

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Renata Maraschin

DIÁLOGO ÉTICA E SAÚDE:
FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA
HERMENÊUTICA

Passo Fundo

2017

Renata Maraschin

DIÁLOGO ÉTICA E SAÚDE:
FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA PERSPECTIVA
HERMENÊUTICA

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Educação, sob a orientação do Prof. Dr. Cláudio Almir Dalbosco.

Passo Fundo

2017

Durante muitos anos sonhei com este momento. Agora que ele se faz realidade, são muitos os que, como em um filme, passam em minha mente e aos quais eu gostaria de agradecer.

Acompanhando minha história de vida até este momento, digo MUITO OBRIGADA para:

Ari, meu pai; Rosa, minha mãe e Fernanda, minha irmã, que estiveram comigo desde sempre e que são meu porto seguro.

Minha amiga irmã, Maria Fernanda Lago de Mello, companheira de lutas em meus oito anos de trabalho como fisioterapeuta no hospital em que trabalhei. Sem seu desprendimento em me ajudar com as trocas de plantão, sem sua lealdade, seu apoio nos momentos mais difíceis da minha vida, enfim, sem sua amizade verdadeira, certamente eu não teria chegado até aqui.

Meu amigo e mestre Professor Péricles Saremba Vieira (*in memoriam*), verdadeiro mestre e amigo, mostrou-me que eu tinha asas e que poderia voar mais alto. Acreditou em mim mais do que eu mesma e abriu-me o horizonte educativo com seu olhar humano para a formação de profissionais da saúde. Receba, meu amigo, minha gratidão eterna!

Meu amigo e mestre Professor Cláudio Almir Dalbosco, gratidão infinita pelos cinco anos de convivência amiga, apoiando-me em meus anseios de uma formação profissional mais humana na área da saúde e apoiando-me compreensivamente também em alguns momentos difíceis de minha existência... Jamais esquecerei seu apoio e seus ensinamentos!

A Faculdade de Educação da Universidade de Passo Fundo, e especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Educação, seus funcionários e professores, cujo acolhimento me fez sentir tão bem, e aos colegas dos cursos de mestrado e de doutorado, sem o apoio dos quais a jornada do doutorado teria sido, certamente, muito mais difícil.

Aos professores e colegas do Núcleo de Pesquisas em Filosofia e Educação (NUPEFE) e do Grupo de Pesquisa Formação Humana, Cultura e Educação, pela amizade, apoio, debates e ensinamentos, fundamentais no processo de investigação, pesquisa e formação humana.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro concedido e que me possibilitou cursar o doutorado em condições mais adequadas de dedicação ao estudo e à pesquisa.

Naquele tempo, a nossa ideia era a de que um médico, que tivesse a formação científica do pesquisador experimental e que, ao mesmo tempo, direcionasse sua linha de pensamento ao todo do ser humano, pudesse se unir a nós para um trabalho em conjunto. Nas horas derradeiras da guerra, essas ideias eram, certamente, ilusões. Porém, vive-se de ilusões, quando se está em um país que está sucumbindo, que havia se arruinado por sua própria culpa, e quando, no entanto, se tem sempre de acreditar no futuro.

Hans-Georg Gadamer

RESUMO

A formação profissional em saúde passa por processo de reorientação teórica, pedagógica e metodológica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais e do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Essa reorientação aponta para maior integração entre ensino e serviço, tendo como núcleo o conceito ampliado de saúde e a atuação profissional ética e solidária. Os documentos oficiais orientadores dessa mudança afirmam que ela ocorrerá através da proposta pedagógica fundamentada na pedagogia das competências e nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, compreendendo-as como capazes de conduzir o aluno-futuro profissional à atuação ética e solidária. Todavia, nesta tese, considera-se que tal proposta pedagógica tende a ser insuficiente diante do horizonte que se apresenta para a saúde. Frente a isso, foram analisadas as contribuições que podem oferecer os conceitos de diálogo, de ética e de saúde, oriundos da hermenêutica filosófica proposta por Hans-Georg Gadamer, para pensar a formação profissional em saúde de uma maneira ampliada. Trata-se de estudo de natureza bibliográfica, orientando-se pela postura hermenêutica no trabalho com os textos e demais fontes utilizadas. Para responder a esses propósitos, o trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro baseia-se na leitura e problematização dos documentos oficiais reguladores das graduações em saúde no Brasil, tomados como base empírica sobre a qual se estrutura a investigação. O exame desses documentos possibilitou identificar, de um lado, a existência de preocupação com a dimensão ética da formação; de outro, a ausência de maior esclarecimento conceitual sobre o significado de ética adotado, mesmo considerando que as graduações em saúde estão ancoradas em projeto pedagógico centrado na aprendizagem do aluno e apoiado no professor como facilitador e mediador. A problematização realizada indica que a ausência desse maior esclarecimento conceitual pode conduzir ao entendimento da ética apenas como discurso, desvinculada da relação entre os sujeitos vivos, envolvidos no processo formativo. Disso pode decorrer que a ênfase da formação permaneça na perspectiva técnico-científica, horizonte que se pretende ampliar e que centrar o projeto pedagógico na aprendizagem do aluno não favorece uma relação educacional horizontalizada, dialógica, cooperativa, solidária e ética, uma vez que atribui-se papel central somente a um dos atores. Como alternativa, foi proposto que o modelo pedagógico esteja centrado na relação entre professor e aluno, na qual os atores implicados ensinam e aprendem, simultaneamente. No segundo capítulo, reconstruem-se os traços gerais da hermenêutica gadameriana e os conceitos de diálogo, ética e saúde dela oriundos. No terceiro capítulo, trata-se conceitualmente da pedagogia das competências e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, investigando como os conceitos de *phrónesis* (saber ético) e de diálogo, porque centrados na relação sujeito-sujeito, podem constituir-se em alternativa para ampliar o pressuposto da relação sujeito-objeto, com base no qual se estrutura a pedagogia das competências. Os resultados obtidos permitem concluir que desenvolver modelo pedagógico na formação profissional em saúde ancorado na hermenêutica pode permitir, no futuro, atuação profissional marcada por interações com o outro (paciente, usuário, comunidade) mais humanizadas porque pautadas pela perspectiva ética (relação sujeito-sujeito), sem desconsiderar a relevância da perspectiva epistemológica (relação sujeito-objeto) para a formação e a atuação adequadas na área da saúde.

Palavras-chave: Diálogo. Ética. Hermenêutica. Educação. Formação profissional em saúde.

ABSTRACT

The Health Human Resource Training goes through a process of theoretical, pedagogical and methodological reorientation since the National Curricular Guidelines and the Program of Reorientation of the Health Human Resource Training. This reorientation points to greater integration between teaching and service, having as core the expanded concept of health and ethic and solidarity professional work. The official documents guiding this change affirm that it will occur through the pedagogical proposal based on the pedagogy of the competences and active teaching-learning methodologies, understanding them as capable of leading the student-future professional to the ethical and solidary action. However, in this thesis, it is considered that such pedagogical proposal tends to be insufficient front of the health horizon. In front of this, it was analysed the contribution that can offers the concepts of dialogue, ethics and health, derived from the philosophical hermeneutics proposed by Hans-Georg Gadamer, to think The Health Human Resource Training in na enlarged way. It is a study of a bibliographical nature, guided by the hermeneutical posture in the work with the texts and other sources used. In order to respond to these purposes, the work is structured in three chapters. The first is based on the reading and problematization of the official documents that regules health graduations in Brazil, taken as the empirical basis on which the research is structured. By the examination of these documents was possible to identify, on the one hand, the existence of concern about the ethical dimension of training; on the other hand, the absence of greater conceptual clarification about the meaning of ethics adopted, even considering that health graduations are anchored in a pedagogical project centered on student learning and supported by the teacher as facilitator and mediator. The problematization carried out indicates that the absence of this greater conceptual clarification can lead to the understanding of ethics only as discourse, unrelated to the relationship between the living subjects involved in the formative process. It may lead to the emphasis of training remains on the technical-scientific perspective, a horizon that must be broaden and that focusing the pedagogical project on student learning does not favor a horizontalized, dialogical, cooperative, supportive and ethical educational relationship, once a central role is played only by one of the actors. As an alternative, it was proposed that the pedagogical model be centered on the relationship between teacher and student, in which the actors involved teach and learn simultaneously. In the second chapter, are rebuilt the general traces of Gadamer's hermeneutics and the concepts of dialogue, ethics and health derived from it. In the third chapter is made the conceptual work about the pedagogy of competences and active teaching-learning methodologies, investigating how the concepts of phronesis (ethical knowledge) and dialogue, because centered on the subject-subject relationship, can constitute an alternative to extend the presupposed of the subject-object relationship, basis on which the pedagogy of competences is structured. The results obtained allow to conclude that developing a pedagogical model in Health Human Resource Training anchored in hermeneutics may allow future professional action marked by interactions with the other (patient, user, community) more humanized because guided by the ethical perspective (subject-subject relationship), without disregarding the relevance of the epistemological perspective (subject-object relationship) for adequate training and performance in the health area.

Keywords: Dialogue. Ethic. Hermeneutics. Education. Health Human Resource Training.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	7
1	A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: DIMENSÃO ÉTICA NOS DOCUMENTOS OFICIAIS REGULADORES.....	21
1.1	Diretrizes curriculares nacionais dos cursos universitários da área da saúde (DCNs):.....	21
1.1.1	Primeiro tópico: 1. Perfil dos formandos.....	23
1.1.2	Segundo tópico: 2. Competências e habilidades.....	26
1.1.3	Terceiro tópico: 5. Organização do curso.....	28
1.1.4	Quarto tópico: 3. Conteúdos curriculares.....	30
1.2	Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (PRÓ-SAÚDE):.....	33
1.2.1	Eixo A – Orientação Teórica.....	37
1.2.2	Eixo B – Cenário de Práticas.....	38
1.2.3	Eixo C – Orientação Pedagógica.....	39
2	HERMENÊUTICA FILOSÓFICA DE HANS-GEORG GADAMER E OS CONCEITOS DE DIÁLOGO, ÉTICA E SAÚDE.....	47
2.1	Hermenêutica filosófica gadameriana como postura filosófica.....	48
2.2	Diálogo, Ética e Saúde na obra <i>O caráter oculto da saúde</i>, de Hans-Georg Gadamer.....	62
3	DIÁLOGO, ÉTICA E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFSSIONAL EM SAÚDE AMPLIADA.....	75
3.1	Pedagogia das competências e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: a relação sujeito-objeto como pressuposto.....	75
3.2	Formação hermenêutica dos profissionais da saúde: a relação sujeito-sujeito como pressuposto.....	88
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
	REFERÊNCIAS.....	107

INTRODUÇÃO

Minha experiência como profissional da saúde em um hospital e como docente em cursos de nível superior e técnico na área da saúde associada à participação no grupo de estudos Corporeidade e Educação (CNPq) durante a graduação (iniciação científica) e o mestrado constituem, resumidamente, o panorama inicial do meu interesse pelas relações entre educação e saúde. Essa trajetória, construída ao longo de mais de uma década, muito mais do que a busca por respostas prontas, possibilitou a elaboração de inúmeras perguntas. Do amplo espectro de perguntas/respostas/perguntas que podem envolver estas relações, considero centrais as questões que apontam para possibilidades capazes de ampliar a formação dos profissionais da saúde para além do aspecto técnico e científico.

Como motivações de ordem pessoal para investigar essa ampliação, apresento a exigência crescente da população em relação aos cuidados com a sua saúde e com a saúde de seus familiares, amplamente divulgados nos meios de comunicação. Esse nível possivelmente mais elevado de exigência em relação aos seus direitos no tocante à saúde deve-se, em grande parte, ao acesso, mormente facilitado a informações pelo advento dos meios de comunicação e, sobretudo, pela internet. Com esse perfil, as pessoas buscam na assistência à saúde a efetivação de seus direitos e, quando isso não acontece, verificam-se críticas a essa situação.

Simultaneamente às críticas direcionadas ao modo como a assistência à saúde é feita no Brasil, divulgados nos meios de comunicação, deparei-me com inúmeras situações representativas dessas críticas por parte dos pacientes durante os catorze anos em que atuei como técnica de enfermagem e fisioterapeuta em um hospital. Ouvi relatos feitos a mim por familiares e pacientes descontentes com o atendimento inadequado e desrespeitoso prestado pelos profissionais da saúde. Observei esses familiares e pacientes, em algumas situações, ameaçando denunciar as atitudes dos profissionais nos meios de comunicação. Não raro, acompanhei profissionais conversando com os pacientes numa linguagem repleta de termos científicos. Nessas ocasiões, percebia que o paciente pouco compreendia o que estava sendo dito, mas não questionava o profissional. Quando, em uma dessas ocasiões, perguntei para o paciente se ele havia entendido o que foi dito, o paciente respondeu: “Eu não entendi, mas fiquei com vergonha de dizer”.

