórum Nacional de Pesquisadores de Enfermagem; Estruturação e implantação do componente Portal de Teses de Enfermagem na biblioteca virtual em saúde/enfermagem/BVS-Enfermagem (CEPEn/ABEn); iii) Organização – Criação do Seminário de Diretrizes Nacionais para a Atenção Básica (I SENABS) com realização do primeiro em Natal/RN; agenda pela regulamentação da jornada de 30 horas para profissionais de enfermagem; Projeto coletivo de repensar a entidade, resultou em reforma/atualização do estatuto da ABEn; Comemoração dos 80 anos da ABEn com exposição itinerante da ABEn: memória e ação, concurso/premiação de trabalhos científicos e literários e sessão de homenagens a profissionais de enfermagem e parceiros.

Na década de 1990, com a regulamentação do SUS através das Leis nº 8.080/1990 e 8.142 e outras normas de regulação do MEC com o Decreto nº 5.773/2006 e de forma cooperativa: MEC e Ministério da Saúde (MS) nos anos 2000 como é o caso da Portaria MEC/MS nº 147/2007 que foram conquistadas com a nossa participação na qualidade de representante da ABEn Nacional nos espaços institucionais de formulação e deliberação: Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e no GT de educação da CIRH/CNS na avaliação de cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia em cooperação com o MEC.

Participei, como representante da ABEn Nacional na CIRH/CNS da criação, regulamentação e implantação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional (CNRMS) da qual fui membro titular da Comissão por três anos como representante do FNEPAS.

Na gestão 2004-2007, considero importante destacar que participei das iniciativas para a conquista da Comissão Interministerial de Gestão da educação⁸⁴ que envolve o MS e o MEC, o CONASS⁸⁵ e o CONASEMS⁸⁶. Nós queríamos representação da sociedade civil na Comissão através do FNEPAS, mas o governo entendia que essa demanda estava contemplada com o CONASS e o CONASEMS. Paciência! Era preciso entender que sua criação representava avanço na regulamentação do Art. 200 e na construção da intersetorialidade.

Na representação da ABEn Nacional, participei da construção social de políticas públicas como ator da sociedade civil (atuando em redes, fóruns e movimentos integrantes do controle social) e nessa condição de espaços de representação institucional como



Congresso Nacional da Rede Unida. Londrina, 2010.
Arquivo Pessoal de Valda.

conselhos /conferências de saúde. Na sociedade civil, tive participação no Conselho Consultivo da Rede Unida⁸⁷, no Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS)⁸⁸ e no Colegiado e na Secretaria Executiva do FNEPAS⁸⁹. No campo institucional, participei como membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH)⁹⁰; como conselheira titular do Conselho

⁸⁴ Comissão criada pelo Decreto Presidencial, de 20 de junho de 2007 com função consultiva em relação à formação de recursos humanos para o SUS, entre outros para identificar demandas, quantitativa e qualitativa, de profissionais de saúde para o SUS, visando definir critérios para fixação de profissionais em áreas que tenham carência; para definir critérios de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos superiores da saúde; definir diretrizes para a política de formação profissional, tecnológica e superior, incluindo a especialização na modalidade residência médica e multiprofissional em saúde e critérios para sua expansão e para identificar, periodicamente, a capacidade instalada do SUS, a fim de propor medidas para utilização da rede na formação (política de estágio no SUS).

⁸⁵ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

⁸⁶ Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

⁸⁷ Rede Unida é constituída de projetos e instituições atuantes no desenvolvimento da formação de recursos humanos em Saúde. Membro do conselho consultivo da Rede no período 2002-2005.

⁸⁸ Membro Titular no período 2001-2007.

⁸⁹ Membro Titular no período julho/2004 a abril/2009;

⁹⁰ Membro Titular no período novembro/2001-fevereiro/2009.

Nacional de Saúde (CNS)⁹¹; da Comissão Interministerial de Avaliação e Diagnóstico da Atual Situação dos Hospitais Universitários e de Ensino⁹².

Dessas participações, tive a honra de contribuir com a criação da política de financiamento, contratualização e gestão e, especialmente, da política de certificação dos Hospitais Universitários e de Ensino. Quero destacar a conquista do Sistema de Avaliação de Cursos de Graduação em Saúde por se tratar de uma luta pela qualidade da educação em saúde e que poderá com isso, ter um reflexo na qualidade da assistência à saúde.

Quando iniciou o trabalho de avaliação de cursos pelo CNS com base na Portaria nº 147/2007 também integrei as comissões de avaliação dos processos de solicitação de abertura de cursos como odontologia, medicina e psicologia, junto ao MEC. Nesses seis anos, eu não sabia em quantas me virar. Parecia que o mundo iria se acabar no dia seguinte. Fazíamos tudo de uma só vez. Agora, isso não era exclusividade da enfermagem, muitas outras pessoas estavam fazendo isso em todas as áreas da saúde. Fui aprendendo em cada conquista e em cada perda que ninguém cresce sozinho. É necessário se construir parcerias e alianças em torno de projetos e agendas de trabalho. Ademais, para se crescer, é preciso saber aonde se quer chegar, assumir riscos e, sobretudo, compromisso de pensar e fazer/cumprir metas de curto, médio e longo prazo, sem obscurecer sua história e seus princípios.

Recomeçar é renovar as esperanças na vida

Com esse sentido de gostar de desafios fui assumindo tarefas, responsabilidades, funções, compromissos e muitas vezes sem ter os conhecimentos necessários ao trabalho técnico e político destas agendas. No caminho, construí alianças, busquei conhecimentos, a partir dos problemas e necessidades identificadas, uma verdadeira vivência de educação permanente na prática organizativa e política e elaborei estratégias que me possibilitaram superar limites.

Tendo transitado em vários espaços de âmbito local e nacional, além de ganhar conhecimentos, conquistei aliados e hoje posso dizer que sou uma pessoa

⁹¹ Conselheira Titular no período de julho/2004-janeiro/2008;

⁹² Comissão constituída pela SAS/MS com atuação no período 2003-2006.

reconhecida nacionalmente e referência nos campos da educação em enfermagem/saúde, do controle social, da gestão do trabalho e gestão participativa no SUS. Hoje, estou aposentada da UFRN e coloco a minha experiência a serviço de novas frentes de trabalho: agendas política em defesa do SUS público (contra sua privatização, carreira para trabalhadores da saúde, etc.); agenda por qualidade e condições dignas de trabalho para profissionais de enfermagem; desenvolvimento de projetos nacionais; assessoria na área de planejamento - na elaboração de projetos; na realização de oficinas de trabalho - a entidades, conselhos de saúde, autarquias, instituições de ensino médio e superior.

No momento integro a equipe de coordenação do “Projeto de Formação de Profissionais de Enfermagem para a Gestão Participativa e Controle Social (ABEn/FNE/SGEP/MORHAN)” com financiamento da MS que está em curso em todas as regiões do País desde 2008, se encontrando na fase final em 2010. Este projeto é um marco para o trabalho de formação técnica-política, que é uma lacuna nos projetos pedagógicos de cursos técnicos de graduação e pós graduação, pois tem uma agenda de formação de multiplicadores comprometidos com emancipação. Considero muito importante a participação de usuários do SUS organizados socialmente como é o caso do Movimento de Reintegração das Pessoas atingidas pela Hanseníase (MORHAN), parceiros deste projeto.

Em meados de 2009, fiz uma tentativa de retornar ao trabalho docente, por meio de concurso público para a Escola de Enfermagem de Natal (EEN-UFRN). Foi uma experiência marcante na minha vida e que me fez pensar muito sobre passado (história construída), presente e futuro! Vivi intensamente a decisão de participar do concurso e me preparar para o mesmo. Fiz a minha qualificação para participar da seleção: atualizei *curriculum vitae*; elaborei memorial da trajetória pessoal/carreira e projeto de perspectivas para uma nova etapa profissional e para minha participação no desenvolvimento da EEN/UFRN; entreguei toda a documentação e estudei para as provas. Fui aprovada na prova escrita, preparei a aula do tema sorteado para submeter minha prova de didática à banca e já havia preparado apresentação do memorial.

Foi muito doloroso, mas, no momento de iniciar a aula, não entreguei o plano de aula, mas uma apresentação em PowerPoint impressa em A4 que continha itens

do plano de aula: objetivo (s), metodologia, conteúdo programático, avaliação da aula e referência bibliográfica consultada e citada na aula. Mas, diante da dúvida da banca em aceitar o material entregue como plano de aula e, depois, autorizar a apresentação da aula do concurso com desconto do tempo utilizado pela banca para decidir - pensei rápido e resolvi me retirar do concurso - foi impactante, principalmente para mim, mas a vida continua!

Em virtude da prioridade dada por mim à militância em defesa das políticas de saúde e educação pública que está consignada, nesta síntese de biografia, eu não fiz o doutorado. E, ser aprovada no concurso da EEN/UFRN me possibilitaria cumprir essa etapa de formação que me falta. Sem dúvida, com a compreensão que tenho hoje eu o teria conciliado com militância técnico/política e acadêmica. Não fazê-lo é uma das maiores perdas dessa minha trajetória. Entendo que essa formação poderia potencializar minha participação técnica e política. Por exemplo, recentemente perdi a oportunidade de participar do Arcu Sur que trata do Sistema de avaliação dos cursos de saúde na América do Sul, da agenda do MERCOSUL, porque não tenho doutorado, cheguei a participar do 1º Seminário em Brasília que se destinava à formação do grupo de avaliadores mas, a partir do segundo em diante, não fui mais convocada.

No controle social, tive a oportunidade de integrar a Comissão Nacional de Eleição do CNS para a gestão 2009-2012 que organizou/divulgou o processo eleitoral e realizou todas as etapas da eleição até a posse. Foi com muita honra receber, em 2009, uma comenda do CNS e em 2010 uma comenda do CES⁹³-RN. Outro momento gratificante na minha trajetória foi o convite para fazer assessoria técnica a CIRH/CNS na avaliação de cursos de odontologia, medicina e psicologia. Além disso, sou hoje assessora de planejamento do COREN-RN.

Algumas atividades exigem doutorado, portanto, não ter doutorado tem limitado a minha atuação e impedido de viver e contribuir com a própria enfermagem/saúde. No entanto, existem outros campos de trabalho que posso contribuir. Quero trocar experiências de vida, continuar passando para outras pessoas o que aprendi e buscar novos conhecimentos, pois ainda tenho muito a aprender. Eu estou viva e não quero parar. Quero continuar na luta!

⁹³ Conselho Estadual de Saúde (CES).