Também enquanto acadêmica do curso de Fisioterapia observei atitudes de outros acadêmicos em relação aos pacientes, atitudes estas que me incomodavam profundamente. Mais especificamente, quando estes acadêmicos demonstravam pouco interesse em conversar

com os pacientes. Em certa ocasião, durante o estágio curricular, eu atendia um paciente e era observada por outra acadêmica, que fazia estágio extracurricular. Em determinado momento, a acadêmica fez a seguinte pergunta para mim sobre o paciente: “O que é que ele tem?”. A pergunta dirigida a mim parecia desconsiderar a existência do paciente enquanto pessoa em pleno domínio de suas faculdades mentais, capacidade de ouvir e de responder perguntas, dado que o paciente conversava comigo no momento da pergunta desta acadêmica. Pedi, então, ao paciente que explicasse para ela a razão dele estar ali.

Por outro lado, e do mesmo modo, são constantes e amplamente divulgadas as reclamações dos profissionais da saúde relativas às condições desumanas de trabalho a que são submetidos: cargas horárias extenuantes de trabalho, salários muito aquém do compatível com remuneração adequada, leis e políticas públicas que quase sempre deixam de ser cumpridas pelos órgãos aos quais prestam serviços. Enquanto profissional da saúde, pude sentir os efeitos cruéis dessas condições não adequadas de trabalho a que os profissionais dessa área são constantemente submetidos. Condições estas oriundas da lógica perversa do lucro e da produtividade que atravessa também o setor saúde no Brasil e seus desdobramentos nefastos sobre a saúde física e psíquica destes profissionais.

Todas essas experiências me motivaram a construir questionamentos no sentido de tentar compreender por que ocorrem esses conflitos na área da saúde. A fim de evitar respostas apressadas e análises superficiais, procurei referências bibliográficas que pudessem me auxiliar no esclarecimento das possíveis dimensões envolvidas nessa problemática. Partindo dessas observações, questionamentos e busca por esclarecimentos, fui compreendendo que tais conflitos podem representar sintomas de uma das inúmeras e possíveis dimensões do panorama da atuação em saúde. Trata-se, possivelmente, de seu ponto nevrálgico, ocorrendo tanto em países desenvolvidos quando em desenvolvimento e que se estende, pelo menos, desde a década de 80.

Fritjof Capra (1982) evidencia que no início dos anos 80, apesar dos grandes avanços da ciência médica, assistia-se a uma profunda crise da assistência médica na Europa e na América do Norte. Muitas razões eram apontadas para o descontentamento generalizado com as instituições médicas, como a inacessibilidade de serviços, a ausência de simpatia e de solicitude, a imperícia ou a negligência. Mas, o tema central de todas as críticas era a impressionante desproporção entre o custo e a eficácia da medicina moderna, pois embora tenha havido aumento considerável nos gastos com saúde, sobretudo a partir dos anos 50 e em meio ao pronunciamento dos médicos acerca do valor da ciência e da tecnologia, a saúde da

população não parecia ter apresentado melhora significativa (CAPRA, 1982, p. 126). Desse modo, o autor evidencia a relação existente entre medicina e saúde no sentido de que a primeira, tomada em suas origens como promotora da saúde, embora tenha contribuído para a eliminação de certas doenças, não restabeleceu necessariamente a segunda.

Corroborando com o diagnóstico feito por Fritjof Capra de uma crise da medicina e da saúde na Europa e nos Estados Unidos, Madel Luiz, socióloga brasileira publicou em 1997 um estudo sobre a crise da saúde e da medicina no início do milênio na América Latina. O diagnóstico de uma crise paradigmática na saúde foi realizado a partir da investigação da crescente busca e uso, nas sociedades ocidentais a partir de meados da década de 70 com o auge nos anos 80, dos sistemas terapêuticos comumente denominados medicinas alternativas. Entre elas estão incluídas não apenas as medicinas tradicionais das culturas nacionais (ou mesmo regionais), mas também as medicinas tradicionais provindas do Oriente e a medicina homeopática.

O termo medicina alternativa foi enunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962 e definido como uma prática tecnologicamente despojada da medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais. Foi proposta como alternativa à medicina contemporânea especializante e tecnocientífica, com o objetivo de resolver os problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo (LUIZ, 1997, p.15). A autora investiga as raízes socioeconômicas dessa crise sanitária e da medicina propondo ainda, como hipótese, a questão da própria racionalidade médica em sua relação com a cultura contemporânea como um dos elementos básicos explicativos dessa dupla crise. E também da busca das populações por outras racionalidades terapêuticas que priorizem em seu modelo o sujeito doente e o cuidado e não apenas a doença.

O diagnóstico de uma crise paradigmática na saúde e na educação também é evidenciado por Feuerwerker e Sena (1999). Na saúde, a crise se constitui através da contradição entre o modelo dominante biomédico, que apresenta sinais de esgotamento, e o modelo da construção social da saúde. O modelo dominante biomédico é originado de um conceito de saúde como ausência de doença, propondo a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, na hegemonia das especialidades médicas, no uso intensivo da tecnologia e na doença em contraste com uma abordagem mais ampla do cuidado ao sujeito doente.

Nos anos 70, o modelo de construção social da saúde estabeleceu-se nos debates internacionais como proposta alternativa ao modelo biomédico, pois enfatizava a

racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente (JÚNIOR; ALVES, 2007, p.31). Este modelo baseia-se no fortalecimento do cuidado e na crescente autonomia das populações em relação à saúde, através da reorganização e do incentivo à atenção básica¹ (também denominada atenção primária à saúde ou medicina comunitária) como estratégia privilegiada para a centralidade da promoção, proteção, recuperação e produção dos cuidados de saúde. No Brasil, compreende-se a saúde enquanto

[...] produto das condições objetivas de vida, as quais são determinadas pela renda e pelo grau de investimento em políticas públicas. A saúde tem a ver também com as condições subjetivas de vida. Isto significa levar em consideração o que se passa com a auto-estima das pessoas e das coletividades, se elas vivem com respeito e com oportunidade de desenvolver suas potencialidades culturais, seus talentos artísticos e esportivos e as relações sociais e políticas em geral. Cada gestor deve se responsabilizar pelo cuidado de sua população - dado que todos podemos adoecer e morrer - dos vulneráveis biológica, psíquica ou socialmente, ou seja, os que por razões de ordem biológica, psíquica ou social são mais suscetíveis às doenças e à fatalidade da morte. Esta responsabilidade pela saúde deve, porém, ser sustentada por uma capacidade financeira, técnica e administrativa, apoiada sempre que necessário pelos gestores regional e nacional, baseando-se no entendimento de que é no cotidiano da existência de cada um que se desenvolvem a saúde e a doença e esse é o local privilegiado de ação e intervenção do poder público, a começar pelos municípios e suas equipes profissionais (BRASIL, 2007, p. 53).

Essa perspectiva ampliada de saúde, para além da ausência de doença em nível biológico, gera como desdobramento a necessidade de transformações no processo de formação profissional. Nesse sentido, constitui desafio permanente o reforço de uma vigorosa articulação entre as instituições formadoras e o serviço público de saúde. Há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007).

Os desdobramentos dessa crise na saúde gerada pela contradição entre o modelo dominante biomédico, que apresenta sinais de esgotamento, e o modelo da construção social da saúde são revelados na incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger sua saúde. Essa incapacidade está relacionada com a ineficácia e ineficiência dos sistemas e do modelo assistencial predominante (biomédico), com as dificuldades estruturais para financiá-los e com a crescente insatisfação da população em sua relação com os serviços e com os profissionais de saúde (FEUERWERKER; SENA, 1999).

¹“A atenção básica ou atenção primária em saúde caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual ou coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica existente no território em que vivem essas populações” (BRASIL, 2007, p.7).

Na educação, a crise se revela pela contraposição entre duas concepções. De um lado, a concepção hegemônica tradicional, expressa-se através da pedagogia da transmissão, da prática pedagógica centrada no professor, da aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade. De outro, a concepção crítica reflexiva, sustentada na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação entre teoria e prática e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem. Influenciando e se relacionando com a crise na saúde e na educação, é possível identificar uma crise de fundo filosófico: o modelo cartesiano de ciência separou do mundo todas as qualidades sensíveis. Neste modelo, para conhecer o verdadeiro ser do universo era necessário abandonar por completo todas as sensações e impressões, desejos e afetos, tudo o que se apresenta como subjetivo e que não permite que proposições científicas rigorosas e universais sejam formadas (FEUERWERKER; SENA, 1999).

Por um lado, está o reconhecimento de que a ciência cartesiana e o paradigma biomédico promoveram muitos avanços em termos de saúde, sobretudo na medicina, o que proporcionou um grande aumento na expectativa de vida das populações nos últimos duzentos anos. Capra (1982), contudo, faz crítica a esse argumento quando utilizado para demonstrar os benefícios da medicina moderna em termos de saúde. Na visão do autor, trata-se de um argumento falacioso, dado que a saúde tem muitas dimensões, todas decorrentes da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana e em suas várias facetas, ela reflete todo o sistema social e cultural. Desse modo, nunca pode ser representada por um único parâmetro, como a taxa de mortalidade ou a duração média de vida. “A expectativa de vida é uma estatística útil, mas não suficiente para *medir a saúde de uma sociedade* [grifo nosso]” (CAPRA, 1982, p.127). Poder-se-ia aqui perguntar a Fritjof Capra: mas tendo a *saúde* muitas dimensões, todas decorrentes da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana e refletindo todo o sistema social e cultural de uma sociedade, *ela pode ser medida?* Ou seja, é possível medir a saúde de uma sociedade? Ou medir sua educação? Saúde e educação são fenômenos mensuráveis?

Por outro lado, trata-se de reconhecer que a ciência cartesiana e o paradigma biomédico também originaram distanciamento excessivo entre profissionais e população. Esse distanciamento excessivo se desdobra na crescente insatisfação revelada através dos tristes e amplamente divulgados casos de negligência, imperícia, imprudência, de depressão entre profissionais e indivíduos, de acusações de omissão de socorro, de descaso com o sofrimento

das pessoas das quais esses profissionais cuidam. Tal magnitude do fenômeno é reconhecida em nível nacional, no que diz respeito ao contexto brasileiro:

Guardadas as diferenças de magnitude, pode-se dizer que a situação nesse caso [da saúde] é proporcionalmente equivalente à deterioração ambiental. No setor Saúde, também, já se chegou à beira do abismo e, se não forem adotadas de imediato medidas de reconversão da tendência atual, estaremos evoluindo para uma crise de mais alta proporção, com total impossibilidade de fazer frente à demanda da sociedade. Fato que já se observa em certas comunidades (BRASIL, 2007, p. 42).

Este panorama conflitante e temeroso pode ser resumido nas seguintes características:

a) exigência crescente da população em relação aos cuidados com a sua saúde e com a saúde de seus familiares, buscando a assistência à saúde e efetivação de seus direitos; b) críticas de pacientes quanto ao atendimento inadequado e desrespeitoso prestado pelos profissionais da saúde; c) profissionais conversando com os pacientes numa linguagem repleta de termos científicos e incompreensíveis a estes últimos; d) reclamações dos profissionais da saúde relativas às condições desumanas de trabalho; e) profunda crise da assistência médica na Europa e na América do Norte no início dos anos 80, apesar dos grandes avanços da ciência médica, f) crise da saúde e da medicina na América Latina, traduzido na crescente busca e uso, a partir dos anos 70 e 80, dos sistemas terapêuticos comumente denominados medicinas alternativas; g) crise paradigmática na saúde, que se constitui através da contradição entre o modelo dominante biomédico, que apresenta sinais de esgotamento, e o modelo da construção social da saúde; h) crise paradigmática na educação, revelada pela contraposição entre a pedagogia da transmissão e a concepção crítica reflexiva; i) crise de fundo filosófico, traduzida pela insuficiência do modelo de ciência cartesiano como referencial único de saber sobre o ser humano; j) descompasso entre a formação e a atuação dos profissionais, quer dizer, desarticulação entre ensino e serviço.

Frente a estes elementos, surge a consciência do desafio de construir uma atuação profissional cada vez mais solidária e ética na área da saúde. Exemplo desta consciência pode ser encontrado no consenso nacional sobre a necessidade de reorientação do modelo de formação dos profissionais da saúde (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001c, 2001d, 2001e, 2001f; BRASIL, 2002; BRASIL, 2004a, 2004b; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007; BRASIL, 2014; CECCIM, 2009; STEDILE; FRIENDLANDER, 2003) que tem sua expressão maior no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e em cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O núcleo do processo de

reorientação está no deslocamento do entendimento reducionista de saúde (como ausência de doença em nível biológico) para outra compreensão mais abrangente, de saúde integral, determinada por fatores de natureza econômica, política, social, biológica e cultural (BRASIL, 2005b, p. 19).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde² foi elaborado pelo Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação. Lançado em 03 de novembro de 2005, com a assinatura de uma Portaria Interministerial (nº 2.101) do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, tem como objetivo

[...] a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007, p. 13).

A proposta formulada considerou as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões de saúde, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES):

No contexto da educação superior, a flexibilização preconizada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), confere às Instituições de Ensino Superior novos graus de liberdade que possibilitam o desenho de currículos inovadores, adequados às realidades regionais e às respectivas vocações das escolas. A substituição do currículo mínimo pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) representa um avanço, pelo fato de induzir maior articulação das Instituições Ensino Superior (IES) com a sociedade, e concretizar a relevância social da ação acadêmica. Na área da Saúde, as DCNs reforçam a necessidade de orientar a formação profissional em seu trabalho no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007, p.09).

A intervenção no processo educativo constitui, na perspectiva do PRÓ-SAÚDE, a partir das DCNs, o meio mais adequado para alcançar tal mudança na concepção de saúde. Para tanto, tende ser necessário deslocar o eixo da formação, atualmente centrada na assistência individual prestada em unidades especializadas, na direção de uma sintonia com as necessidades sociais, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais em que vive

²Descrição detalhada sobre o Pró-Saúde está disponível em: <<http://www.prosaude.org/>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

a população e instrumentalizando os profissionais para a abordagem generalista, humanística, solidária e ética dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença (BRASIL, 2005b, 2007). Há que se modificar, portanto, um processo educativo formal que contempla insuficientemente a questão da promoção da saúde e da prevenção de agravos, estando comumente fragmentado e dissociado do contexto social e que enfatiza a excelência técnica e a formação especializada em detrimento de uma formação generalista e humanística (BRASIL, 2007). Corroboram com essa perspectiva Pinheiro e Ceccim (2006) quando afirmam que a urgência de transformação na formação em saúde decorre, entre outros fatores,

[...] do baixo impacto das práticas profissionais na configuração dos estados de saúde nas coletividades (adoece-se e morre-se de agravos e doenças para os quais existem prevenção e cura), registra-se a insatisfação dos usuários com os padrões assistenciais e com a relação profissional-usuário, assim como se registra evidência de práticas iatrogênicas (excesso de solicitação de exames, de encaminhamentos e de indicação de procedimentos invasivos). Afinal, formam-se profissionais da saúde para que? (PINHEIRO; CECCIM, 2006, p. 21).

Sendo a intervenção no processo formativo dos profissionais o meio privilegiado de transformação do panorama da saúde no Brasil, parece importante refletir sobre a pergunta de Pinheiro e Ceccim (2006): “Afinal, formam-se profissionais da saúde para que?”. Decorrente desse questionamento, a necessidade de refletir também sobre o que precisa ser modificado neste processo educativo a fim de que ele conduza os graduandos a serem “[...] profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade [que] será impactante até mesmo para os custos do SUS” (BRASIL, 2005b, p.06). Ou ainda a serem:

[...] profissionais com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em *princípios éticos*, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atuação, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (ALMEIDA, 2003, p. 1-2, grifo nosso).

O parágrafo acima constitui o perfil comum almejado para todos os profissionais da saúde de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos universitários da área da Saúde. Estas diretrizes contemplam os cursos de graduação em biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço

social, terapia ocupacional, física médica e saúde coletiva, orientadas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE).

Nesse contexto, algumas perspectivas parecem consenso. Entre elas: a) “uma das importantes interseções entre saúde e educação diz respeito à adequação do ensino, conhecimentos produzidos e serviços prestados à população com base nas necessidades sociais, situação que ainda está longe da ideal” (BRASIL, 2005b, p. 10); b) “as diretrizes curriculares são referenciais obrigatórios para a elaboração do modelo pedagógico/perfil profissional” (MARANHÃO, 2003, p.XIV) e c) os profissionais devem ser preparados para a abordagem generalista, humanística, solidária e ética dos determinantes de ambos os componentes do binômio saúde-doença, pautando sua atuação em princípios éticos.

Diante desses consensos, com a presente tese almejo a realização de exercício reflexivo sobre o processo educativo formal dos profissionais da saúde no que se refere a sua ampliação para além da dimensão técnica e científica. Acredito que o que precisa ser modificado nesse processo educativo, de modo que conduza os graduandos a serem profissionais com o perfil almejado, diz respeito aos referenciais conceituais que pautam as relações entre professor e aluno na área da saúde. Estes referenciais podem ser entendidos como um dos elementos a orientar o modo como se desenvolverá a relação futura entre profissional e paciente e entre profissional e populações.

Assim, procuro nesta tese refletir sobre o seguinte problema: que contribuições podem oferecer os conceitos de diálogo, ética e saúde oriundos da hermenêutica filosófica, proposta por Hans Georg Gadamer para pensar a formação do profissional da área da saúde de uma maneira ampliada?

Cabe esclarecer que com a proposição deste problema, minha intenção é ir ao encontro de formas de compreender o processo educativo na área da saúde que percebem limites na maneira como este vem sendo conduzido. Entre estas formas, encontra-se, por exemplo, o já mencionado PRÓ-SAÚDE. Também, penso ser importante esclarecer que não é minha pretensão nesta tese encontrar nos conceitos de diálogo, ética e saúde a solução definitiva para a crise que atravessa a área da saúde. Antes, tenho como objetivo investigar que contribuições podem ser oferecidas por esses conceitos para pensar a formação do profissional dessa área de maneira ampliada.

Esta reflexão pretende ser realizada sem desconsiderar os avanços proporcionados pelos pressupostos que, contemporaneamente, orientam a formação profissional em saúde. Minha intenção é tentar encontrar forma de dialogar com esses pressupostos. Proponho,

assim, a realização de pesquisa bibliográfica com abordagem hermenêutica de textos clássicos de Hans-Georg Gadamer, sobretudo o conjunto de ensaios reunidos sob o título *O caráter oculto da saúde*. Considerando que esta tese se insere no âmbito da Filosofia da Educação, cabe justificar primeiro a opção pelo olhar filosófico sobre o processo educativo formal dos profissionais da saúde e, segundo, justificar a opção pelo estudo do texto clássico.

Quanto à primeira justificativa, trata-se de esclarecer que sou uma profissional da saúde convicta de que esta área deve buscar, progressivamente, refletir sobre os conceitos que fundamentam e que orientam o seu fazer. Reflexão necessária para torná-los mais conscientes aos estudantes e aos profissionais e aproximar, também progressivamente, aquilo que se diz sobre a saúde daquilo que se faz em termos de saúde. As ciências humanas, de modo geral, e a Filosofia, de modo particular, podem fornecer importante auxílio no aperfeiçoamento desta prática de refletir sobre os conceitos que orientam o pensar e o fazer na área da saúde. De modo que esta prática reflexiva sobre os conceitos torne-se tão importante quanto o aspecto técnico que, historicamente, caracteriza a área. Assim, acredito que a área da saúde deve se abrir, progressivamente, ao diálogo interdisciplinar com as ciências humanas e, sobretudo, com a Filosofia, indo ao encontro do que pensa Paviani (2014):

Apesar de a filosofia ser ignorada ou vista preconceituosamente, ela, de um modo ou de outro, se faz presente e, sempre ressurgir das cinzas, em muitas formas, em todas as áreas do saber, do fazer e do agir. Basta observar os filósofos contemporâneos que estão sendo lidos em diferentes campos do conhecimento. Os avanços científicos e tecnológicos naturalmente exigem essa abertura. A interdisciplinaridade é parte integrante do novo estatuto do conhecimento e ela torna-se possível, quando as questões epistemológicas e éticas são examinadas. [...] Não há dúvidas de que a filosofia é necessária para abrir cada vez mais os novos territórios do conhecimento humano e, principalmente, para o ser humano reconhecer a si no reconhecimento do Outro (PAVIANI, 2014, p.25).

O autor, nesta citação, revela a importância da interdisciplinaridade quando se pensa em conhecimento contemporaneamente, ressaltando a abertura ao pensamento filosófico pelos demais campos do conhecimento quando se pretende examinar questões éticas, como almejo fazer nesta tese. Nesse sentido, não há como desvincular o pensamento filosófico dos textos clássicos.

Na mesma trilha de Paviani, Calvino (2007) ao escrever sobre as razões pelas quais os clássicos devem ser lidos, enumera catorze razões encadeadas para tanto. Destaco, nesse encadeamento, o momento em que o autor afirma que não se pode mais adiar o problema decisivo de como relacionar a leitura dos clássicos com todas as outras leituras que não sejam

clássicas. Problema que se articula com perguntas como “Por que ler os clássicos em vez de concentrar-nos em leituras que nos façam entender mais a fundo o nosso tempo?” e “Onde encontrar o tempo e a comodidade da mente para ler clássicos, esmagados que somos pela avalanche de papel impresso da atualidade?” (CALVINO, 2007, p. 14). E complementa:

Para poder ler um clássico, temos de definir “de onde” eles estão sendo lidos. Caso contrário, tanto o livro quanto o leitor se perdem numa nuvem atemporal. Assim, o rendimento máximo da leitura do clássico advém para aquele que sabe alterná-la com a leitura de atualidades numa sábia dosagem. E isso não presume necessariamente uma equilibrada calma interior: pode ser também o fruto de um nervosismo impaciente, de uma insatisfação trepidante. Talvez o ideal fosse captar a atualidade como o rumor do lado de fora da janela, que nos adverte dos engarrafamentos do trânsito e das mudanças do tempo, enquanto acompanhamos o discurso dos clássicos, que soa claro e articulado no interior da casa. Mas já é suficiente que a maioria perceba a presença dos clássicos como um reboar distante, fora do espaço invadido pelas atualidades como pela televisão a todo volume. Acrescentemos então: 13. *É clássico aquilo que tende a relegar as atualidades à posição de barulho de fundo, mas ao mesmo tempo não pode prescindir desse barulho de fundo.* 14. *É clássico aquilo que persiste como rumor mesmo onde predomina a atualidade mais incompatível* (CALVINO, 2007, pp. 15-15).

De onde estou lendo Hans-Georg Gadamer? Talvez, muito mais a partir, parafraseando Calvino, de uma “insatisfação trepidante” com as condições em que se desenvolve e com a forma como se desenvolve a formação e a atuação dos profissionais da saúde do que de uma “equilibrada calma interior”. Ainda com Calvino, destaco como razão principal em termos da justificativa sobre a minha opção pelo retorno aos textos clássicos: o estudo do clássico conduz ao diálogo com a tradição e, no âmbito da educação, isso significa dizer que os seres humanos somente podem educar-se mutuamente considerando tudo aquilo que a humanidade já fez e já pensou sobre educação. No diálogo com o clássico são encontrados modos e olhares privilegiados sobre quem foi, quem é e quem será o ser humano.

Em Hans-Georg Gadamer, podem ser encontrados vieses produtivos para discutir o problema da saúde e da formação profissional em saúde. Esta aproximação entre a hermenêutica gadameriana e a formação profissional em saúde remete à hipótese com a qual trabalho neste estudo, a saber: os conceitos de diálogo, ética e saúde, oriundos da hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, enfatizam o vínculo autêntico entre seres humanos, na medida em que compreendem o ser humano de modo amplo, para além de sua doença e de sua biologia. Consideram saúde e doença de forma não maniqueísta, ou seja, como peculiaridades da condição humana, que encerra a biologia, mas também a capacidade de atribuir sentidos para sua vida, inserida na história, na cultura, na sociabilidade. Por essa

razão, quando tomados como pressupostos da formação profissional em saúde, estes conceitos podem aproximar o estudante/futuro profissional de uma atuação solidária e ética.