Nesse sentido, enfrentei, por último, uma agenda de candidatura a Deputada Estadual, nas Eleições de 2010 com o objetivo de dar visibilidade à causa da “Saúde e a Educação Pública de Qualidade”. Esse projeto tinha o intuito de dar prioridade às políticas sociais e públicas voltadas para os interesses de todos no RN e contribuir com alternativas de candidaturas nascidas do anseio da sociedade e do enfrentamento às políticas mantidas pelo poder econômico que ferem a democracia: assistencialismo e compra/venda de votos, de “lideranças” e de consciências... O resultado foi de grande aprendizado e construtivo no processo.



“Todas as coisas vividas no hospital e nos movimentos me fizeram aprender a ter mais respeito pelas pessoas e aprender com elas. Eu não me colocava no lugar daquela que sabia, mas muito mais no lugar de aprendiz”.

Raimunda Germano

Raimunda Germano: delicadeza da ousadia.**Tempos de escola**

A minha formação foi interiorana. Nasci em Caicó e estudei numa escola isolada do Itans, município de Caicó. Eu tinha uma irmã que ensinava lá e precisava de alguém que fosse com ela pela estrada a fora. Então, eu era essa criança de 6-7 anos que ia com ela. Fiz até o quarto ano primário nessa escola e, depois, fiz o exame de admissão para entrar no Grupo Escolar Senador Guerra em Caicó. Como essa escola só formava até o primário, que hoje é a primeira parte do ensino fundamental, fui fazer o Ginásio em um colégio particular de religiosos. Como minha família tinha dificuldades para que todos estudassem em escola privada porque tínhamos uma família muito grande, tive que fazer um exame de seleção para bolsa de estudos. Ao passar, me torno bolsista no Colégio Santa Terezinha, que era uma escola de freiras, onde se primava por uma formação muito religiosa. Claro que assimilei esse toque da religiosidade, porém nunca fiquei muito presa a essa formação mais rigorosa. Não acho que essa formação religiosa tenha sido ruim para minha vida, muito pelo contrário acho que foi uma coisa boa.

Como eu não tinha condições de estudar fora, tive que fazer o que a cidade de Caicó oferecia: técnico em contabilidade porque, na época, só fazia o científico⁹⁴ quem pudesse sair para Recife ou Natal.

Em Caicó, o movimento era estudantil forte. Reunia alunos do colégio, do ginásio e, depois, da escola estadual João XXIII. Desde muito cedo, participei desse movimento e isso me ajudou a enxergar um pouco mais o mundo, embora, tudo ainda muito limitado.

Enfrentando a vida na cidade grande

Resolvi fazer vestibular para enfermagem. Na minha preparação para o vestibular, dediquei-me a estudar biologia por conta própria, no último ano do curso

⁹⁴ Atual Ensino Médio.

técnico, mas como física e química era muito difícil fui para Fortaleza fazer um cursinho preparatório por dois meses. Mesmo com todas as dificuldades, consegui passar em segundo lugar no vestibular porque eu era boa em Português e Biologia. Escolhi essa faculdade porque eu tinha uma irmã mais velha que trabalhava no interior do Ceará e foi ela que me deu muita força para fazer enfermagem. Ao chegar em Fortaleza, tive muitas dificuldades porque saí sozinha para enfrentar a vida na cidade grande. Era uma cidade grande demais comparada a Caicó. Foi uma loucura para mim, tinha horas que eu queria desistir e voltar para minha família. A comunicação entre as duas cidades era muito difícil. Tínhamos que pegar um Misto para Mossoró e ir de lá para o Ceará. Era uma coisa horrorosa pensando as estradas da época. É tanto que eu passei um ano inteiro lá.

O início da década de 1960, antes do golpe militar, foi um momento político muito quente. Os estudantes tinham outra cabeça, eles questionavam os problemas da população, a educação, a saúde. Era uma efervescência. Além disso, o movimento estudantil que vivenciei em Caicó abriu muito minha cabeça. Então, passei esse ano inteiro da faculdade envolvida no Centro Acadêmico onde fui vice-presidente. Movimentamo-nos muito. É tanto que fomos para um congresso em Salvador sem nenhum centavo no bolso e nele consegui até apresentar trabalho.

Nesse período, talvez pelas minhas raízes do Colégio Santa Terezinha e na JEC, participei ativamente da JUC. A JUC era um fórum de muitas discussões importantes. Naquele tempo, não era algo piegas, mas sim, um sentido de religião mais progressista, uma linha mais da teologia da libertação. Participar de muitos eventos da JUC, do DCE, do movimento estudantil alargou muito meus horizontes.

Em 1964, minha irmã é transferida do Ceará para o RN e fico sem nenhuma referência para permanecer no estado e, foi por isso que me mudei para Recife. Eu preferia Recife porque havia muitas pessoas de Caicó estudando lá, além da própria facilidade de comunicação. Nós saíamos de Caicó pela manhã e chegávamos à noite em Recife porque tinha ônibus de duas em duas horas em Campina Grande.

Cheguei em Recife no período do golpe militar de 1964. O sofrimento vem logo de imediato. Nós tínhamos uma residência estudantil na Universidade Federal de Pernambuco com estudantes de enfermagem e apenas uma aluna de fisioterapia e com uma mordomia que não existia em outro lugar. Um ônibus na porta para nos

levar para o hospital, para o restaurante, para tudo. Um motorista à nossa disposição. Mas com o golpe militar, nós perdemos o restaurante e as coisas se tornaram muito difíceis.

Eu era diferente da maioria das pessoas que moravam na residência porque elas tinham família em Recife e estavam lá por conveniência. A minha família estava em Caicó. E como eu era, digamos, forasteira e uma estudante mais combativa, tive muito medo e receio. As coisas nessa época eram muito fortes. Quando você menos esperava, um colega seu era preso. Eu não tinha na cidade ninguém da minha família para me proteger. Eu me sentia desolada. Durante o golpe, nós passamos duas semanas sem refeição de qualidade nenhuma e eu sem nenhum centavo no bolso.

Teve uma colega que me deu muito apoio. Ou ela me levava para casa dela ou quando ia sozinha ela se preocupava em trazer algo para mim. Eu não podia pensar em pedir a minha família porque os correios não traziam nada. Passamos, aproximadamente, vinte dias, no início do golpe, sem refeição e sem notícia de qualidade nenhuma. Primeiro não tinha como conseguir telefone porque nem a residência universitária e nem a minha família tinham telefone. Segundo, se colocássemos uma carta no correio, ela não chegava.

A minha família imaginava que eu estava viva e eu imaginava que eles também estivessem. Até um pouco de dinheiro que eles me mandavam no início do mês também fiquei sem receber. Inclusive a primeira parcela até hoje não sabemos para onde foi. Nesse período, vivi sofrimentos de muitas dimensões diferentes e foram coisas fortes para minha idade e para minha experiência. Eu era apenas uma menina de 19 anos que sempre tinha ficado agasalhada na família. Apesar de tudo isso, consegui amadurecer e vencer.

O ensino em Pernambuco era muito mais questionador comparado ao do Ceará. Em Fortaleza, era um ensino muito mais técnico e preocupado em ensinar os procedimentos, com muito esmero, mas a parte política era muito fraca. Já em Recife não. Apesar de toda a repressão e fechamento político, os professores eram bem mais combativos. Nos pequenos espaços que existiam na sala de aula, eles estavam questionando, mandando que nós lêssemos o jornal e analisássemos a situação da população.

O Diretório Acadêmico dessa escola também era muito ativo. A presidente de enfermagem foi exilada porque tinha trabalhado para Miguel Arraes, candidato a governador pela oposição, tendo sido eleito. Como ela se envolveu inclusive na política partidária, teve que fugir numa madrugada. Nós ficamos sem cabeça no Diretório Acadêmico, mas, sem dúvida, ficaram as raízes. Tudo isso me movimentou muito, me levando inclusive a tentar enxergar um pouco mais da saúde, não apenas numa visão técnica, mas numa visão política e ética.

O lugar de aprendiz

Terminei a faculdade, em 1965, e no ano seguinte comecei a trabalhar na UFRN e de lá até hoje estou nessa instituição. Nunca estive em outro lugar. Inicialmente, fui enfermeira do hospital universitário e no mesmo ano de 1966 comecei a trabalhar como professora da Escola de Auxiliares de Enfermagem da UFRN, já que, na época, não existia o técnico em enfermagem. Somente, em 1973, com a criação da faculdade de enfermagem, ingressei como professora do curso superior.

Quando comecei a trabalhar no hospital, eu era muito nova. O meu curso durou três anos porque não fiz a habilitação em saúde pública em virtude dos vários convites de emprego. Então, chego a Natal com apenas 20 anos de idade. O número de enfermeiras na cidade era pouquíssimo, só existiam quatro no hospital inteiro. E logo de imediato recebo a função de supervisor. Pense em uma menina de 20 anos como supervisora de pessoas que estavam trabalhando naqueles setores há mais de 20 anos. O meu crachá escrito supervisora, às vezes, me fazia arrepiar.

Quando no hospital não se conseguia puncionar uma veia, dizia-se: “vamos chamar a enfermeira de Recife que ela consegue puncionar”.

Eu passei o meu curso inteiro fazendo esse procedimento ao lado da professora. Então, eu rezava o caminho inteiro até chegar ao paciente que eu iria puncionar a veia. Como sempre fui uma pessoa calma, quando eu chegava junto ao paciente, olhava cuidadosamente sua veia e percebia, em alguns casos, que ela estava totalmente colabada. Então, eu perguntava às atendedoras: “a senhora

verificou a pressão dele?” “Não”, elas diziam. “Então, traga o tensiômetro para verificarmos”, eu continuava.

Às vezes, a mínima estava em dois. Tive a experiência de me chamarem estando o paciente com a pressão zero. Com isso, eu dizia: “isso daqui é urgente! Chame o plantonista do SAU⁹⁵ imediatamente!”. Nesse tempo não existia o Walfredo Gurgel, era o SAU do hospital que resolvia esses problemas. O médico dessecava a veia e estava resolvido. Outras vezes, acontecia por obra e graça do espírito santo eu conseguir puncionar a veia, já em outras eu não conseguia e tínhamos que procurar alguém mais antigo.

Em um determinado dia, vi acontecer nesse hospital um caso que me marcou muito. Uma criança com nove anos de idade morrer com insuficiência renal aguda provocada por escabiose. Escabiose em uma família de alta renda é difícil até se fazer o diagnóstico, mas em uma de baixa renda, infecta. É tanto que nessa criança infectou, depois levou a um quadro de glomerulonefrite aguda, em seguida a um de insuficiência renal aguda e, por fim, a morte. Nunca esqueci isso.