A opção pela hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer como caminho para o trabalho com os textos clássicos deu-se na medida em que esta tem entre seus princípios “[...] tomar o texto como oferta de possibilidade de sentidos, isto é, como algo que nos provoca por vir ao nosso encontro. A relação inverte-se: em vez de definir a relação ao texto, vemo-nos por ele instigados a reagir ao seu desafio” (FLICKINGER, 2010, p. 35). Na hermenêutica filosófica, o texto é compreendido como instrumento de pesquisa e pressupõe o estabelecimento da relação entre este e o leitor, orientada pelo sentido dado ao primeiro, reconstruído social e culturalmente. O texto oferece um potencial de sentido do qual o intérprete poderá extrair um dos sentidos implícitos. Isso quer dizer que, originado da relação entre o leitor e o texto, o sentido resultante desta interação é provisório, condicionado à história e à linguagem de quem o produziu. Dessa relação, surge um conteúdo, conhecimento com pretensão de verdade.

Cada obra clássica passou por uma história de recepção e essa história transfere questões substanciais levantadas pelo texto para o tempo presente. A interpretação é o processo de extração de sentidos que se configura como processo aberto, que não pode chegar ao fim, ou seja, pressupõe abertura de possíveis sentidos que nunca se esgotam, do que resulta que cada interpretação baseia-se em um conhecimento provisório de todo o texto. Nesse sentido, com a hermenêutica filosófica é possível extrair do texto clássico os possíveis sentidos que auxiliem a pensar e compreender o tempo presente, que não está desconectado do tempo passado. O desafio inerente ao processo de interpretação e, portanto, é o desafio inerente à hermenêutica, reside na capacidade do leitor de elaborar perguntas adequadas ao texto. Flickinger (2010) afirma que

É o próprio texto que nos leva a colocar-lhe perguntas adequadas; que conseguem abri-lo à nossa compreensão. Por isso mesmo, a pergunta adequada é mais importante e difícil do que a resposta certa. [...] Quem conhece, por exemplo, a realidade na sala de aula sabe que nada mais difícil do que colocar a primeira pergunta, como reação a uma exposição feita. Porque a primeira pergunta abre um determinado horizonte de possíveis respostas que vai prefigurar o debate posterior. O mesmo ocorre no nosso caso da interpretação de um trecho da Escritura Sagrada: é a arte de perguntar por parte do padre que definirá as respostas encobertas no texto e, por conseguinte, sua integração no horizonte das preocupações dos ouvintes (FLICKINGER, 2010, p.36).

A partir desse entendimento, penso ser importante esclarecer o sentido de hermenêutica pelo qual fiz opção. Não se trata aqui de optar pela hermenêutica

compreendendo-a enquanto abordagem metodológica autêntica e própria às ciências humanas e à pedagogia aos moldes da metodologia determinada pela razão instrumental. Se “reduzida à função de método, a hermenêutica perde de vista exatamente aquele motivo que levou a buscar uma alternativa à tradição pós-cartesiana: a inserção ontológica do ser humano no contexto temático a ser investigado” (FLICKINGER, 2010, p. 37). A hermenêutica, nesse sentido, configura-se menos como método e mais como postura intelectual. Nela há relação de escuta, entrega e abertura para possibilitar o diálogo vivo e a construção de sentidos a partir do texto, em que o sujeito pesquisador é tematizado como sujeito do tema da pesquisa. Nesse diálogo vivo entre autor e texto, nem intérprete nem texto carregam de antemão um sentido absoluto. Enquanto postura intelectual fundada no diálogo vivo, a hermenêutica

[...] baseia-se na mediação de sentidos entre autor e intérprete, considerando-os como históricos e falíveis, uma vez que tais sentidos são resultados da ação humana. O aspecto nuclear de tal postura consiste na atitude de se colocar primeiramente no lugar do autor para, a partir do interior da tessitura de sua argumentação, interpretá-lo criticamente. Deste modo, a metodologia hermenêutica precisa incorporar em seu interior a dimensão analítica, na medida em que prima pela análise do modo como o autor emprega seus conceitos, considerando sua procedência e o significado que lhes atribui. De outra parte, sobretudo quando enfatiza os aspectos históricos e sociais com seus respectivos conflitos e contradições que estão subjacentes à produção textual humana, a referida metodologia também precisa incorporar aspectos da postura dialética (DALBOSCO, 2016, p.41).

Em que consiste esta postura dialética? Consiste em abrir-se ao expor e ao ouvir, com a consciência de sempre estar a caminho de sentidos novos que nunca serão desvendados por inteiro. Quer dizer, pela via hermenêutica são construídas verdades provisórias, nunca absolutas. O diálogo, enquanto motor da postura hermenêutica, é entrega, é relação oscilante entre o autor e o texto “em que não apenas se desvelam os sentidos a eles inerentes, mas realiza-se uma ativa produção de sentidos nos horizontes da história e da linguagem, aos quais desde sempre pertencemos” (GOERGEN, 2010, p. XV).

Seguindo a postura hermenêutica, desenhei da seguinte forma o percurso a ser desenvolvido na tese. No primeiro capítulo, meu esforço foi no sentido de identificar e problematizar a dimensão ética que sustenta o processo educativo formal dos profissionais da saúde contemporaneamente a partir de alguns documentos reguladores. No segundo capítulo, reconstruirei a concepção de hermenêutica gadameriana como postura filosófica e os conceitos de diálogo, ética e saúde dela oriundos. No terceiro capítulo, reconstruirei conceitualmente a pedagogia das competências e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem que fundamentam os documentos oficiais reguladores, de modo a revelar, nessa

reconstrução, o pressuposto comum que as sustenta: a relação sujeito-objeto. Também neste capítulo investigarei como os conceitos de *phrónesis* e de diálogo podem fazer frente ao pressuposto da relação sujeito-objeto, a partir da interação entre sujeitos, com vistas à formação profissional ampliada em saúde.

1 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: DIMENSÃO ÉTICA NOS DOCUMENTOS OFICIAIS REGULADORES

Este capítulo tem como objetivo compreender quais são os pressupostos educacionais presentes nos documentos oficiais reguladores da formação dos profissionais da saúde contemporaneamente. Para tanto, serão examinados dois documentos nacionais - as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Universitários da Área da Saúde (DCNs) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) -, e um documento internacional - o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, da Organização Mundial da Saúde (OMS). A pergunta norteadora da leitura desses documentos oficiais foi: que pressupostos educacionais são indicados como aqueles que conduzirão os acadêmicos a se tornarem

[...] profissionais com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atuação, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (ALMEIDA, 2003, p. 1-2)?

Embora se faça presente a consciência de que o processo formativo na área da saúde pode ocorrer cotidianamente de modos diversos, a depender de como cada curso o desenvolve nas diferentes instituições, cabe destacar que esta pesquisa caracteriza-se como investigação bibliográfica. Sendo assim, parte de documentos oficiais que regulam este processo formativo, os quais constituem a base empírica sobre a qual a pesquisa se estrutura, dedicando-se a refletir sobre eles.

1.1 Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Universitários da Área da Saúde (DCNs)

Realizei a leitura das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Universitários da Área da Saúde (DCNs)³, orientadas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação (CNE), para os cursos de graduação das 16 categorias profissionais da saúde,

³ As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da área da Saúde estão publicadas juntamente com as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação no site do Ministério da Educação, no endereço <<http://portal.mec.gov.br/busca-geral/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>> Acesso em: 12 abril 2016.

listadas por Brasil (2015): biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, física médica⁴ e saúde coletiva⁵.

A partir da leitura dessas diretrizes foi possível perceber, de forma clara, preocupação com a perspectiva ética para além da dimensão técnica e científica. Considerando a descrição acima do perfil profissional almejado, é possível afirmar que a ética constitui-se no fundamento da atuação profissional em saúde. Se por um lado, a preocupação com a dimensão ética pode ser observada nas 16 diretrizes, por outro ela aparece enfatizada nos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Essa ênfase é atribuída à presença das expressões “ético” e/ou “ética” na descrição de todos os principais tópicos que estruturam estas DCNs⁶: 1. perfil do formando egresso/profissional; 2. competências e habilidades; 5. organização do curso e 3. conteúdos curriculares. Nas DCNs dos cursos de educação física, física médica, psicologia, serviço social e ciências biológicas, as expressões estiveram ausentes em um ou mais desses quatro tópicos.

A presença de uma preocupação ética com maior ênfase nos primeiros cursos citados pode indicar que o núcleo do que se denomina área da saúde está nos cursos médicos/biomédicos (biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia e terapia ocupacional). As diretrizes destes cursos são muito semelhantes (poder-se-ia dizer iguais) em estrutura e conteúdo, diferindo sobremaneira da estrutura e do conteúdo das DCNs dos demais cursos (educação física, física, psicologia, serviço social e ciências biológicas). Esta diferença também foi observada no tocante à preocupação com a formação ética (menos enfatizada nestes últimos cursos, quando se utiliza como parâmetro apenas a presença/ausência dos termos “ético”/“ética”).

As DCNs daqueles e destes cursos foram orientadas entre os anos de 2001 e 2004. Somente a DCN do curso de medicina foi revisada em 2014, também por ocasião da promulgação da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais

⁴ O curso de Física Médica não possui Diretrizes Curriculares específicas, seguindo as Diretrizes Curriculares nacionais para os cursos de Física, as quais também foram analisadas nesta tese.

⁵ O curso de saúde coletiva não possui Diretrizes Curriculares Nacionais definidas.

⁶ Foi preservada a sequência dos tópicos presente nas DCNs. Por essa razão, a sequência dos números apresentada aqui não segue a numeração ordinal (1,2,3,4...).

Médicos⁷. Tais cursos médicos/biomédicos, historicamente, concentraram-se na compreensão e estudo das doenças e de seus determinantes. Se por um lado, estes cursos parecem ser considerados o núcleo da área da *saúde*, por outro, construíram suas características e fundamentos tendo a *doença* como elemento norteador. Em tese, essa possível centralidade pode revelar uma das origens das dificuldades que contemporaneamente se apresentam para a formação de recursos humanos para trabalhar com a saúde, para além da doença em nível biológico. A inclusão dos demais cursos (educação física, física médica, psicologia, serviço social e ciências biológicas) indica perspectiva de aproximação da área da saúde estruturada a partir do elemento saúde. Todavia, ainda parece ser forte, pela leitura das DCNs, a concepção de que o núcleo da área da saúde está nas profissões que, em sua gênese histórica, ocuparam-se da doença.

É possível observar tendência nas DCNs dos cursos médicos/biomédicos de mudança na direção da saúde como elemento norteador. Talvez por essa razão haja maior ênfase na formação ética desses profissionais, o que não se revela nas DCNs dos demais cursos (educação física, física médica, psicologia, serviço social e ciências biológicas). Estes, possivelmente, ao se estruturarem a partir de concepções mais próximas à compreensão contemporânea de saúde, parecem entender que os aspectos éticos são constitutivos da saúde e, portanto, não necessitam ser objeto de ênfase em suas diretrizes.

A mudança de fundo da doença para a saúde nos cursos médicos/biomédicos implica transformar, simultaneamente, a forma de se relacionar com o meio que nos envolve (os outros seres humanos, a natureza) e estabelecer pressupostos orientadores dessa outra forma de se relacionar tendo a saúde como horizonte. Na leitura das DCNs, procurei compreender esses pressupostos e os elementos comuns sobre a dimensão ética em cada um dos quatro principais tópicos que as estruturam, conforme exposto a seguir.

1.1.1 Primeiro tópico: 1. Perfil dos formandos

Observei que nas DCNs dos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, o texto que descreve o perfil dos formandos é praticamente igual, alterando-se apenas a categoria profissional. Por essa razão, elegi o parágrafo destacado das DCN do curso de Biomedicina

⁷ O Programa Mais Médicos tem como finalidade formar recursos humanos, na área médica, para o Sistema Único de Saúde (SUS).

como representativo do perfil profissional, indicado também pelas DCNs dos demais cursos acima citados:

Biomédico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Capacitado ao exercício de atividades referentes às análises clínicas, citologia oncológica, análises hematológicas, análises moleculares, produção e análise de bioderivados, análises bromatológicas, análises ambientais, bioengenharia e análise por imagem, *pautado em princípios éticos* e na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade. (BRASIL, 2002, p.4, grifo nosso).

O texto do perfil do formado nos cursos de educação física, psicologia e ciências biológicas difere em estrutura e conteúdo dos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional. Porém, apresenta as expressões “ético/ética” na redação, como se pode observar nos parágrafos destacados:

O curso de graduação em Educação Física deverá assegurar uma formação acadêmico-profissional generalista, humanista e crítica, qualificadora de uma intervenção fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica e na *conduta ética*. (BRASIL, 2004a, p. 9, grifo nosso).

Art. 3º O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do Psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos: [...] f) Respeito à *ética* nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações da área da Psicologia. (BRASIL, 2004b, p.1, grifo nosso).

O Bacharel em Ciências Biológicas deverá ser: a) generalista, crítico, *ético*, e cidadão com espírito de solidariedade; [...] d) comprometido com os resultados de sua atuação, *pautando sua conduta profissional por critérios humanísticos*, compromisso com a cidadania e rigor científico, bem como por *referenciais éticos* legais. (BRASIL, 2001b, p.3, grifo nosso).

O texto do perfil do formado nas DCNs dos cursos de física médica, medicina veterinária e serviço social não possuem as expressões “ético” e/ou “ética”. Nas DCNs dos cursos de fonoaudiologia e medicina, entretanto, também aparece a expressão “formação ética” como um elemento do perfil dos formados, como se pode observar nos parágrafos destacados abaixo:

Fonoaudiólogo, [...] Possui *formação ético-filosófica*, de natureza epistemológica, e *eticopolítica* em consonância com os princípios e valores que regem o exercício profissional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fonoaudiologia e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual. (BRASIL, 2001f, p.8, grifo nosso).

Art. 3º O graduado em Medicina terá *formação geral*, humanista, crítica, reflexiva e *ética*, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p. 1, grifo nosso).

Embora as expressões “ético”, “ética”, “formação ética” se façam presentes no perfil dos profissionais a serem formados, neste tópico das DCNs analisadas, não está evidente qual é o significado, a concepção de “*princípios éticos*”, “*conduta ética*”, “*referenciais éticos*”, “*formação ético-filosófica e eticopolítica*” e “*formação geral ética*”, expressões extraídas dos parágrafos acima extraídos das DCNs.

Esclarecimentos conceituais representam um dos avanços da DCN do curso de Medicina, de 2014, em relação às DCNs dos demais cursos, publicadas entre 2001 e 2004. Nestas, como mencionado anteriormente, não está esclarecido o conceito de ética que pauta a formação desses profissionais. Essa ausência de maior esclarecimento conceitual, todavia, não acontece na DCN de 2014 do curso de Medicina. Porém, mesmo nesta DCN, a compreensão sobre a que a ética se refere tende de a ser ampla e pouco precisa:

Exatamente por essas características é que a aprendizagem pelo trabalho se torna fundamental. É por meio da vivência da clínica que se aprende o relacionamento com os usuários do sistema – com sua subjetividade, seus desejos, seus conceitos, alegrias e sofrimentos e, não apenas, com suas doenças. É no processo de combinar os conhecimentos teóricos com a experiência vivenciada e problematizada que se produzem grande parte dos conhecimentos, habilidades e atitudes, em suma, a *ética* e uma parte das tecnologias que os profissionais da saúde lançam mão para o desenvolvimento de seu trabalho. (BRASIL, 2014, p. 14, grifo nosso).

Em síntese, na concepção de ética mencionada na DCN, estão implicados os conceitos de conhecimentos, habilidades e atitudes, mas não há indicativos claros sobre o que são e como se articulam para constituir a concepção de ética que pauta a formação do médico. Nesse sentido, é possível reconhecer a ausência de aprofundamento conceitual na concepção de ética a que se refere ao perfil do profissional a ser formado.

1.1.2 Segundo tópico: 2. Competências e habilidades

Observei que nas DCNs dos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, terapia ocupacional e psicologia, o texto que descreve as competências e habilidades, no que se refere às competências gerais, apresenta grande semelhança (o texto é praticamente igual), alterando-se apenas a categoria profissional. Por essa razão, elegi o parágrafo destacado das DCN do curso de Fisioterapia como representativo das competências gerais:

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos *princípios da ética/bioética*, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo. (BRASIL, 2001f, p. 4, grifo nosso).

O texto das competências gerais nos cursos de educação física, física médica, serviço social e ciências biológicas difere em estrutura e conteúdo dos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária nutrição, odontologia, terapia ocupacional e psicologia. Todavia, apresenta as expressões “ético”, “ética” na redação, como se pode observar nos parágrafos destacados:

A identidade acadêmico-profissional em Educação Física deve, necessariamente, partir da compreensão de competências e de habilidades que abrangem as *dimensões* político-social, *ético-moral*, técnico-profissional e científica, considerando que a intervenção do profissional pressupõe a mediação com seres humanos historicamente situados. (BRASIL, 2004a, p.9, grifo nosso).

2. COMPETÊNCIA E HABILIDADES

A diversidade de atividades e atuações pretendidas para o formando em Física necessita de qualificações profissionais básicas comuns, que devem corresponder a objetivos claros de formação para todos os cursos de graduação em Física, bacharelados ou licenciaturas, enunciadas sucintamente a seguir, através das competências essenciais desses profissionais. [...] 5. desenvolver uma *ética de atuação profissional* e a consequente responsabilidade social, compreendendo a Ciência como conhecimento histórico, desenvolvido em diferentes contextos sócio-políticos, culturais e econômicos. (BRASIL, 2001e, p.4, grifo nosso).

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

A) Gerais

A formação profissional [no Serviço Social] deve viabilizar uma *capacitação* teórico-metodológica e *eticopolítica*, como requisito fundamental para o exercício de atividades técnico-operativas, com vistas à: · compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade. (BRASIL, 2001a, p.13, grifo nosso).

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES [Ciências Biológicas]

a) Pautar-se por *princípios da ética democrática*: responsabilidade social e ambiental, dignidade humana, direito à vida, justiça, respeito mútuo, participação, responsabilidade, diálogo e solidariedade; [...] l) *atuar multi e interdisciplinarmente*, interagindo com diferentes especialidades e diversos profissionais, de modo a estar preparado a contínua mudança do mundo produtivo; m) avaliar o impacto potencial ou real de novos conhecimentos/tecnologias/serviços e produtos resultantes da atividade profissional, considerando os *aspectos éticos*, sociais e epistemológicos. (BRASIL, 2001b, p.3-4, grifo nosso).

De forma semelhante ao que acontece no primeiro tópico (1. Perfil dos formandos), no tópico sobre as competências gerais, as expressões “ético”, “ética”, “formação ética” estão presentes. Entretanto, não está evidente qual é a concepção de “*princípios da ética/bioética*”, “*dimensão ético-moral*”, “*ética de atuação profissional*”, “*capacitação eticopolítica*”, “*princípios da ética democrática*” - expressões presentes nos parágrafos acima - que devem, segundo as DCNs, pautar as competências gerais dos profissionais da saúde. Ainda, surgem nesse tópico indicativos sobre como pode ocorrer a formação ética no processo educativo formal dos profissionais da saúde. Exemplo está no parágrafo destacado acima da DCN do curso de ciências biológicas, quando afirma como competência geral a ser desenvolvida “*atuar multi e interdisciplinarmente interagindo com diferentes especialidades e diversos profissionais*” (BRASIL, 2001b, p.3-4, grifo nosso).

A perspectiva de atuação multi e interdisciplinar está presente também nas competências específicas de todos os cursos. Essa presença pode ser observada, a seguir, nos parágrafos destacados das DCNs dos cursos de biomedicina e farmácia como representativos das graduações em saúde:

Competências e Habilidades Específicas:

O Curso de Graduação em Biomedicina deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para:• respeitar os *princípios éticos* inerentes ao exercício profissional; [...]• contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas *circunstâncias éticas*, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

Art. 5º - A formação do Biomédico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: [...]III. *Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente* com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na

convicção científica, de cidadania e de *ética*. (BRASIL, 2002, p.5, 6, 11, grifo nosso).

Competências e Habilidades Específicas:

O Curso de Graduação em Farmácia deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para:· respeitar os *princípios éticos* inerentes ao exercício profissional; [...]· *atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente* com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de *ética*. (BRASIL, 2001d, p.5, grifo nosso).

Os dois parágrafos acima representam a recorrência nas DCNs de todos os cursos de que as graduações em saúde devem desenvolver nos graduandos competências e habilidades relativas à atuação multi, inter e transdisciplinar pautada em princípios éticos. Coloca-se, nas DCNs, em estreita relação a multi/inter/transdisciplinaridade e a ética sem, no entanto, especificar e aprofundar como a ética fundamenta a multi/inter/transdisciplinaridade nestes cursos para que, ao final, o graduado atue de forma multi/inter/transdisciplinar pautado na ética. Tampouco há esclarecimentos nas DCNs sobre a concepção de ética e de multi/inter/transdisciplinaridade.

1.1.3 Terceiro tópico: 5. Organização do curso

Observei que nas DCNs dos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia e terapia ocupacional, o texto que descreve a organização do curso revela grande semelhança na estrutura e em conteúdo, alterando-se apenas a categoria profissional. Por essa razão, elegi o parágrafo destacado das DCN do curso de Biomedicina como representativo do perfil profissional nestes cursos:

O Curso de Graduação em Biomedicina deverá ter um *projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem*. Este projeto pedagógico deverá buscar a *formação integral* e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão *das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural*. A estrutura do Curso de Graduação em Biomedicina deverá assegurar: a valorização das *dimensões éticas* e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no biomédico atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade. (BRASIL, 2002, p.8, grifo nosso).

De forma semelhante aos tópicos sobre o perfil do formando e sobre as competências e habilidades, em relação à organização do curso, embora seja possível verificar a presença das expressões “ético, “ética”, não há um maior aprofundamento sobre o conceito/significado da expressão “*dimensões éticas*” mencionada no parágrafo destacado acima. Também, é possível observar a indicação precisa de um “*projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem*” (BRASIL, 2002, p.8, grifo nosso). Este projeto pedagógico deverá buscar a “*formação integral*” (BRASIL, 2002, p.8, grifo nosso).

Por um lado, é possível perceber a preocupação clara das diretrizes em enfatizar uma formação integral do aluno – e aqui caberia a pergunta sobre qual é o conceito de formação integral implicado na diretriz, o qual também carece de esclarecimentos nos documentos analisados – que o leve a compreender “*o contexto de pluralismo e diversidade cultural*” (BRASIL, 2002, p.8, grifo nosso), em que vivemos contemporaneamente. Por outro, parece-me adequado questionar que razões permitem a crença presente na diretriz de que um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem pode conduzir à formação ética do aluno. Ainda, como se daria essa formação ética a partir de tal projeto pedagógico, uma vez que estes esclarecimentos não estão presentes nas diretrizes.

Parece-me que um projeto pedagógico centrado no aluno e que considera o professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, sem uma definição clara sobre os elementos que relacionam o professor ao aluno e o aluno ao professor estaria na contramão de uma formação ética. Ao compreender que a aprendizagem cabe ao aluno, tal projeto pedagógico desconsidera que também o professor aprende na relação, ao mesmo tempo em que aluno e professor ensinam, tornando-se processo duplamente ativo - para professor e para aluno. O centro está na relação/interação entre professor e aluno e não em um ou em outro pólo. Corrobora com essa percepção a própria DCN do curso de medicina quando afirma que

A relação educacional, como constrói e ressignifica saberes, requer maior horizontalização, ação cooperativa, solidária e ética, postura ativa, crítica e reflexiva, além do desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender, de identificar os próprios valores e de abrir-se para a superação de limites e restrições. (BRASIL, 2014, p.9, grifo nosso).

Ao mesmo tempo em que enfatiza um projeto pedagógico centralizado no aluno, a DCN do curso de Medicina afirma a relação educacional caracterizada por “*maior*

horizontalização, ação cooperativa, solidária e ética, postura ativa, crítica e reflexiva”. (BRASIL, 2014, p.9, grifo nosso). Diante dessa afirmação presente na DCN, parece importante questionar como é possível pensar em relação educacional horizontalizada, ação cooperativa, solidária e ética se o projeto pedagógico confere posição central a um dos atores implicados na relação educacional, a saber, o aluno?

De acordo com todas as DCNs analisadas, embora deva ser assegurada a indissociabilidade entre teoria e prática, a aprendizagem nos cursos da saúde deve ocorrer no âmbito da prática, como revelam os parágrafos destacados da DCNs dos cursos de Medicina e de Educação Física:

A orientação dos currículos por competência, na área da saúde, implica a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em cenários da *prática* profissional, com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios. [DCN do Curso de Medicina]. (BRASIL, 2014, p.8, grifo nosso).

Art. 10º – A formação do graduado em Educação Física deve assegurar a indissociabilidade teoria-prática por meio da prática como componente curricular, estágio profissional curricular supervisionado e atividades complementares.