Nesse período, surgiu em mim a necessidade muito grande de comprar livro. Passava o fim de semana inteiro procurando livros de enfermagem médico-cirúrgica na suas várias especialidades como gastroenterologia, cardiologia, dermatologia, nefrologia ou de outra área que pudessem ajudar na minha prática profissional. Durante a semana eu os levava para o hospital. Isso não quer dizer que eu ficasse sentada no bureau



I semana de estudos sobre prevenção de acidentes na Escola Técnica Federal do Rio Grande do Norte. Palestra sobre Primeiros Socorros. Natal, 1969. Arquivo pessoal de Raimunda Germano

lendo-os, mas, na verdade, eles me auxiliavam em alguns procedimentos. Por exemplo, em uma determinada hora da consulta, o médico diz: “prepare uma bandeja para uma paracentese!” Eu não tinha todo o material decorado. Então, eu corria no livro e lia o que era necessário. Isso me dava mais segurança.

Eu estava querendo fazer o melhor pelo hospital. Mas isso não durou muito tempo porque a chefia aconselhou a não entrar no hospital com os livros. Então

⁹⁵ Serviço de Atendimento de Urgência do próprio hospital. Na época era o pronto-socorro de Natal.

pronto! Fiquei sem os livros. Lia-os em casa e, quando tinha alguma dúvida, corria ao centro cirúrgico e perguntava às meninas mais antigas.

Todas essas coisas vividas no hospital e nos movimentos me fizeram aprender, a ter mais respeito pelas pessoas e aprender com elas. Eu aprendi muito com os atendentes e auxiliares de enfermagem porque eu não me colocava no lugar daquela que sabia, mas muito mais no lugar de aprendiz. Eu acho que isso foi uma grande arma que tive na minha vida, o lugar de aprendiz.

Todo contrato de enfermeiro do hospital era obrigado a colaborar com a escola de auxiliares de enfermagem da UFRN. Alguns só acompanhando estágio e a parte prática, já outros, que quisessem, eram convidados a dar aula. Essa colega que me ajudou muito em Recife veio para cá e ela dizia: “pode contar comigo para acompanhar o aluno na prática, mas não me chame para sala de aula. Eu já dizia o contrário: “quero ir para sala de aula”.

É assim que começa a minha trajetória no ensino. Nos dois primeiros anos, tinha, somente, um contrato provisório, recebendo, apenas, uma pequena gratificação. Só depois veio o contrato definitivo que era maior do que o de enfermeiro. Aqueles que ficaram na escola foram de certa forma privilegiados nesse sentido e eu era uma delas. Então, fiquei com dois contratos um como docente e outro como enfermeiro. Quando foi criado o curso superior de enfermagem, passei do contrato de professora de nível médio para nível superior e, nesse momento, me desligo do cargo técnico para assumir a dedicação exclusiva como professora. Achei que deveria fazer isso porque a minha vontade era maior de professora do que ser enfermeira. Só depois fiz um concurso interno para regularizar a situação de professor porque até então não havia concurso.

Quando me tornei professora da escola do curso de auxiliares enfermagem, ficava achando que não tinha o conhecimento didático. É claro que me dediquei de corpo e alma a estudar, mas eu dizia: “falta em mim um curso mais da área da educação”.

Com isso, fiz vestibular para pedagogia. Após a aprovação, meu dia passou a ser totalmente preenchido: manhã no hospital, a tarde na escola e a noite fazendo o curso. A minha professora de didática, que inclusive foi a melhor professora que tive na vida, me convidou quando terminei o curso, em 1969, para ficar como sua

assistente, o que consequentemente, me faria ser contratada para o curso de educação. Mas eu me sentia útil na enfermagem e dizia: “não. Eu não tenho coragem de deixar a enfermagem. Em educação, ela vai encontrar muitas outras pessoas, mas na enfermagem nós éramos apenas 4 gatos pingados”. Então, eu não quis, e preferi ficar na enfermagem mesmo sem ser professora de nível superior o que só aconteceu em 1973.

De certa maneira, tive mais dificuldades na minha inserção como enfermeira do que na docência em virtude da minha juventude e da pouca experiência. No ensino, eu comecei como professora voluntária estando sempre ao lado das duas ou três professoras titulares das disciplinas. Depois, fiz pedagogia e o respectivo estágio. Com isso, fui me preparando e cheguei no ensino com muito mais tranquilidade.

Hoje, sou professora do quarto e do último período do curso de enfermagem e sempre reforço com os meus alunos uma lição que aprendi com a vida: a humildade. Digo: “aprendam com quem está na prática também. Mesmo que vocês levem a parte do conhecimento científico, da fundamentação técnica mas não esqueçam que eles têm o que vocês não têm. Então, façam essa troca. Mas façam com simplicidade e humildade”.

Isso me ajudou bastante tanto na prática como enfermeira quanto no ensino. Eu nunca me senti aquela professora que por estar ministrando aquela disciplina pela vigésima ou trigésima vez não precisasse estudar mais. Sempre achei que sabia pouco e, portanto, precisava estudar mais. Então, ser humilde e achar que não sabia muito está me ajudando na travessia da vida. Eu aprendi mais com a simplicidade.

Todas essas coisas marcaram não somente minha prática como enfermeira mas também minha própria vida. A minha profissão associada a um referencial teórico possibilita que enxerguemos a realidade e que, de certa maneira, nos sensibilizemos com ela. Portanto, eu diria que precisei na minha formação da prática porque ela me mostrou a realidade, como também das leituras, das discussões, da inserção nos movimentos de associação, de entidade e de vida estudantil porque foram eles que me possibilitaram enxergar o mundo de forma diferente. Além disso, hoje reconheço a importância do amadurecimento que nós vamos adquirindo com a

vida. Talvez tenha sido tudo isso que tenha exacerbado em mim uma visão crítica e a necessidade de discutir a ética. Mas pensando numa ética mais combativa que possa pensar no alívio dos sofrimentos e não na imposição de sofrimentos. Uma ética capaz de perguntar: por que as pessoas são desiguais? Por que uns merecem tudo e outros não merecem nada?

Pensando, hoje, nas mudanças pelas quais a enfermagem vem passando, percebo os alunos da graduação já no 3º e 4º períodos engajados em grupos de pesquisa e preocupados em produzir. É uma outra visão do crescimento profissional. Agora não sei se do ponto de vista da sensibilidade junto ao paciente nós crescemos muito. Eu sinto que, na minha época, início de 1970 até a década de 1980, havia uma preocupação pela questão da humanização, claro sem ter esse nome. Mas acho que tínhamos uma preocupação maior com atenção à população num sentido mais humanitário. Quando encontro ex-alunos, eles dizem: “professora as coisas estão muito mudadas. A relação é no anonimato. As pessoas atendem sem, muitas vezes, nem saber o nome do paciente”

Sabemos que isso não é tudo do relacionamento humano, mas é alguma coisa. Há tanta tecnologia e tantas máquinas que eu não sei se elas estão preponderando sobre o homem. Em uma dissertação sob minha orientação uma enfermeira estudou o sofrimento na UTI porque, em um determinado dia, ela presenciou a seguinte cena: uma paciente chama a enfermagem e diz: eu não estou me sentindo bem. E a pessoa responde: a senhora está. Olhe a máquina. Ela está dizendo que a senhora está ótima! E foi embora. Ela não perguntou o porquê dela estar dizendo que não encontrava bem. Podia ser algo que a máquina não registrasse.

Então, eu vejo que hoje há uma tendência muito grande ao desenvolvimento da ciência na enfermagem, mas não sei se do ponto de vista do atendimento, da atenção à população nós conseguimos avançar.

Barulhos que rompem o silêncio da inércia

Eu fui a primeira coordenadora do curso de enfermagem da UFRN. Uma das discussões fortes nessa época era a formação do enfermeiro com a visão da saúde

pública. O currículo mínimo de 1962 tirou essa disciplina e o de 1972, em plena ditadura militar, só fez reforçar. Com isso, a discussão em saúde pública passou a ser apenas uma habilitação; em outras palavras, assumiu o caráter optativo. Quando eu terminei, a minha turma contava com apenas 14 alunos. Quantas foram fazer saúde pública? Duas. Irta e Enaine. Elas fizeram porque eram sespianas e só passariam para condição de enfermeiras se tivessem essa especialização. Mas nós, as demais, não fizemos porque tinha um mercado aberto só esperando a nossa formatura.

Ao chegar para coordenar o curso, fiz questão de enfatizar a saúde pública. Apesar de ser optativa, nós dizíamos: “não! A saúde pública vai ter que ser ministrada”. Isso não quer dizer que com ela o aluno terá uma visão mais aberta, política e crítica da realidade. Não é nesse sentido, mas é um caminho. Com a discussão, se espera uma visão mais ampla para compreender o próprio modelo de saúde vigente, diferentemente de pensar apenas a partir das disciplinas da área curativa. É mais difícil visualizar a saúde da população como um todo quando está apenas ligado ao hospital, a UTI e ao Centro Cirúrgico. É tanto que aqui na UFRN nunca saúde pública esteve ausente.

Depois da coordenação, fui para a chefia de departamento. Nele, criei uma coordenação de pesquisa com o desejo de ver a enfermagem crescendo um pouco mais, uma vez que reconhecia a importância da pesquisa para enfermagem, mesmo que, na minha formação, não tenha tido esse enfoque. Mas tudo isso foi muito devagar.

No início de 1980, foi uma época de grandes mudanças pedagógicas na formação do auxiliar de enfermagem. O curso era dado em 2 anos e passou a ser intensivo em um ano. Além disso, tínhamos que conciliar as duas funções: graduação e auxiliar de enfermagem. Era um grande desafio porque tínhamos que nos desdobrar em várias funções.

Paralelo a isso, vivemos um movimento nacional muito grande. Eu não posso dizer que a nossa formação foi muito questionadora e progressista. Eu não posso afirmar isso pelas próprias circunstâncias políticas da época. Contudo, há episódios importantes de serem lembrados. Eu utilizava Paulo Freire, que era o quente da época, na disciplina Didática Aplicada à Enfermagem. A Faculdade de Educação

daqui da UFRN foi uma das que me criticou por utilizá-lo achando que eu estava me expondo. Em um determinado dia um professor disse assim: “por que vocês não colocam uma capa neste livro? Vocês estão se arriscando”.

Ele se referia à Pedagogia do Oprimido e à Educação como Prática da Liberdade. De certa maneira, nós estávamos até um pouco mais à frente nas discussões em relação à própria faculdade de educação. Dentro do que se exige hoje, quando não se pensa a história, imagina-se que as nossas realizações foram atrasadas. Porém, eu vejo como um avanço para a época. Mesmo reconhecendo as críticas que possam ser feitas à obra de Paulo Freire, continuo hoje, admitindo a sua contribuição para a educação brasileira.