§ 1º – A *prática* como componente curricular deverá ser contemplada no projeto pedagógico, sendo vivenciada em diferentes contextos de aplicação acadêmico-profissional, desde o início do curso. (BRASIL, 2004a, p.20, grifo nosso).

Diante da ênfase dada pelas diretrizes para a esfera da prática, como demonstrado nos parágrafos acima, cabe perguntar: como um projeto pedagógico centrado no aluno conduziria à formação ética se a aprendizagem do aluno se dá, de acordo com as DCNs, predominantemente neste âmbito por natureza moral/ético, que implica relação entre os envolvidos e não a atribuição de lugar central para um deles?

1.1.4 Quarto tópico: 3. Conteúdos curriculares

Observei que nas DCNs dos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, terapia ocupacional e ciências biológicas, o texto que descreve os conteúdos curriculares (básicos e específicos) revela grande semelhança na estrutura e em conteúdo em relação aos conteúdos básicos, alterando-se apenas a categoria profissional. Por essa razão, elegi o parágrafo destacado das DCN do curso de enfermagem como representativo dos conteúdos curriculares básicos em que a expressão “ético”, “ética” estava presente:

3. CONTEÚDOS CURRICULARES [Curso de Enfermagem]

[...]: Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos *determinantes* sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, *éticos* e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. (BRASIL, 2001c, p.7, grifo nosso).

As DCNs dos cursos de medicina, serviço social, e ciências biológicas diferem das DCNs dos cursos antes citados em relação à estrutura e ao conteúdo, como revelam os parágrafos destacados abaixo:

6. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar: [...] b) compreensão dos *determinantes* sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, *éticos* e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. (BRASIL, 2014, p.28, grifo nosso).

4. Conteúdos Curriculares [Curso de Serviço Social]

A organização curricular deve superar as fragmentações do processo de ensino e aprendizagem, abrindo novos caminhos para a construção de conhecimentos como experiência concreta no decorrer da formação profissional. Sustenta-se no tripé dos conhecimentos constituídos pelos núcleos de fundamentação da formação profissional, quais sejam: · núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social, que compreende um conjunto de *fundamentos* teórico-metodológicos e *ético-políticos* para conhecer o ser social. (BRASIL, 2001a, p.14, grifo nosso).

4. CONTEÚDOS CURRICULARES [Curso de Ciências Biológicas]

4.1 CONTEÚDOS BÁSICOS

FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS E SOCIAIS: Reflexão e discussão dos *aspectos éticos* e legais relacionados ao exercício profissional. Conhecimentos básicos de: História, Filosofia e Metodologia da Ciência, Sociologia e Antropologia, para dar suporte à sua atuação profissional na sociedade, com a consciência de seu papel na formação de cidadãos. (BRASIL, 2001b, p.6, grifo nosso).

Tanto nas DCNs dos cursos de biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, terapia ocupacional e ciências biológicas quanto nas de medicina, serviço social e ciências biológicas é possível observar a inserção da ética nos conteúdos curriculares básicos, através das expressões “*determinantes éticos*” (BRASIL, 2014, p.28, grifo nosso), “*fundamentos ético-políticos*” (BRASIL, 2001a, p.14, grifo nosso), “*aspectos éticos*” (BRASIL, 2001b, p.6, grifo nosso). No entanto, de modo semelhante ao que ocorre nos tópicos anteriores, embora seja possível identificar os âmbitos a que se referem estas as expressões, tais como “*determinantes éticos do processo saúde-doença*” (BRASIL, 2001c, p.7, grifo nosso), “*conhecimentos constituídos pelos núcleos de*

fundamentação da formação profissional, quais sejam: · núcleo de fundamentos teórico-metodológicos da vida social, que compreende um conjunto de fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos” (BRASIL, 2001a, p.14, grifo nosso), *“aspectos éticos e legais relacionados ao exercício profissional”* (BRASIL, 2001b, p.6, grifo nosso), também em relação aos conteúdos curriculares básicos não há esclarecimento, tampouco aprofundamento, sobre o significado das expressões referentes à perspectiva ética presentes nestas DCNs.

Em relação aos conteúdos curriculares específicos, foi possível observar a presença das expressões “ético, “ética” nas DCNs dos cursos de enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social e medicina nos seguintes parágrafos destacados:

[...] Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como *os princípios éticos*, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem. (BRASIL, 2001c, p.7, grifo nosso).

[...] Conhecimentos Fisioterapêuticos - compreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, *a ética* e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. (BRASIL, 2001f, p.6, grifo nosso).

Ciências da Alimentação e Nutrição - neste tópico de estudo, incluem-se: · compreensão e domínio de nutrição humana, a dietética e de terapia nutricional – capacidade de identificar as principais patologias de interesse da nutrição, de realizar avaliação nutricional, de indicar a dieta adequada para indivíduos e coletividades, considerando a *visão ética*, psicológica e humanística da relação nutricionista-paciente. (BRASIL, 2001c, p.16, grifo nosso).

[...] · núcleo de fundamentos do trabalho profissional, que compreende os elementos constitutivos do Serviço Social como uma especialização do trabalho: sua trajetória histórica, teórica, metodológica e técnica, os *componentes éticos* que envolvem o exercício profissional, a pesquisa, o planejamento e a administração em Serviço Social e o estágio supervisionado. [Curso de Serviço Social]. (BRASIL, 2001a, p.14, grifo nosso).

[...] d) compreensão e domínio da propedêutica médica – capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, sem falar da capacidade reflexiva e *compreensão ética*, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado. [Curso de Medicina]. (BRASIL, 2014, p.28, grifo nosso).

Das 16 diretrizes analisadas, em apenas seis (enfermagem, fisioterapia, nutrição, serviço social e medicina) foi possível identificar a presença das expressões “ético, “ética” nos conteúdos curriculares específicos. Essa constatação pode revelar que a ética, nos cursos da área da saúde, é conteúdo de maior responsabilidade das Ciências Humanas e Sociais.

Diante disso, cabe perguntar qual é o papel e o lugar destinado às Ciências Humanas e Sociais nas graduações da saúde se considerarmos que, segundo as DCNs, a prática, espaço por natureza ético/moral, constitui-se em âmbito privilegiado de aprendizagem na saúde? Se os conteúdos específicos das graduações em saúde não contemplam de forma unânime a ética, em que momento do processo formativo dos profissionais da saúde são considerados os aspectos éticos que pautam a relação entre o estudante/futuro profissional e o meio/contexto no qual está inserido?

Acredito que a análise do lugar e do papel que os conhecimentos das humanidades (artes, literatura, história, filosofia, entre outras) ocupam e desempenham ou poderiam ocupar e desempenhar no processo formativo dos profissionais da saúde se faz premente. Sobretudo, diante dos indicativos nas DCNs analisadas de uma formação integral que inclua a ética para a atuação em saúde, perspectiva reforçada pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). Este Programa também foi objeto de análise neste capítulo da tese, como exposto a seguir.

1.2 Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde⁸, elaborado pelo Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação, foi lançado em 03 de novembro de 2005, com a assinatura de uma Portaria Interministerial (nº 2.101) do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Tem como objetivo

[...] a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população. (BRASIL, 2007, p. 13).

⁸Descrição detalhada sobre o Pró-Saúde está disponível em:<<http://www.prosaude.org/>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

A proposta formulada considerou as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para as profissões de saúde, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e

tem o papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, tanto para os três cursos contemplados inicialmente por serem aqueles que integram profissionais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (Enfermagem, Medicina e Odontologia), como para outros da área da Saúde, pois, a partir da criação de modelos de reorientação, pode-se construir um novo panorama na formação profissional em Saúde. Algumas instituições, a partir do modelo Pró-Saúde, têm iniciado projetos de reorientação de forma integrada com seus outros cursos da saúde. (BRASIL, 2007, p.10).

Sendo orientação não apenas para os cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, mas para todos os cursos da área da saúde, os documentos do PRÓ-SAÚDE também foram selecionados para leitura neste capítulo da tese. Foram analisados os documentos oficiais do PRÓ-SAÚDE do ano de 2005 (BRASIL, 2005a; 2005b), quando o Programa foi lançado, e de 2007 (BRASIL, 2007), em que são retomados os eixos⁹ que constituem o programa - Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica - os quais foram primeiramente apresentados no documento de 2005 (BRASIL, 2005b, p.22) e no qual são incluídos aspectos referentes ao desenvolvimento e à avaliação dos projetos financiados.

De um lado, a leitura do documento de 2005b revela que as expressões “ético”, “ética” aparecem apenas nos anexos, que são constituídos pelas DCNs dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina, anteriormente analisadas. De outro, a leitura do documento de 2007 revela que aquelas expressões aparecem nos anexos, que são constituídos pelas DCNs dos cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina, analisados anteriormente, mas também nos parágrafos destacados a seguir:

PARTE I
PROPOSTA DO PRÓ-SAÚDE
Contextualização

Na prática, as orientações mais conservadoras tendem a enfatizar a excelência técnica e a formação especializada, enquanto as mais inovadoras buscam instituir competências para saber, saber fazer, saber ser, saber agir na perspectiva de maior equidade no sistema e reconhecem a relevância social (acesso equitativo, abordagem integral, *orientação ética*, humanística e qualidade de vida) em equilíbrio com a excelência técnica (especialização, alta tecnologia, instalações sofisticadas e supervalorização do saber técnico). (BRASIL, 2007, p. 13, grifo nosso).

⁹ De acordo com o documento do PRÓ-SAÚDE de 2007, “Eixos - são agrupamentos dos grandes traços ou características referentes aos aspectos dos cursos que em seu conjunto expressem a totalidade dos processos de mudança” (BRASIL, 2007, p. 58).

PARTE III DESENVOLVIMENTO POTENCIAL DO PRÓ-SAÚDE

Orientação geral

[...] No campo específico da formação do enfermeiro torna-se necessário construir projetos políticos pedagógicos e seus componentes de organização curricular que assegurem a sua relevância social, incluindo competências técnicas e gerenciais, políticas e *éticas* que sustentem os atos de cuidar. (BRASIL, 2007, p. 41, grifo nosso).

O desinteresse pela atenção básica parte de situações estigmatizadas com base em experiências de um passado mais remoto, no qual a atuação do generalista era considerada como bastante limitada, deixando a desejar em sua efetividade para solução dos problemas dos pacientes. Por outro lado, com os excessos da especialização, pode-se hoje argumentar no sentido oposto, admitindo que uma visão limitada de uma parte do organismo deixa passar despercebidos outros problemas colaterais, às vezes mais sérios que o do que é objeto da atenção especializada em um determinado caso. Entretanto, toda a argumentação técnica que se possa reunir, nesse particular, não alcança o grau de influência que resulta de uma abordagem humana e *ética* de base populacional, segundo a qual, com a evolução natural da atual tendência à especialização, cada vez mais nos afastamos de uma possível equidade no trato dessa problemática. E, com base na argumentação do parágrafo anterior, estará se oferecendo cuidados parciais, a um custo superior ao que pode ser sustentado pela sociedade, a um número cada vez menor de indivíduos, contribuindo, eventualmente, para uma pior situação global de saúde. (BRASIL, 2007, p. 42, grifo nosso).

Desenvolvimento potencial 3: orientação clínica baseada em evidências

[...] A abordagem por evidências baseia-se em pesquisas clínicas que produzem dados analisados com as ferramentas da epidemiologia clínica e da bioestatística e, trata, fundamentalmente, de substituir a atenção saúde do “eu acho” pela atenção saúde do “porque” e qual a evidência para fazer esse diagnóstico, realizar esse exame ou propor esse tratamento. Ela, em princípio, assegura:

- um diagnóstico e um tratamento alicerçados em fatos e dados estatisticamente significativos;
- a troca do conceito de “incerteza” pelo de “risco”;
- uma melhor apresentação ao paciente e seus familiares dos seus problemas de saúde, seu prognóstico, tratamento e riscos envolvidos;
- uma postura mais *ética* do atendimento do paciente pela equipe;
- maior segurança para o paciente, para a equipe e instituição de saúde;
- maior qualidade e resolubilidade da atenção à saúde;
- melhor proteção da equipe e serviços de saúde em relação a possíveis “erros médicos”, já que a atenção estaria baseada em evidências clínicas. (BRASIL, 2007, p. 49, grifo nosso).

Desenvolvimento potencial 2: integração básico-clínica no âmbito ambulatorial

[...] No caso da enfermagem, a ação de cuidar ocorre segundo um processo de intersubjetividades, que envolve a pessoa e o profissional de saúde, no qual deve haver uma co-responsabilização em torno do problema a ser enfrentado, portanto, nesse momento, portanto, produzem-se relações de vínculos, fazendo-se imprescindível a integração de conhecimentos de ciências biológicas e das humanidades, além de outros campos instrumentais que apóiam a racionalidade do cuidado de enfermagem. Essa pauta está orientada à *reconstrução ética*, política e técnica do cuidado que não mais dá espaço aos conhecimentos compartimentalizados e às ações que evidenciem a divisão do corpo biopsíquico e a hierarquia entre as áreas do conhecimento. Em todo este novo formato requerem-se ações e processos que integrem a análise e a síntese como caminhos do estabelecimento de relações; a articulação entre áreas do conhecimento que integram a complexidade da saúde; a criação de soluções inovadoras; a comunicação clara e precisa; a interpretação e o uso de diferentes formas de linguagem; a capacidade de

trabalhar em grupo e compartilhadamente; de gerenciar processos para atingir metas; de trabalhar com prioridades integrando diferenças e diversidades; além de processos de avaliação articulados aos desafios das mudanças permanentes. (BRASIL, 2007, p. 48).

Nos cinco parágrafos destacados acima foi possível observar a presença da ética como horizonte a ser atingido no processo de reorientação da formação profissional em saúde de modo especial, neste documento, na formação do enfermeiro. Também, como pressuposto de ação voltado à saúde das populações, sendo esta – a saúde das populações - o núcleo da transformação desejada para o setor saúde no Brasil. Todavia, não há um detalhamento/aprofundamento, ao longo de ambos os documentos (2005b e 2007), dos elementos que constituem esse pressuposto ético e de que forma ele poderia/deveria ser ensinado/aprendido durante a formação dos profissionais da saúde. Mesmo quando propõe possibilidades de abordagens metodológicas para pautar o ensino e a aprendizagem em saúde, como no caso da abordagem por evidências, indica que esta abordagem, *“em princípio, assegura: [...] • uma postura mais ética do atendimento do paciente pela equipe”* (BRASIL, 2007, p. 49, grifo nosso), mas não esclarece no que consiste essa postura mais ética tampouco de que forma a abordagem por evidências asseguraria esta postura.

O último parágrafo destacado é o que mais se aproxima de um aprofundamento/detalhamento sobre os elementos que constituem esse pressuposto ético de ação voltado à saúde das populações. Todavia, está restrito ao âmbito de atuação do enfermeiro e apenas indica os elementos através das expressões *“processo de intersubjetividades”, “co-responsabilização”, “relações de vínculos”, “integração de conhecimentos de ciências biológicas e das humanidades”, “integração entre análise e a síntese como caminhos do estabelecimento de relações”, “articulação entre áreas do conhecimento que integram a complexidade da saúde”, “a criação de soluções inovadoras”, “a comunicação clara e precisa”, “a interpretação e o uso de diferentes formas de linguagem”, “a capacidade de trabalhar em grupo e compartilhadamente”* (BRASIL, 2007, p. 48). Entretanto, não esclarece essas expressões nem do ponto de vista conceitual nem sobre como poderiam ser desenvolvidos no âmbito da formação.

A sequência da leitura dos documentos do PRÓ-SAÚDE revelou que tanto o de 2005 (BRASIL, 2005b) quanto o de 2007 (BRASIL, 2007) apresentam, na descrição dos eixos, indicativos que auxiliam a pensar e problematizar a formação ética nas graduações em saúde. A problematização feita a partir do conteúdo destes eixos está apresentada nos itens a seguir.

1.2.1 Eixo A – Orientação Teórica

A orientação teórica proposta estabelece como indicativo para os cursos da área da saúde a evolução de um estágio para outro. O estágio a ser superado é o de uma concepção teórica caracterizada por: a) ênfase nos determinantes biológicos da doença, b) no caráter curativo orientado ao indivíduo, c) na ausência de produção de investigações em atenção básica com centralidade de investigações na atenção hospitalar/alta tecnologia e d) ênfase nas especialidades com ausência de oferta de especialização em atenção básica e de educação permanente aos profissionais da rede do SUS (BRASIL, 2005b, pp. 25-26; BRASIL, 2007, pp. 18-20).

O estágio a ser atingido é o de uma concepção teórica caracterizada por: a) importância equivalente aos determinantes da saúde e da doença, de modo que na abordagem do conhecimento teórico e em sua aplicação assistencial seja mantida uma adequada articulação biológico-social, b) com alta produção de investigações orientadas às necessidades da atenção básica, sem prejuízo da investigação em âmbito curativo/hospitalar/tecnológico, c) tendo forte interação com os serviços públicos de saúde na área de produção e avaliação de protocolos clínicos, inovações da gestão, análises de custo benefício e outras assemelhadas, d) com oportunidades educacionais feita em estreita articulação com os gestores do SUS, revisão dos quantitativos e da qualidade da formação e e) um trabalho em estreita articulação com os processos educativos em saúde da família. (BRASIL, 2005b, pp. 25-26). O documento de 2007 avança em relação ao de 2005b, no que se refere ao estágio a ser alcançado, quando afirma o equilíbrio na produção de investigações sobre as necessidades da população e sobre os aspectos biomédicos/ tecnológicos e a superação da tendência atual de pós-graduação orientada exclusivamente à especialização, estimulando a articulação com as necessidades assistenciais (BRASIL, 2007, pp. 19-20).

Na descrição deste eixo, não foram encontradas em nenhum momento as expressões “ético, “ética”. Essa ausência pode revelar que, no processo de reorientação da formação dos profissionais da saúde pautado pelo documento, a orientação teórica não aponta para a ética como horizonte a guiar a evolução dos cursos da área da saúde. Esta ausência constitui obstáculo a esta evolução pretendida, pois o estágio a ser atingido na orientação teórica é, sobretudo, o da interação entre os serviços públicos de saúde e as instituições de ensino, com oportunidades educacionais feitas em estreita articulação com os gestores do SUS e um trabalho em estreita articulação com os processos educativos em saúde da família. Ora, como

conseguir essa interação e estreita articulação entre as esferas do ensino e do serviço sem considerar a ética, que por natureza habita essa interação e essa estreita articulação entre ensino e serviço, uma vez que ambos - ensino e serviço - implicam a presença humana em interação?

1.2.2 Eixo B – Cenário de Práticas

Partindo da concepção de que “a interação ativa do aluno com a população e profissionais de saúde deverá ocorrer desde o início do processo de formação, proporcionando ao estudante trabalhar sobre problemas reais” (BRASIL, 2005, p. 27), neste eixo também é proposto como indicativo para os cursos a evolução de um estágio para outro. O estágio a ser superado é caracterizado por a) rígida separação entre a programação teórica e a prática assistencial, b) atividades práticas durante os dois primeiros anos do curso que se limitam aos laboratórios da área básica, além de ciclo clínico com práticas realizadas majoritariamente em instalações assistenciais universitárias e serviços próprios das Instituições de Ensino superior (IES) (hospitais e clínicas de ensino de odontologia), isolados da rede do SUS, com porta de entrada separada e com clientela cativa (BRASIL, 2005b, pp.28-29; BRASIL, 2007, pp. 21-22).

O estágio a ser atingido é caracterizado por: a) concepção em que os cursos procuram integrar, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com a prática assistencial nos serviços públicos de saúde, b) boa articulação entre as atividades teóricas e assistenciais em âmbito individual e coletivo, com participação de todas as áreas disciplinares; atividades que extrapolem o contexto das unidades do SUS, equipamentos escolares e da comunidade, ao longo de todo o curso, com graus crescentes de complexidade, c) atividades clínicas desenvolvidas em unidades de atenção básica da rede do SUS, majoritariamente ambulatorial, ou em serviços próprios das IES que subordinem suas centrais de marcação de consulta às necessidades locais do SUS, d) internato ou equivalente desenvolvido em sua totalidade na rede do SUS, com serviços próprios completamente integrados à rede, sem central de marcação de consultas ou de internações próprias das instituições acadêmicas e e) desenvolvimento de mecanismos institucionais de referência e de contra-referência com a rede do SUS (BRASIL, 2005b, pp.28-29; BRASIL, 2007, p. 21-23).

Na descrição deste eixo, de modo semelhante ao que ocorre o eixo da orientação teórica, não foram encontradas as expressões “ético” e “ética”. Essa ausência pode revelar que

no processo de reorientação dos profissionais da saúde apontado pelo documento, também no cenário de práticas, não há um referencial ético como horizonte a guiar a evolução dos cursos da área da saúde. Tem-se a impressão, ao ler o documento, que o cenário de práticas é inerte, não constituído por seres humanos em relação, em que o elemento ético se faz presente. Talvez a concepção predominante quando se pensa em cenário de práticas na área da saúde seja o laboratório de anatomia, caracterizado pela presença de corpos humanos inertes, sem vida e fragmentados, o qual serve como lugar de aprendizagem. Mas se parece que essa é justamente a concepção de cenário de práticas na área da saúde a superar, como pensar em cenário de práticas para a formação na área da saúde sem considerar o aspecto prático e por decorrência ético evidenciado pela própria nomenclatura – cenário *de práticas* – presente no documento? A menos que se opere com uma concepção instrumentalizada de cenário de prática, ou seja, com a concepção de que tudo o que/quem está presente nesse cenário serve única e exclusivamente para a aprendizagem do aluno, sem que se considere e respeite a vida já existente nesse cenário, o que não me parece coerente com a própria proposta do PRÓ-SAÚDE, fica difícil compreender as razões que levam o documento a não apresentar, em nenhum momento deste eixo, a expressão “ético, “ética”.

1.2.3 Eixo C – Orientação Pedagógica

A orientação pedagógica proposta estabelece como indicativo para os cursos a evolução de um estágio para outro. O estágio a ser superado é o de uma formação nas áreas assistenciais que se desenvolve: a) com abordagem acrítica das necessidades do serviço de saúde e da população, b) com ciclos clínico e básico completamente separados, c) com disciplinas fragmentadas e estanques, sem aproveitar, até mesmo, a existência de fontes correlatas em algumas delas e d) ensino centrado no professor, realizado fundamentalmente por meio de aulas expositivas para grandes grupos de estudantes (BRASIL, 2005b, pp.30-31; BRASIL, 2007, p.24-25).

O estágio a ser atingido é o de um processo de ensino-aprendizagem que: a) toma como eixo, na etapa clínica, a análise crítica da totalidade da experiência assistencial/da atenção à saúde, com ênfase no componente de atenção básica, b) ensino com integração do ciclo básico ao profissional ao longo de todo o curso, c) um dos métodos orientadores da integração é a problematização, sendo o ensino, portanto, baseado majoritariamente em problematização, enquanto metodologia, em grupos pequenos, ocorrendo o ensino em

ambientes diversificados - IES, serviços públicos de saúde, associações, entre outros, d) as atividades são estruturadas a partir das necessidades de saúde da população, e) avaliação formativa e somativa, incluindo todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades) (BRASIL, 2005b, pp.30-31; BRASIL, 2007, p.24-25).

Na descrição deste eixo, de modo semelhante ao que ocorre no eixo da orientação teórica e do cenário de prática, não foram encontradas as expressões “ético” e/ou “ética”. Essa ausência me causou estranhamento se for considerado que, segundo o documento, “*as atividades são estruturadas a partir das necessidades de saúde da população*” (BRASIL, 2005b, pp.30-31; BRASIL, 2007, p.24-25). De onde surge o conhecimento das necessidades de saúde da população? A menos que tais necessidades sejam exclusivamente impostas de modo vertical por agentes externos, uma das ações imprescindíveis para que tal conhecimento seja produzido está em aproximar-se da população no intuito de conversar com ela para saber, pela ótica desta população, quais são suas necessidades. Essa aproximação entendida enquanto relação horizontal exige considerar a ética. Nesse sentido, parece incoerente pensar em problematização em pequenos grupos como metodologia de ensino-aprendizagem quando se trata de preparar o aluno para saber a necessidade de populações. Talvez a problematização em pequenos grupos seja uma metodologia de ensino coerente com a aprendizagem de conteúdos específicos, mas possivelmente insuficiente quando se deseja uma aproximação da população com vistas a interagir com ela, de modo a compreender suas necessidades, mais do que apenas identificá-las.