No contexto da enfermagem, a questão do grupo é muito importante. A partir das identidades, das pessoas que pensavam um pouco mais à frente, que questionavam mais e tinham uma visão mais crítica fomos nos articulando e formando um grupo do pensar a enfermagem no Brasil. É tanto que por isso sofremos um pouco dentro do nosso próprio departamento porque achavam que nós éramos os que pensavam e os outros os que faziam. Mas não era bem isso! Para eles, nós éramos as políticas porque de certa maneira questionávamos o próprio modelo da saúde e da educação. Mas eles não eram? Por isso, me lembro de Tereza Nidelcoff quando ela diz que a pessoa militando dentro da área será vista como política, mas, ao cruzar os braços e ficar olhando a coisa acontecer, também é uma posição política.

Todo esse movimento que fizemos tinha por trás uma preocupação muito grande com a competência do enfermeiro que estava sendo formado por nós. Uma preocupação que envolvia as duas dimensões: técnica e política. Isso porque não adianta ter uma visão crítica se o enfermeiro não tiver o domínio dos procedimentos de enfermagem. Fica um profissional pela metade. E tudo isso eu ainda continuo lutando para que ocorra. Nesse sentido, eu diria que nós fizemos um pouco de barulho. Com todos os erros e enganos que cometemos, acredito que foi muito positivo e contribuímos para que a enfermagem avançasse um pouco.

Um compromisso maior

No final da década de 1970, fui fazer o mestrado em educação por conveniência. Poderia ter feito enfermagem se tivesse sido mais fácil conciliar, mas meu esposo foi fazer na área de ciências sociais na UNICAMP e, nessa época, não existia nessa instituição nem graduação e nem pós-graduação em enfermagem. Mas não me arrependo de ter feito. Acho que abriu meus horizontes para ver melhor a enfermagem. Como já havia cursado o mestrado em educação, fiz também o doutorado, só que dez anos depois, final da década de 1980.

Ao fazer o mestrado em educação, eu sempre tive a preocupação de estar pensando em algo que contribuísse com a enfermagem brasileira. Na época, o meu orientador pensou em eu fazer o trabalho de dissertação sobre o hospital já que essa tinha sido minha primeira experiência profissional. Mas nesse período, eu manuseava as revistas de enfermagem e achava uma coisa extremamente ultrapassada a forma como apareciam os artigos de enfermagem. Um dia conversando, não com meu orientador, mas com Willington, meu marido, ele diz: “Raimundinha, você fala tanto nas revistas porque você não as estuda”. Então, levei a ideia para meu orientador e ele falou: “isso dá uma ideia ótima! Agora, você vai ter esses números da revista?” Respondi: “vou voltar para Natal e lá realizarei uma pesquisa na perspectiva de conseguir esses números, que seriam, de 1955 até 1980”.

Quando chego em Natal o departamento de enfermagem estava em plena crise só esperando o meu retorno para assumir a chefia. Assumi e esqueci meu trabalho. Naquela época, não tinha essa exigência toda da Capes. O meu orientador foi contra e achava que eu devia começar meu trabalho. Mas eu lhe desobedeci porque, naquela época, a situação do departamento exigia muito mais.

Concluídos os dois anos na chefia do departamento, eu disse: “não! Agora vou realmente fazer meu trabalho”. Consegui todos os números da revista e construí um trabalho acadêmico reconhecendo nele a oportunidade de dizer tudo o que tinha ficado reprimido durante a ditadura militar, como também as minhas raízes do movimento estudantil e da juventude católica universitária faziam aflorar esse desejo

de criticar o lado militarista e religioso que a enfermagem tinha. Quando, por exemplo, se dizia: “o bom enfermeiro é aquele anjo branco”.

Escrevi esse trabalho com o calor dos meus trinta e tantos anos de idade, talvez, hoje, com 65, eu amenizasse. É claro que esse trabalho tem algum mérito, mas é importante entender que ele aconteceu em um momento em que o Brasil já estava mudando sua conjuntura. Professor Nilton Balzan, meu orientador, contribuiu muito porque ele era uma pessoa crítica e me acobertava totalmente. Além disso, tive uma contribuição muito grande do meu esposo, que é da área de ciências sociais, que me ajudou a enxergar o mundo de forma diferente.

Em 1983, essa dissertação se tornou um livro: *Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil*. Ele foi um livro muito criticado. Estive em um congresso em Belo Horizonte, em 1984, e professoras da USP me chamaram para me criticar, dizendo: “é um absurdo! Como uma pessoa faz um trabalho de mestrado para prestar um desserviço à enfermagem?” Outras professoras, da Escola Ana Néri, chegaram a dizer que podiam pegar o livro e jogar no lixo. Da mesma maneira que elas me abordaram, outras chegaram para me parabenizar. Dizendo: “você realmente fez uma análise bem feita e o seu trabalho merece ser divulgado”.

Portanto, mostrar esse lado da enfermagem de certa maneira nos trouxe muitos frutos porque, a partir daí, ele foi muito referenciado estando inclusive hoje na 4ª edição e, acima de tudo, fez com que a enfermagem pensasse um pouco diferente sobre ela mesma. Logicamente, não sou a protagonista e nem estrela disso, outras professoras no Brasil também estavam começando a discutir isso como Cecília Puntel, de saudosa memória, um pouco tempo depois, Cristina Melo na Bahia, Graciete em Ribeirão Preto, além da própria Denise Pires mais recentemente em Santa Catarina.

No doutorado, eu não me afastei da linha crítica, na verdade ele foi um aprofundamento do mestrado a partir da discussão da ética. Mas reconheço que o meu trabalho de doutorado é o de mestrado e o de mestrado é o de doutorado porque acho que, no de mestrado, eu tive mais fôlego e profundidade no que eu fiz. Além disso, ele não tem o pioneirismo que o primeiro teve porque muitos outros trabalhos na década de 1990 já estavam sendo divulgados nessa linha da discussão da ética.

Múltiplas bifurcações

Eu sempre tive a vocação e o interesse em participar dos movimentos políticos. A ABEn se constitui em um desses espaços onde se estabelecem discussões importantes para nossa categoria. Com isso, assumo no início da década de 1970 a presidência dessa associação no estado por dois mandatos, 1970-1973 e 1973-1976.

Ao chegar a Natal em 1966, como também nos anos seguintes, nós estávamos vivendo o auge da ditadura militar. Com isso, reconheço que sofríamos muito com as entidades porque elas se constituíam apenas em espaços para que pudéssemos nos reunir para falar alguma coisa da profissão, mas nada ainda com uma visão crítica. De todo modo, movimentamos um pouco na medida em que se podia. Eu lembro que uma das coisas que começamos a fazer foi tentar melhorar a formação dos atendentes. Hoje, é muito fácil contratar técnico e auxiliar de enfermagem, mas, naquela época, era muito difícil. Quando terminávamos de formar as turmas na escola, todos os alunos estavam empregados.

Eu até digo aos alunos quando eu vou ver um pouco da história: “nós vestíamos roupas de cores diferentes. O atendente usava roupa de listra verde e os auxiliares e os enfermeiros vestiam branco. Se você entrasse cedo no hospital ele estava todo verdinho”.

A equipe de enfermagem era praticamente formada por atendentes. Foi nesse sentido que fizemos um trabalho de atualização deles porque, na verdade, eles nunca tiveram um curso preparatório. Eles eram as pessoas que limpavam o chão e, de repente, começaram a aplicar uma injeção porque tinha mais jeito com o paciente. Em outras palavras, eles aprenderam na prática.

Às vezes, entrávamos em contato com a direção dos hospitais tentando trazer mais pessoas para os cursos no sentido de melhorar a enfermagem do Rio Grande do Norte, mas muitos deles achavam que não deviam liberar seus funcionários porque eles acreditavam que ao ter mais conhecimentos eles iriam reivindicar maiores salários. Esses diretores nunca pensavam no paciente e na melhoria da qualidade do trabalho prestado no hospital.

Uma outra coisa que fizemos na minha gestão foi instalarmos o Conselho de Enfermagem no estado em 1975. Naquela época, quem implantava o conselho era a ABEn. É claro que ele tinha sua missão e função bem definida que não é o de caráter político e sim fiscalizador. Mas isso foi um ganho para a enfermagem.



Semana de Enfermagem de 1981.
Arquivo pessoal de Raimunda Germano

Ao mesmo tempo que as coisas se fechavam, politicamente, no momento da ditadura, outros espaços de discussão surgiam. Com isso, paralelo a tudo que vinha acontecendo, tive uma participação ativa e efetiva nos sindicatos, além do próprio

movimento da Reforma Sanitária. Em Natal, por exemplo, se reuniam médicos, enfermeiros, bioquímicos e dentistas na Sociedade Norte-Rio-grandense de Medicina, que ficava em frente ao batalhão XVI RI de infantaria, por coincidência. Nessas reuniões, que aconteciam no Brasil inteiro se constrói a proposta do que foi consolidado na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Lembro-me que nos reuníamos nas terças-feiras à noite ou quinzenalmente ou uma vez por mês. Naquela época, não existiam celulares e, mesmo assim, nos comunicávamos e as reuniões sempre aconteciam.

À medida que existiam essas discussões de mudança no modelo de saúde, o nosso curso de enfermagem da UFRN já trazia essas discussões até mesmo antes da consolidação do SUS na Constituição de 1988. E no momento em que houve a mudança efetiva nós a acompanhamos do ponto de vista de mudança curricular. Contudo, não vou afirmar que foi tudo maravilhoso. Muitos professores estavam de corpo presente mas ausente de cabeça. Tinha um grupo que era mais forte, um grupo de mais compromisso, o qual fazia com que a sua disciplina tivesse uma discussão efetiva desses acontecimentos. Mas outros não.

Mesmo hoje, com mais de vinte anos de Sistema Único de Saúde, nós ainda sentimos lacunas porque nem todas as disciplinas estão convergindo para esse mesmo pensamento. Sabemos que o SUS não é o que desejamos, muitas coisas ainda estão sendo pactuadas para melhorá-lo. Mas isso não quer dizer que o neguemos. Alguns professores nem levam essa discussão para sala de aula porque

nem mesmo eles acreditam. Então como não acreditam, não reforçam com seus alunos.

Recentemente, um aluno do 8º período chega para mim e diz: “professora, um dia desses um médico da unidade disse que PSF⁹⁶ era Programa Sem Futuro.

Então, dá para perceber como é difícil fazer uma formação a partir do pensamento da Reforma Sanitária quando os profissionais negam a própria política. O aluno já tem um ambiente de formação teórica que não há uma convergência, uma união de pensamentos e, ao chegar no campo de prática, se depara com um modelo dessa natureza. Não vou dizer que é a maioria. Existem enfermeiros e médicos torcendo para que as coisas aconteçam, dando o máximo de si. Mas não podemos negar que as duas coisas existem e convivem. Um grupo mais entusiasmado, querendo acertar e contribuir, já outro que não.

⁹⁶ O profissional de saúde faz alusão ao Programa Saúde da Família (PSF).

RESSIGNIFICANDO A FORMAÇÃO EM SAÚDE/ENFERMAGEM

As três narrativas de formação podem aqui ser recrutadas como metáforas de um tempo da formação em saúde e, em particular, da enfermagem no qual o contexto, a implicação vida, ideias e profissão e os ideários humanísticos ganhavam força na academia. Ultrapassando os discursos de conformismo, negatividade e apatia que estão fortemente presentes na sociedade, as trajetórias de vida e formação de Abigail, Raimunda e Valda são exemplos de experiências transgressoras, ousadas e audaciosas que possibilitaram inquietar, mudar, persistir e transformar padrões na saúde, na enfermagem e na formação.

Mulheres, enfermeiras e cidadãs pertencentes a um tempo, mas como o nosso, permeado por limites, persistências, dificuldades, resistências e dogmatismos. De forma difusa e heterogênea, elas conseguiram construir caminhos, estratégias, novas formas de resistir e lutar no mundo. Não são sujeitos superiores e divinizados, muito pelo contrário, são humanos, comportando dessa forma, suas próprias resistências e limites. Com isso, as conquistas e mudanças instauradas e instigadas por elas foram fruto de um permanente processo de aprendizagem e metamorfose.

São histórias permeadas de vitórias, de superações, mas também de medos, de conservadorismos e contestações. As dificuldades existiram e se colocaram como obstáculos. Mas um ideal, a cooperação, a amizade e um pensamento capaz de se utilizar dos próprios riscos foram instrumentos que contribuíram para o próprio amadurecimento intelectual e humano, possibilitando crescer, fortalecer argumentos, criar parcerias, buscar novos conhecimentos, incorporar e ao mesmo tempo romper com o antigo.

Essas trajetórias foram permeadas por valores e princípios dentre os quais dois se evidenciam: humildade e coragem. Eles se tornam emergentes e importantes para pensar o atual processo de formação do sujeito, em especial, do profissional da saúde/enfermagem uma vez que o nosso passado e o nosso presente estão nos mostrando a necessidade de resistirmos, principalmente, de agirmos contra o desumano, a barbárie e a injustiça.

Pensar sobre esses princípios é fundamental para propugnar outros horizontes de formação em enfermagem, pois a produção da saúde se dá em um terreno instável, incerto e conflituoso que exige a defesa de vidas mais humanas e dignas.

No mundo globalizado, mercantil e competitivo no qual vivemos, a humildade é distorcida, depreciada e menosprezada, pois assume o caráter de covardia e fraqueza. Pensar assim é confundir princípios ético-morais com valores materiais. A humildade não é autodepreciação nem humilhação. Muito pelo contrário. É o conhecimento exato do que ainda não somos, aceitando os próprios limites e possibilidades, sem contudo invocar a vaidade.

Para Conte-Sponville (1995), dizer a si mesmo que nos falta humildade é o primeiro passo para irmos em sua direção. Precisamos estar atentos ao excesso de depreciação de si, pois pode esconder, na verdade, a necessidade de ser exaltado, revelando, assim, não um humilde, mas um arrogante orgulhoso.

Sem a humildade, o eu ocupa todo espaço disponível, e só vê o outro como objeto (de concupiscência, não de amor!) ou como inimigo. A humildade é esse esforço, pelo qual o eu tenta se libertar das ilusões que tem sobre si mesmos, porque essas ilusões o constituem. Grandeza dos humildes. Eles vão ao fundo de sua pequenez, de sua miséria, de seu nada, onde não há mais que tudo. (CONTE-SPONVILLE, 1995, p. 160).

A humildade nos leva a ficar silenciosos e atentos diante da magnitude das pequenas e grandes coisas que ainda não sabemos. Ajuda a ver o belo e a descobrir e buscar novas verdades sobre nós e o mundo a que pertencemos. A reconhecer a necessidade do outro no processo de descoberta de novas verdades, reduzindo as falsas onipotências. É colocar-se no lugar de eterno aprendiz. Ser um aprendiz é reconhecer nossas limitações e a insuficiência do nosso saber e ir em busca de novas fontes de aprendizagem. É arriscar-se em outras áreas do conhecimento e ser capaz de ouvir o que elas nos dizem para podermos então, ampliar o nosso próprio conhecimento.

Passamos assim, a entender que o trabalho e o conhecimento de cada um é vinculado e dependente de tudo aquilo que já foi construído e elaborado por outros. O nosso mérito é recriar, reconstruir, refazer aquilo que já faz parte do vasto

reservatório do saber humano. Nesse sentido, a autossuficiência se rende à busca por saberes em outras áreas do conhecimento, em novos referenciais, em outros conceitos, em novas concepções de mundo na perspectiva de construir metaprincípios e metacompreensões.

Com a humildade, nos permitimos ser surpreendidos. A surpresa nada mais é do que o reconhecimento do novo, do diferente, do contrário, do possível. Surpreender-se revela o poder que o humano tem de construir o novo, o diferente. É ser um expectador daquilo que julgamos ser e um protagonista do que podemos ser.

O pensamento complexo não esgota a surpresa. Vivo me surpreendendo. Minha surpresa não é mais infantil – O que é isto? Por que o carro anda?, Por que o sol brilha? É também, e sobretudo, uma surpresa da consciência despertando para o desconhecido do conhecido e descobrindo que quanto mais evidente é o conhecido, mais profundo é seu desconhecido (MORIN, 2003, p. 266).

O outro, nesse contexto, torna-se um instigador e facilitador do conhecimento, sendo assim peça fundamental no nosso crescimento e amadurecimento intelectual e moral. A nossa aprendizagem passa a acontecer no coletivo e para o coletivo. Nesse sentido, tornamos-nos um eterno devedor. Não é simplesmente dar ou retribuir o que fizeram por nós, mas é reconhecer a necessidade de partilhar com o outro o bem realizado. A humildade deve estar, assim distante da ingratidão porque ao não reconhecermos que devemos ou simplesmente não gostamos de dever, nos aproximamos muito mais da arrogância e petulância do que da humilhação. “Não confundamos humildade com consciência pesada, humildade e remorso, humildade e vergonha. Trata-se de julgar não o que se fez, mas o que se é” (CONTE-SPONVILLE, 1995, p. 158).

A humildade está de mãos dadas com a sinceridade e a doçura, pois é preciso identificar, reconhecer e expor os limites, insuficiências e capacidades com leveza e delicadeza. É a acolhida respeitosa e humilde da abertura e da possibilidade. Opõe-se dessa forma, a uma atitude revestida de agressividade e hostilidade que, na verdade, desqualifica qualquer atitude ousada e humilde. Ser doce e amável não é ser servil, mas é, antes, limitar ao máximo qualquer forma de violência.

Não confundam os *pacíficos*, que gostam da paz e estão dispostos a defendê-la, inclusive mediante a força, com os *pacifistas*, que recusam toda guerra, qualquer que seja e contra qualquer que seja. É erigir a doçura em sistema, ou em absoluto, e impedir-se de defender de verdade, pelo menos em certas situações, aquilo mesmo –a paz – que se reivindica (CONTE-SPONVILLE 1995, p. 210).

Ser humilde “não é a ignorância do que somos, mas o contrário, conhecimento, ou reconhecimento, de tudo que não somos” (CONTE-SPONVILLE, 1995, p. 153). Por isso, são necessárias a análise e a crítica interior. Como coloca Morin (2005, p. 94), “o exercício permanente da auto-observação suscita uma nova consciência de si que nos permite nos descentrar em relação a nós mesmos, logo de reconhecer o nosso egocentrismo e de medir o grau das nossas carências, lacunas e fraquezas”. Essa análise não pode ser ingênua. Ela não pode se reduzir a busca de justificativas para as nossas atitudes com o intuito de culpabilizar o outro e o contexto. É preciso estar atento às armadilhas, às mentiras e autojustificações sobre quem somos, o que fazemos e o que pensamos. É o exercício crítico de se reconhecer, portanto como co-partícipe dos acontecimentos que nos rodeiam. Precisamos romper com o processo de vitimização que está presente na sociedade contemporânea, e, em seu lugar, fazermos apostas em projetos que colaborem com a construção de sujeitos comprometidos com a transformação social.

Não significa buscar inocentes, culpados, bode-expiatórios, mas desenvolver um processo permanente de vigilância crítica sobre os nossos pensamentos, princípios e atitudes. Como coloca Morin (2005, p 96): “somente a autocrítica pode dar-nos uma consciência das nossas insuficiências e da nossa segurança. A autocrítica leva à modéstia, às vezes, à humildade, pelo reconhecimento dos nossos erros e das nossas carências”. Nesse processo, é preciso ser humilde, inclusive para reconhecer os momentos nos quais se foi arrogante e petulante.

Os erros, os equívocos, os enganos que emergem desse processo de introspecção crítica, não devem ser esquecidos, negados, escamoteados. Para Morin (2003), esses que contribuíram para que o mesmo desfizesse ideias falsas, pois ao procurar compreender os equívocos e a perversidade que permeava seu espírito ele estava se contrapondo a qualquer forma de pensamento doutrinário.

Para esse processo de análise de si mesmo, é fundamental uma percepção crítica da complexidade interior aliada ao olhar do outro sobre nós mesmos.

O reconhecimento da nossa pequenez, insuficiência e dependência não nos inferioriza. Muito pelo contrário, nos enobrece, porquanto a arrogância cede espaço para a modéstia e simplicidade, como também nos instiga a estar permanentemente aprendendo, buscando superar lacunas, equívocos e limites. O petulante não admite fragilidades, não reconhece limites, não aceita inadequações. É inflexível, rígido, ortodoxo e, até mesmo, reacionário. Já o humilde trabalha com a possibilidade da transitoriedade das verdades, do conhecimento e de si mesmo, como também reconhece a necessidade de parar para reconstruir suas ações quando essas rompem com valores e princípios que possam ferir a dignidade humana.

A minha defesa pela humildade não é uma apologia à subserviência, visto que essa aniquila o sujeito, proporciona a aceitabilidade das desigualdades, estimula a apatia e indiferença diante das injustiças, nega possibilidades de crescimento e superação dos próprios equívocos. É na verdade reconhecer, a cada instante, suas insuficiências e potencialidades. A coragem é fundamental para assumir erros, reconhecer limites e se aventurar em novas formas de aprendizado sobre si e sobre as coisas.

Distinguir atitudes boas ou ruins, verdadeiras ou falsas, estabelecer os limites entre o que se pode ou não fazer é insuficiente quando pretendemos discutir o princípio da coragem. Isso é um ato, por isso, para que possamos agir, precisamos superar os limites e os desafios que nos impõem medo. “Só esperamos o que não depende de nós; só queremos o que depende de nós. (...) Ora, o que é necessário para ser corajoso? Basta querê-lo, em outras palavras, sê-lo de fato. Mas não basta esperá-lo, apenas os covardes se contentam com isso” (Conte - Spnoville, 1995, p. 63).

A coragem é mobilizadora da confiança que o homem constrói nos momentos de temor e nas situações difíceis para que ele continue lutando, enfrentando barreiras e superando problemas. É a força positiva que nos faz viver, enfrentar, perseverar, morrer... É a pulsão que nos estimula e alimenta a estar sempre recomeçando, reconstruindo, refazendo, reaprendendo.

Tentar. Eis um verbo revestido de coragem, pois se trata de arriscar-se, aventurar-se e se pôr a prova. Vencer, portanto, é, apenas, uma das possibilidades decorrentes de uma atitude ousada. A coragem não é um princípio, apenas, dos vitoriosos, mas de uma atitude humana. É conveniente tê-la, inclusive, nas derrotas, para que o medo de perder novamente, não apague a chama da perseverança. Assim, a coragem é necessária, não somente para instaurar o novo, criar, inovar mas sobretudo para garantir a permanência de padrões, de práticas, de atitudes consideradas relevantes para a sociedade.

Precisamos ampliar a compreensão construída sobre a mesma em torno da força e virilidade gerando o corajoso guerreiro e percebê-la para além da reação ao desespero com alto valor físico, mas a capacidade de enfrentar, sem desânimo, situações assustadoras e desafiantes. A coragem física, muitas vezes, não passa de arrogância que tenta intimidar os outros, recebendo, assim, os aplausos da insensatez.

A coragem deve nos convidar ao equilíbrio estético e audacioso, levando-nos a uma alegria de viver e contribuir para que saíamos das zonas de conforto e consigamos imergir em zonas de turbulência e de conflitos, agindo de modo ético e comprometido com a construção de valores que colaborem com a construção de uma perspectiva mais humana e solidária diante da vida. É, portanto, um princípio ético que contribui para estruturação do próprio ser, pois o eu vai se metamorfoseando, refazendo ideias, convicções e valores. Para Conte - Sponville (1995) a coragem é mais do que um traço do caráter humano, é uma virtude em que sua ausência torna qualquer moral impossível e sem efeito, pois, é a partir dela, que o sujeito age de forma generosa.

Temos clareza de que a coragem é, também, uma atitude combativa à dor e ao sofrimento que já fazem parte da nossa vida. A partir dela, reconhecemos que somos capazes e temos força para lutar e enfrentar os problemas e as barreiras que nos colocam medo e receio. É a confiança que o homem tem em agir nos momentos de temor e dificuldade.

Como virtude, ao contrário, sempre uma forma de desinteresse, de altruísmo ou de generosidade. Ela não exclui, sem dúvida, uma certa insensibilidade ao medo, até mesmo um certo gosto por ele. Mas não os supõe necessariamente. Essa coragem não é ausência de medo,

é capacidade de superá-lo, quando ele existe, por uma vontade mais forte e mais generosa (CONTE – SPONVILLE, 1995, p. 57).

É imprescindível que tenhamos cuidado para que a ousadia não seja revestida de audácia presunçosa que exacerba um exibicionismo e prepotência diante dos demais. Por isso, precisamos ter muita coragem para reconhecer os limites e a insuficiência de qualquer atitude corajosa. É aqui que a coragem precisa dialogar com a humildade. Ampliando essa relação Conte - Sponville (1995, p.67) afirma: “para todo homem, há o que ele pode e o que ele não pode suportar. Os heróis sabem disso, quando são lúcidos: é o que os torna humildes de si mesmos e misericordiosos diante dos outros”.

Em um mundo no qual as relações baseiam-se na descartabilidade dos objetos e das coisas, é preciso abandonar os refúgios de segurança e comodidade e ter a coragem de olhar para si, questionando convicções, dogmas e papel no mundo. A esperança precisa ser retomada como princípio fundamental, pois alimenta o ideário da mudança, da abertura e da construção de novos futuros.

Esperança sem coragem faz com que o ser humano seja envolvido, apenas, pelo sentimento de otimismo, que é importante, mas insuficiente para construir novas possibilidades para a vida humana na terra. “Sem dúvida é mais fácil empreender e perseverar quando a esperança ou o êxito estão à vista. Mas, quando é fácil, tem-se menos necessidade de coragem” (Conte – Sponville, 1995, p.66).

Não podemos imaginar que a coragem é um princípio eterno e absoluto nos sujeitos que a tem. Um passado permeado por atitudes audaciosas não garantirá um presente semelhante. Um ato de coragem - mesmo que audacioso - é um projeto, uma pretensão, um desejo. A tatuagem de experiências audaciosas, um contexto instigante e a vontade de querer ser corajoso, mesmo que não se caracterize como coragem, é um passo importante nessa direção.

A coragem encontra-se no ápice entre dois extremos: a imprudência e a covardia. De um lado, temos o excesso no qual a vida torna-se fugaz e insignificante; de outro, um medo que afunda o sujeito na apatia. Arriscar-se de forma imprudente faz do sujeito um temerário. Sua insensibilidade ao medo desenvolve uma atitude intempestiva e perigosa ao extremo, pois põe em risco não somente sua própria vida, como também a de outras pessoas. O desinteresse

transforma o sujeito em uma máquina incessível à dor, ao sofrimento, ao prazer.

A apatia, além de demonstrar uma covardia, revela, também, uma preguiça e indiferença às coisas do mundo. O sujeito apático não deseja, não se irrita, não se queixa, não se alegra com as belezas e desgraças do mundo. Como afirma Conte - Sponville (1995) não podemos viver sempre no ápice, precisamos, constantemente, estar refletindo a que distância estamos desses dois abismos.

O autor ainda alerta que a coragem pode servir tanto para o bem como para o mal. É nesse instante, que se revela a sinuosidade desse princípio, pois essa força pode nos impulsionar para matar ou salvar, por exemplo. Nós somos portanto, desafiados a dialogar com os extremos e os opostos bom e mau, temeridade e indiferença, em que os meios e os fins passam a ser questionados.

Como coloca Conte - Sponville (1995), uma maldade corajosa é uma maldade e esta não pode ofuscar o brilho da coragem. Portanto, não defendendo uma meia coragem, uma coragem oportunista, tampouco tentando justificar atitudes maldosas e injustas. Mas instigar que a ambivalência da coragem a torna mais escorregadia, mais tênue e mais enobrecedora, pois comporta a possibilidade do sacrifício de si, aceitando o risco de se colocar, muitas vezes, a serviço do outro, de um ideário, sem motivação egoísta, ao mesmo passo que na mesma oportunidade de escolha podemos desenvolver uma atitude desumana e perversa.

Fome, medo, ditadura militar, casamento, filhos, distância, clandestinidade religiosa, oposições, paradigmas na saúde e enfermagem... São alguns exemplos de desafios que se colocaram para ser enfrentados por Abigail, Raimunda e Valda. Foi preciso perseverar, suportar, viver e enfrentar. Não podemos imaginar que uma atitude combativa e inaugural surja descontextualizada e isolada. Fazer o novo, sair do padrão, romper regras se constroem ao longo da vida em um processo de formação amplo, múltiplo e diverso, em que faz convergir para o mesmo espaço pressupostos contrários e aparentemente dissociados.

Nesse processo, as conquistas e perdas alimentaram projetos, refizeram caminhos, produziram novos conhecimentos. Rebeldia, desobediência e coragem pressupõem capacidade de pensar. Um pensamento que concebeu e dialogou com incertezas, acasos, ordem, desordem, determinismos e indeterminismos. Foi uma pulsão humana que demandou o diálogo entre as partes e o todo, reunir o uno e o

múltiplo, derrubar as barreiras entre as diversas áreas do conhecimento, reconhecer o contexto e complexo, unir e separar o complementar e o diverso.

Foi preciso produzir conhecimentos, articular ideias, construir parcerias, instaurar mudanças institucionais, metamorfosear-se, ressignificar o passado, incorporar o medo... “Toda razão é anônima; toda coragem, pessoal. É por isso, aliás, que é preciso coragem para pensar, às vezes, como é preciso para sofrer ou lutar, porque ninguém pode pensar em nosso lugar – nem sofrer em nosso lugar, nem lutar em nosso lugar” (Conte – Sponville, 1995, p. 59).

Os acontecimentos e os desafios que emergiam eram compreendidos na sua natureza unitária e diversa e multidimensional, reconhecendo-os de forma conflituosa, solidária e incerta. Nesse sentido, era preciso construir estratégias que possibilitassem resistir, recuar e transformar. Como coloca Morin (p. 57, 2009), “a estratégia é uma arte. Toda grande arte comporta uma parte de imaginação, de sutileza, de invenção, o que foi demonstrado pelos grandes estrategistas da História”.

A estratégia, nessa perspectiva, comporta uma vigilância e uma reflexão crítica constante para a redefinição das ações mediante os imprevistos e as eventualidades, em que o novo não é apenas previsto, mas também incorporado. Morin (2005) reconhece a importância da crítica de si mesmo, pois, sem ela, desenvolveremos uma reflexão ilusória ou até mesmo equivocada das ações, estratégias e finalidades. Ao se perceber as contradições e ambiguidades devemos entendê-las, reconhecê-las e trabalhadas com elas.

Uma estratégia se elabora em função de finalidades e de princípios, leva em conta diversos roteiros possíveis do desenrolar da ação, escolhe o que parece mais adequado conforme a situação: às vezes é preferível adotar um roteiro que minimize os riscos mais igualmente as oportunidades, outras vezes, um roteiro que maximize as oportunidades mas igualmente os riscos (MORIN, 2005 a, p. 142).

Isso não quer dizer que, ao elaborar uma estratégia, estamos garantindo um fim predeterminado. Como coloca Morin (2005), pensar a estratégia, a partir do pensamento complexo, se faz com o reconhecimento da ecologia das ações a qual traz, à tona, que os efeitos da ação não dependem exclusivamente da intenção do

sujeito, mas também das condições próprias do meio onde ocorre. A responsabilidade ecoa, nesse contexto, com a difícil tarefa de não ser medida, apenas, pela intencionalidade, mas também pela forma de lidar com a imprevisibilidade, já que uma boa intenção pode desviar-se e provocar terríveis consequências.

A ecologia da ação indica-nos que toda ação escapa, cada vez mais, à vontade do seu autor na medida em que entra no jogo das inter-retro-ações do meio onde intervém. Assim a ação corre o risco não somente de fracassar, mas também de sofrer desvio ou distorção de sentido (MORIN, 2005, p. 41).

Prudência, coragem e estratégia emergem enquanto princípios que possibilitam aos sujeitos não ficar reféns do medo de seus atos, mas os tornam protagonistas ao assumirem os riscos que decorrem de sua escolha e de sua atitude. A prudência supõe a incerteza, o risco, o acaso, o desconhecido (Conte – Sponville, 1995) sendo um norte que nos auxilia e aconselha na escolha: evitar ou enfrentar; fugir ou combater. É a partir dela que fazemos uma análise pertinente dos riscos, e a escolha cuidadosa das estratégias. Em outras palavras, é buscar conciliar, dentro do possível, a ousadia com consequências mais próximas das intenções. “É necessário querer não apenas o bom fim, mas os bons meios” (Conte – Sponville, 1995, p. 39).

As outras virtudes sem a prudência seriam cegas e loucas; mas sem a coragem, seriam vãs ou pulsilâmes. O justo, sem a prudência, não saberia como combater a injustiça; mas, sem a coragem, não ousaria empenhar-se nesse combate. Um não saberia que meios utilizar para alcançar seu fim; outro recuaria diante dos riscos que eles supõem. O imprudente e o covarde seriam, pois, verdadeiramente justos, nem um nem outro (CONTE – SPONVILLE, 1995, p. 57).

Reconhecer os equívocos inerentes à análise do real, às incertezas que permeiam os acontecimentos e a mutabilidade dos percursos não significa que os meios e estratégias justificam os fins, mas sim a busca constante de um equilíbrio ético entre si. Se assim o fosse, desde o início, a finalidade ético-política da coragem, por exemplo, teria sido abandonada. Isso não nega o acaso, o risco, a

incerteza, mas os incorpora à atitude previamente antecipadora que o sujeito deve estar atento no que ocorre e no que pode acontecer. “Não basta amar a justiça para ser justo, nem amar a paz para ser pacífico; é preciso, além disso, a boa deliberação, a boa decisão, a boa ação. A prudência decide e a coragem provê” (Conte – Sponville, 1995, p. 39).

Diante disso, complexificamos e diversificamos reflexões e atitudes a partir dos limites, dos desafios, dos antagonismos, das contradições, dos perigos e opressões que surgem diante de nós. Essas consciências nos subsidiam a analisar de forma mais pertinente o conhecimento, a complexidade do real e alimenta a necessidade de criar e inventar novos padrões, novos saberes e práticas. Portanto, ajudam-nos a se contrapor ao medo paralisante, a arrogância petulante, a um ideário de determinismos absolutos, de imutabilidade de verdades cristalizadas e padrões intransponíveis.

Não é necessário nos acovardarmos nem abriremos mão de nossas convicções por mais radicais que elas possam parecer. Podemos e devemos sair fora da linha, inventar novos caminhos inventar novos caminhos, anunciar conhecimentos proibidos, discutir hipóteses não-plausíveis, ideias inacabadas, impertinentes, ir no contrafluxo do estabelecido (Almeida, 2010, p. 110).

Ao serem desafiadas constantemente a arriscar, ousar, se contrapor e mudar, a militância política para Abigail, Valda e Raimunda vai se configurando enquanto estratégia que garante sua ação no mundo de forma mais crítica, atuante e transformadora. Essa atitude política na vida é norteadada pelo compromisso e responsabilidade e alimentada pela coragem e humildade. Não significa, simploriamente, o sacrifício de si, mas reconhecer que a atitude política indica a sua relação com a sociedade e a humanidade (Morin, 2003).

Empenhar-se em ações de caráter ético-política demanda um diagnóstico do real, um pensamento que lida com o contexto e o complexo, a construção de argumentos pertinentes que possibilitam ao sujeito conhecer vários aspectos de uma situação para ser capaz de agir de forma mais ampla e ousada. “A política é a arte do incerto” (Morin, 2003, p. 250), pois, como uma forma de agir audaciosa, não é regida apenas pela finalidade, mas também pela escolha dos meios.

Portanto, essa dimensão política da coragem extrapola a concepção reduzida de política de Estado ou partidária, mas a caracteriza como uma política do homem e portanto, é concebida, nas suas múltiplas dimensões e necessidades.

A política multidimensional [enquanto política do homem] deveria responder a problemas específicos muito diversos, mas não de forma compartimentada e fragmentada. Ela tem necessidade de tecnicidade, de cientificidade, mas não deve se submeter ao sistema da especialização que destrói o global, o fundamental, a responsabilidade. Ao contrário, deve permanentemente suscitar a visão do global – planetário – a concepção do fundamental – o sentido da vida, as finalidades humanas -, o sentimento responsável – que só pode vir a partir da consciência de assumir problemas fundamentais e globais. (MORIN, 2005a, p. 138).

A responsabilidade é uma problemática intrigante, uma vez que incorpora a aceitação consciente da incerteza que a comporta. Nesse sentido, anda ao lado da irresponsabilidade. Como adverte Atlan (2004), é preciso ampliar a compreensão dominante de responsabilidade que é construída por um pensamento redutor de causa e efeito e de relação binária que gera a dicotomia entre responsável, inocente, e, irresponsável culpado e condenado. Significa dizer que a responsabilidade/irresponsabilidade não deve se limitar à identificação de culpados, mas sim ao exercício, permanente, de reflexão ética e política sobre o que somos, queremos e fazemos.

Para compreender e desenvolver a responsabilidade, é preciso ter como norte algumas respostas das seguintes questões: “Que riscos assumimos pelo outro?”, “Que tipos de riscos, pela sociedade? Para que eventualidades?” (Morin, 1986, p. 292). Nesse sentido, a responsabilidade se aproxima da coragem e da humildade pela consciência-inconsciência dos riscos que assumimos ou que podemos assumir pelo outro, por um ideal, por uma causa.

As experiências com caráter eminentemente político contribuíram para pensar a sociedade, a saúde e a enfermagem de forma diferente, sendo capaz de perceber o contexto de determinações políticas e econômicas, contestar um Estado autoritário, uma compreensão de saúde e enfermagem assentadas no biologicismo e no individualismo.

Isso não quer dizer que a dimensão técnica não seja importante, muito pelo contrário, ela é inerente ao trabalho em enfermagem. Entretanto, é preciso pensar numa técnica pertinente, capaz de modificar as formas de adoecer e sofrer da população, que deve ser alimentada por uma compreensão ético-político da sociedade, da saúde e da própria enfermagem. Nas palavras de Barros (2006), precisamos construir espaços formativos que sejam capazes de produzir uma política inventiva em que o saber construído não se separa das sucessivas problematizações.

Trata-se então de seguir sempre um caminho de vai-e-vem, inventar problemas e produzir soluções, sem abandonar a experimentação. A opção por este caminho implica ter a coragem de correr os riscos do exercício de uma prática, mas também a coragem de suspender a ação e pensar. É o exercício de uma coragem prudente. É desconfiar das próprias certezas, de todas as formas prontas e supostamente eternas, e, portanto inquestionáveis, mas é também buscar saídas, linhas de fuga, novas formas de ação, ou seja, novas práticas cujos efeitos devem ser permanentemente observados, avaliados e reavaliados. (KASTRUP *apud* BARROS, 2006, p. 141).

Em uma sociedade, em especial, em um modelo de saúde/enfermagem marcados pela simbiose de armadilhas, ambivalências, potencialidades, diversos interesses e concepções, a coragem e a humildade emergem enquanto princípios indispensáveis para a formação dos sujeitos, pois esses princípios ajudam a preparar os homens para refletir e construir um sentido mais renovado e justo de sociedade. Com esses princípios, torna-se possível construir trajetórias mais inteligíveis, permeadas pelo desejo de mudança e por uma atitude mais combativa, imbricados numa responsabilidade técnico - ético-político de reinvenção da vida humana.

Esses não são os princípios únicos, absolutos e superiores na formação, mas a sua presença sinaliza a possibilidade de reagir em uma sociedade dominada pela indiferença, acomodação e arrogância que os torna esquecidos, distorcidos e negligenciados pela valorização de uma educação que privilegia a técnica, o artefato, o pragmático e o competitivo.

Ao defendê-los nos processos formativos torna-se insuficiente inundar os alunos de informações, de técnicas, de modos predefinidos de agir no mundo. É

preciso propiciar aos sujeitos estratégias que despertem, instiguem, potencializem a coragem e a humildade. Para tanto, me aproprio destes três fundamentos que caracterizam a complexidade, defendidos por Almeida (2004): inacabamento, incompletude e incerteza. Isto quer dizer, em outras palavras, que é válido pensar e operacionalizar uma formação, em especial saúde/enfermagem, que propicie aos sujeitos o desenvolvimento da coragem e da humildade através de sentidos, significados, fundamentos e práticas cultivadas por um pensamento em ação que conhece, compreende e age na e com a incompletude das coisas e dos seres, como também com a possibilidade de construir outros mundos, diferentes caminhos e novos saberes e práticas.

Isso não quer dizer que os princípios da coragem e humildade devam ser incorporados como conteúdos disciplinares ou pré-requisitos de um programa determinado de um curso. Na verdade, são operadores cognitivos que nos ajudam a pensar melhor o nosso papel de agente de mudança na sociedade e, conseqüentemente, na saúde e na enfermagem.

Eis um grande desafio, pois, como afirma Conte-Sponville (1995), o ensino desses princípios se dá especialmente pelo exemplo. Portanto, é um processo de ruptura e ensino-aprendizagem não somente dos alunos, mas também dos professores, familiares, profissionais, usuários... São, dessa forma, reformas profundas nas relações, no pensamento, nos sistemas políticos, econômicos, sociais, culturais... “Para nutrir as sementes de uma insatisfação fundamental e de uma ira criadora que politiza o pensamento, e fazer do conhecimento um meio de transformação e não um fim em si mesmos, é necessário ao mesmo tempo humildade e obstinação” (Almeida, 2010, p. 110).

Tudo parece tão distante... Tudo parece tão impossível... Devemos compreender que a incerteza não incorpora, apenas, o risco, mas também a oportunidade. Por isso, Prigogine (2009) coloca que a sua mensagem para as futuras gerações é de otimismo, uma vez que os dados não foram lançados de forma programática e determinística. Para esse cientista – intelectual construímos sob o signo da incerteza futuros abertos em que os conflitos são geradores de flutuações, bifurcações, criatividade e conseqüentemente liberdade. Apesar de existir um flecha do tempo que afirma a sua irreversibilidade, em que caminhamos

numa direção, esse caminho não está pronto. Ele é construído, diariamente, pelos acontecimentos, bifurcações, escolhas, estratégias, princípios. Por isso, torna-se imprescindível uma “política de religação, de solidariedade entre os homens entre si e com a natureza”(Prigogine, 2009, p. 43).

Uma educação complexa alimentada pela coragem e humildade tem o papel de propiciar uma reflexão crítica nos sujeitos para que retomem sua essência humana e civilizatória e religue os domínios do mundo fazendo com que se despertem novas perspectivas de resistência e emancipação. É a aposta em uma formação viva e para a vida. É uma reforma na profundidade das ideologias, dos sonhos, das crenças, das convicções. Não é tão simples quanto trocar de roupas, urge desnudar-se de si, rasgar uma parte de si e ter a coragem de se entregar ao novo, apostando em novas possibilidades de um novo mundo. É reinventar a vida a partir da própria vida.

Acreditamos em epicentros de mudança. A universidade é um desses lugares. Essa instituição formadora tem como grande desafio propiciar uma cultura crítica e condição para a emancipação intelectual e social dos sujeitos. Proporcionar uma educação que rompa e ultrapasse a mera reprodução de informações e conhecimentos produzidos por outros, possibilitando, então, construir cidadãos autônomos que se comprometam e contribuam com a (re)construção de uma sociedade na perspectiva de diminuir os processos desiguais que aniquilam o prazer, a paixão e a felicidade.

Nessa perspectiva, precisamos construir uma formação, em especial na saúde/enfermagem, que vislumbre fortalecer a humildade e a coragem. Princípios esses potencializados por um pensamento complexo que permite reconhecer e trabalhar com a incompletude e a incerteza que permeiam a vida, sinalizando, assim, uma formação que aposta na mudança, resistência, conservação e esperança. Para Morin (2005), precisamos da tríade conservar/revolucionar/resistir que garante a preservação da diversidade cultural e das conquistas civilizacionais, instaura forças revolucionadoras em todas as relações humanas, bem como nos faz resistir à crueldade odiosa e tecno-burocrática.

Precisamos enfraquecer a perspectiva de formação em saúde/enfermagem pautada no pragmático, dogmático e na alienação e, simultaneamente, fortalecer a

inquietação crítica que instiga a mudança e questiona os interesses dominantes e manipuladores. Ao contrário de uma finalidade formativa puramente técnica, ela avança para a sua ampliação por meio da práxis ético-política, pois estimula a construção de estratégias que envolvam e sensibilizem os sujeitos para que possam instaurar processos de mudanças no campo tecnológico, na produção econômica, na cultura, nas formas de sociabilidade, na vida política, na vida cotidiana, nos modelos de saúde e enfermagem.

Portanto, é uma formação em saúde/enfermagem que tem, na coragem e na humildade, a possibilidade de reduzir a insolência de determinados saberes e o incentivo ao compromisso com a vida e o vivo para que a maldade, a indiferença, a injustiça e a petulância não triunfem.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria da Conceição de. Mapa Inacabado da Complexidade. In: SILVA, Aldo Aloísio Dantas; Galeano, Alex (orgs.). **Geografia, Ciência do Complexus: ensaios transdisciplinares**. Porto Alegre: Sulina, 2004.

ALMEIDA, Maria Conceição de. Narrativas de uma ciência da intelecção. In: **Autobiografias, histórias de vida e formação: pesquisa e ensino**. Org. SOUZA, Elizeu Clementino. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

ALMEIDA, Maria Conceição de. Método e complexo e desafios da pesquisa. In: ALMEIDA, Maria Conceição de.; CARVALHO, Edgard de Assis. **Cultura e pensamento Complexo**. São Paulo: Editora da Física, 2009.

ALMEIDA, Maria Conceição de. **Complexidade, saberes científicos e saberes da tradição**. São Paulo: Editora da Física, 2010.

ALMEIDA, Maria da Conceição. Educação como aprendizagem de vida. In: **Revista Educar**. Editora UFPR. n. 32, p. 43-55, 2008.

ALMEIDA FILHO, Naomar. **A saúde e o paradigma da complexidade**. Cadernos IHU - Instituto Humanitas Unisinos. Ano 4 - Nº 15. São Leopoldo, 2006.

ATLAN, Henri. **O Útero Artificial**. (Tradução Irene Ernest Dias). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ATLAN, Henri. **O livro do Conhecimento**. As centelhas do acaso e a vida. (Tradução Maria Ludovina Figueiredo). Lisboa: Editora Piaget, 1999.

ATLAN, Henri. **A Ciência é inumana?** Ensaio sobre a livre necessidade. (Tradução Edgar de Assis Carvalho). São Paulo: Cortez, 2004.

BALANDIER, Georges. **O Dédalo** – para finalizar o século XX. (Tradução de Suzana Martins). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos (org.) 2. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

BOSCO FILHO, João. **As lições do Vivo**. A natureza e as Ciências da Vida. [TESE] Programa de pós-Graduação em Educação. Natal/RN, 2010.

BOSCO FILHO, João; ALMEIDA, Maria da Conceição Xavier de Almeida. **Epistemologia complexa, Saberes da Tradição e Ciências da Saúde**. Texto

apresentado no IV Colóquio Nacional da AFIRSE – Secção Brasileira, Natal/RN 2007.

BREILH, Jaime. **Epidemiologia Crítica**. Ciência emancipadora e interculturalidade. (Tradução de Vera Ribeiro). Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2006.

CARVALHO, Edgar de Assis. Saberes complexos e educação transdisciplinar. In: **Revista Educar**. n. 32, p. 17-27, 2008. Editora UFPR.

CECCIM, Ricardo Burg.; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. vol.20. n.5. Rio de Janeiro: Set./Out, 2004.

CYRULNIK, Boris. **O murmúrio dos fantasmas**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

CYRULNIK, Boris. **Os patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

CYRULNIK, Boris. **Memória de macaco, palavras de homem**. (Tradução Ana Maria Rabaça). Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde . In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (org). 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001.

COMTE-SPONVILLE, André. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. (Tradução Eduardo Brandão). São Paulo: WMF Martins Fontes, 1995.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, Dina. FREITAS, Carlos Machado de. (orgs) In **Promoção da saúde**. Conceitos, reflexões e tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

EINSTEIN, Albert. **Escritos da Maturidade**. (Tradução de Maria Luiza X. de A. Borges). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2004.

EINSTEIN, Albert. **Como vejo o Mundo**. (Tradução de H. P. Andrade). 21. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

MARIOTTI, Humberto. **As paixões do ego**: complexidade, política e solidariedade. 2. ed. São Paulo: Palas Atenas, 2002.

MATTOS, Rubem Araújo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os sentidos da integralidade na**

atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (org). 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001.

MATTOS, RUBEM. Entrevista concedida ao Boletim Integralidade em Saúde. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=163&sid=25>. Acesso em 17/10/2010.

MENDES, Raimundo Rabelo. **Viajante das águas, imaginário amazônico.** (Organização Carlos Aldemir Farias). Natal: Flecha do Tempo, 2008.

MORIN, Edgar. **O método 5: a humanidade da humanidade, a identidade humana.** (Tradução Juremir Machado da Silva). Porto Alegre: Sulinas, 2002.

MORIN, Edgar. **O método 6: ética.** (Tradução Juremir Machado da Silva). Porto Alegre: Sulinas, 2005.

MORIN, Edgar. KERN, Anne Brigitte. **Terra Pátria.** (Tradução Paulo Azevedo Neves da Silva). 5. ed. Porto Alegre: Sulinas, 2005a.

MORIN, Edgar.; CIURANA, Emilio-Roger.; MOTTA, Raúl Domingo. **Educar na Era Planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e pela incerteza humana.** (Tradução Sandra Trabuco Valenzuela). Revisão técnica: Edgard de Assis Carvalho. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2007.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento.** (Tradução Eloá Jacobina). 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MORIN, Edgar. O método. In: **Sociologia, a sociologia do microsocial ao macropланetário.** Portugal: Euro-América, 1998.

MORIN, Edgar. **Meus Demônios.** (Tradução de Leneide Duarte e Clarisse Meireles). 4 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MORIN, Edgar. **Para sair do século XX.** (Tradução de Vera Azambuja Harvey). 30ª impressão. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência.** (Tradução de Maria Gabriela de Bragança). Portugal: Publicações Europa-América, 1982.

MOURA, Glicerio M; LEWENSON, Sandra B. História da reciprocidade das relações culturais e tecnológicas na educação em enfermagem entre diferentes sociedades. In: **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Fortaleza/Ceará, 2009. Anais. Trabalho 3223-3/3. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01949.pdf. Acesso em: 28/06/2010.

MIRANDA, Moêmia Gomes de Oliveira.; MOURA, Abigail.; LIMA, Carlos Bezerra de. **A conquista da paixão.** O desafio da construção de marcos teóricos-metodológicos

(re)orientadores da força de trabalho de enfermagem no espaço da universidade. Mossoró: UERN, 2003.

NICOLESCU, Basarab. **O manifesto da Transdisciplinaridade**. (Tradução de Lucia Pereira de Souza). São Paulo: TRIOM, 1999.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira**. Contribuição para uma compreensão crítica. Salvador-Rio de Janeiro: EDUFBA, FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, Roseni.; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos (org.) 2. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

SILVEIRA, Nise da. Coleção Encontros: Nise da Silveira. Org. Luiz Carlos Mello. Rio de Janeiro: Beco do Azogue, 2009.

XAVIER, Maria de Lourdes. **Narrativas de um Tempo, escrituras da alma**. (Organização Maria da Conceição de Almeida; Carlos Aldemir de Farias). 2 impressão. Natal: Flecha do Tempo, 2010.

OLIVEIRA, Francisca Valda Silva de. **Associação Brasileira de Enfermagem: Mudanças e Continuidades – A Propósito do Movimento Participação (1979/1989)**. 1990. NUMERO DE FOLHAS Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Dpto. Enfermagem, [1990].

PORTOCARRERO, Vera. **As ciências da Vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

PRIGOGINE, Ilya. **Ciência, Razão e Paixão**. (Organização Edgar de Assis Carvalho e Maria da Conceição Almeida). 2. ed. São Paulo: Livraria da Física, 2009.

PRIGOGINE, Ilya. STENGERS, Isabelle. **A nova aliança: metamorfose da ciência**. (Tradução Miguel Faria e Joaquina Machado Trinciera). Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1991.

ROBERTS, Rayston M. **Descobertas acidentais da ciência**. (Tradução André Oliveira Mattos). Campinas: Papirus, 2003.

SORDI, Mara Regina Lemes de; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. vol.6, nº 2, Ribeirão Preto Abr. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200012. Acesso em 07 fev. 2007.

SOUZA, Samir Cristino de. **Pedagogia da fraternidade ecológica e formação transdisciplinar para o processo educativo**. [TESE] Programa de pós-Graduação em Educação. Natal/RN, 2009.

QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e doença**: um enfoque antropológico. Bauru: EDUSC, 2003.

UNESCO. **Os Quatro Pilares da Educação**. Relatório apresentado pela da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI, coordenada por Jacques Delors. Disponível em: <http://4pilares.net/text-cont/delors-pilares.htm>. Acesso em: 19/11/2010.