Nesse sentido, parece também incoerente a proposta de metodologias de ensino-aprendizagem que possibilitem ao aluno “[...] ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos, participando da análise do próprio processo assistencial em que estão inseridos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo” (BRASIL, 2005b, p.29). Essa concepção, também presente nas DCNs, torna-se inadequada quando se pretende, para a formação dos profissionais da saúde, o equilíbrio entre relevância social e excelência técnica, como afirmado pelo documento do PRÓ-SAÚDE de 2007:

Na prática, as orientações mais conservadoras tendem a enfatizar a excelência técnica e a formação especializada, enquanto as mais inovadoras buscam instituir competências para saber, saber fazer, saber ser, saber agir na perspectiva de maior equidade no sistema e reconhecem a relevância social (acesso equitativo, abordagem integral, *orientação ética*, humanística e qualidade de vida) em equilíbrio com a excelência técnica (especialização, alta tecnologia, instalações sofisticadas e supervalorização do saber técnico). (BRASIL, 2007, p. 13, grifo nosso).

Diante da indicação reiterada no documento do PRÓ-SAÚDE de um equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, que inclui a “*orientação ética*” (BRASIL, 2007, p. 13, grifo nosso) – a expressão “ética” aparece pela primeira vez no documento de 2007 nessa citação – acredito que o aluno deva sim ocupar o lugar de sujeito na construção de seus conhecimentos, porém em relação com o professor e não ocupando o centro do processo ensino-aprendizagem. No meu entender, o elemento central deste processo, quando compreendido para além da finalidade única de formação técnica/profissional com vistas ao mercado de trabalho, é a relação aluno-professor. Nela, os atores implicados ensinam e aprendem, simultaneamente, considerando as diferenças inerentes a professor e a aluno em termos de conhecimentos acumulados e experiência de vida.

Um modelo pedagógico dessa natureza, em que o centro está na relação e não em um ou em outro dos atores implicados, pode tornar a relação pedagógica horizontal, ética, e aproximar os atores. Esse modelo, ao ser reproduzido pelo aluno em relação à população, possivelmente o aproximará dela, facilitando o vínculo e a descoberta de suas necessidades de saúde, elementos apontados como essenciais para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), campo de trabalho alvo do setor público de saúde:

[...] Estratégia Saúde da Família, hoje em franca expansão, em todo o território nacional, busca ampliar a cobertura da população, assegurando um padrão de serviços compatível com a melhoria da qualidade de vida, com maior resolubilidade da atenção e garantia de acesso aos demais níveis do Sistema. Com esta Estratégia introduz-se uma série de desafios estruturais, entre os quais o de constituir-se efetivamente como o primeiro nível de atenção do SUS; o de romper com o modelo hospitalocêntrico e privatista; o de caracterizar-se como principal “porta de entrada” do Sistema, articulada com os outros níveis de atenção por meio da referência e contra-referência; a atenção da equipe ao cidadão, *por meio do vínculo e a co-responsabilização* do processo saúde doença com a comunidade; e a construção de lugar valorizado socialmente para os profissionais que fizerem opção pela Saúde da Família. (BRASIL, 2007, p. 12-13, grifo nosso).

Acredito que este *vínculo e co-responsabilização* preconizados pela ESF para pautar a atuação dos profissionais em saúde, indicado na citação acima, seja indicado para pautar também a relação pedagógica entre professor e aluno durante a graduação. Constituindo-se, assim, em modelo educativo aprendido porque exercitado/vivido/experimentado durante o curso e reproduzido na relação com a população durante a atuação profissional.

Desse modo, o PRÓ-SAÚDE tem como perspectivas: 1) que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente nos três distintos eixos estudados, tendo como horizonte a integração da IES ao serviço público de saúde e que dê respostas às

necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação dos serviços, direcionando-se, em todos estes casos, ao fortalecimento do SUS, e 2) enfatizar o aprendizado prático, no qual o estudante, com participação dos profissionais dos serviços e professores, adquire responsabilidade progressiva e crescente, tendo em vista a permanente melhoria do atendimento à população (BRASIL, 2007, p.24). Para a concretização dessas perspectivas do PRÓ-SAÚDE, acredito que a orientação pedagógica configura-se como elemento fundamental para impulsionar esta transformação almejada na formação dos profissionais da saúde, na direção do perfil profissional almejado.

O que foi possível concluir da leitura dos documentos oficiais reguladores (DCNs, PRÓ-SAÚDE) é que há, inegavelmente, a presença de uma preocupação reiterada com a dimensão ética da formação e da atuação em saúde. Dimensão esta que indica um possível caminho para a ampliação do processo formativo dos profissionais da saúde para além da perspectiva técnica e científica. Além dessa preocupação expressa com a dimensão ética, há também, nos documentos oficiais, a indicação de elementos que conduziriam a esse perfil profissional almejado, entre os quais são destacados nos documentos:

a) a atuação multi e interdisciplinar com interação entre diferentes especialidades e diversos profissionais, articulação entre áreas do conhecimento que integram a complexidade da saúde;

b) a formação integral do aluno que o leve a compreender o contexto de pluralismo e diversidade cultural em que vivemos contemporaneamente;

c) relação educacional caracterizada por maior horizontalização;

d) ação cooperativa, solidária e ética;

e) postura ativa, crítica e reflexiva;

f) indissociabilidade entre teoria e prática;

g) aprendizagem nos cursos da saúde deve ocorrer no âmbito da prática;

h) processo de intersubjetividades, co-responsabilização, relações de vínculos;

i) integração de conhecimentos de ciências biológicas e das humanidades;

j) integração entre análise e a síntese como caminhos do estabelecimento de relações;

l) a criação de soluções inovadoras;

Todavia, o pressuposto pedagógico apontado pelos documentos, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, dificilmente conduzirá o aluno ao horizonte indicado pelo

perfil profissional almejado, o qual contempla os elementos acima destacados. Talvez esse pressuposto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem seja apropriado para o aprendizado do ponto de vista cognitivo/intelectual¹⁰.

Acredito, entretanto, que o aluno deva sim ocupar o lugar de sujeito na construção de seus conhecimentos, porém em relação com o professor e não no centro do processo ensino-aprendizagem. O elemento central deste processo, quando compreendido para além da finalidade única de formação técnica/profissional com vistas ao mercado de trabalho, é a relação aluno-professor. Nela, os atores implicados ensinam e aprendem, simultaneamente, considerando as diferenças inerentes a professor e a aluno em termos de conhecimentos acumulados e experiência de vida. Um pressuposto pedagógico dessa natureza, em que o centro está na relação, e não em um ou em outro dos atores implicados, pode tornar a relação pedagógica horizontal, ética, e aproximar os atores. Esse pressuposto, enquanto um dos aspectos que orientam a relação do futuro profissional e a população, possivelmente o aproximará dela, facilitando o vínculo e a descoberta de suas necessidades de saúde.

Essa parece ser também a perspectiva apontada pela *Education of Health Professionals for the 21st century: a global independent commission*¹¹ (Comissão Independente Global pela Educação dos Profissionais da saúde para o século XXI) que publicou um extenso documento no periódico médico inglês *The Lancet*, em 2010 sobre os rumos da educação dos profissionais na saúde no século XXI. Nele, a comissão afirma que a reforma educacional dos profissionais da saúde passou por três gerações no século passado. A primeira geração foi a do currículo baseado em ciência, no início do século XX. Na metade deste século, a segunda geração introduziu a instrução baseada em problemas. Uma terceira geração é agora necessária, a qual deveria ser baseada em sistemas para aperfeiçoar os sistemas de saúde pela adaptação das competências profissionais nucleares a contextos específicos enquanto inseridas em um conhecimento global (FRENK et al, 2010, p. 2). No entanto, para avançar nas reformas desta terceira geração, a Comissão indica que

¹⁰Não estou convencida de que um modelo pedagógico centrado no aluno e que considera o professor como mediador e facilitador do processo ensino-aprendizagem seja o mais apropriado para o aprendizado do ponto de vista cognitivo/intelectual na área da saúde. Minha experiência como docente na área da saúde tem revelado a partir das falas dos próprios alunos – alunos dedicados ao estudo e preocupados com sua formação- que estes sentem falta de aulas em que a figura do professor seja uma figura forte, revelando domínio de conteúdo. Muitos alunos alegam não aprenderem nada ou aprenderem muito pouco com metodologias ativas, dizendo aprenderem muito mais com uma boa aula expositiva e dialogada. Todavia, esta discussão foge aos objetivos desta tese, sendo tema a ser trabalhado em investigações futuras.

¹¹ A Comissão é formada por 20 profissionais e líderes acadêmicos de diversos países (Reino Unido, Estados Unidos, Paquistão, Peru, China, África do Sul, Canadá, Índia, Uganda, Líbano) que se reuniram para desenvolver uma visão compartilhada e uma estratégia comum para a formação de médicos, enfermeiros e demais profissionais da saúde, que vai além das fronteiras nacionais e das profissões individuais.

[...] all health professionals in all countries should be educated to mobilise knowledge and to engage in critical reasoning and *ethical conduct* so that they are competent to participate in patient and population-centred health systems as member so focally responsive and globally connected teams. (FRENK et al, 2010, p. 2, grifo nosso.)

Health is all about people. Beyond the glittering surface of modern technology, the core space of every health system is occupied by the *unique encounter between one set of people who need services and another who have been entrusted to deliver them*. This trust is earned through a special blend of technical competence and service e orientation, steered by *ethical commitment* and social accountability, which forms the essence of professional work. (FRENK et al, 2010, p. 2, grifo nosso).

Uma tradução livre do primeiro parágrafo indica que “todos os profissionais da saúde em todos os países deveriam ser educados para mobilizar conhecimentos e se engajar em raciocínio crítico e *conduta ética* de modo que sejam competentes para participar em sistemas de saúde centrados no paciente e na população como membros de times localmente responsivos e globalmente conectados”. A tradução livre do segundo parágrafo indica que “saúde é sobre pessoas. Para além da superfície cintilante da tecnologia moderna, o espaço nuclear de todo sistema de saúde é ocupado pelo *encontro único entre um conjunto de pessoas que necessitam de serviços e outro que vem sendo confiado a ele entregar estes serviços*. Esta verdade é alcançada através de uma combinação especial de competência técnica e orientação para o serviço, dirigido pelo *compromisso ético* e pela responsabilidade social”.

Torna-se evidente pela leitura dos parágrafos acima, também neste documento, a necessidade de uma formação profissional ampliada para além da dimensão técnica e científica, indicando a ética como possibilidade desta ampliação. Todavia, também neste documento não há indicativos claros sobre o que significa ou quais as implicações pedagógicas de uma ampliação pautada na ética. No entanto, podem ser destacados indicativos claros sobre possíveis elementos que estariam envolvidos nesta dimensão ética. Entre esses elementos estão

[...] promote interprofessional and transprofessional education that breaks down professional silos while enhancing *collaborative and non-hierarchical relationships* in effective teams; [...]. (FRENK et al, 2010, p. 2, grifo nosso).

Traduzindo livremente, o documento indica a necessidade de “promover a educação interprofissional que rompe com os silos profissionais enquanto ressalta *relações colaborativas e não hierárquicas* em equipes eficazes”. Dessas afirmações presentes no documento de 2010 decorre que a educação interprofissional implica relações colaborativas e

não hierárquicas coerentes com o núcleo de todo sistema de saúde, a saber, o “*encontro único entre um conjunto de pessoas que necessitam de serviços e outro que vem sendo confiado a ele entregar estes serviços*” (FRENK et al, 2010, p. 2, grifo nosso). No meu ponto de vista, este encontro único não se estabelecerá adequadamente se, na educação dos profissionais da saúde, for adotado um pressuposto pedagógico centrado no aluno, ao invés de estar centrado na relação entre professor e aluno.

Nesse sentido, o documento é profícuo ao indicar elementos chaves para a constituição de um pressuposto pedagógico pautado na relação professor – aluno quando afirma que

No different than a century ago, educational reform is a long and difficult process that demands leadership and requires changing perspectives, work styles, and good relationships between all stakeholders. We therefore call on the most important constituencies to embrace the imperative for reform through dialogue, open exchange, discussion, and debate about these recommendations. Professional educators are key players since change will not be possible without their leadership and ownership. So too are students and young professionals, who have a stake in their own education and careers. Other major stakeholders include professional bodies, universities, non-governmental organizations, international agencies, and donors and foundations. (FRENK et al, 2010, p. 32, grifo nosso).

Traduzindo livremente o parágrafo, tem-se que “não diferente de um século atrás, a reforma educacional é um processo longo e difícil que demanda liderança e requer mudança de perspectiva, de estilos de trabalho e boas relações entre todas as partes interessadas. Por isso, instamos os círculos eleitorais mais importantes para adotar o imperativo para a reforma através do diálogo, troca aberta, discussão e debate sobre essas recomendações. Profissionais educadores são atores fundamentais já que a mudança não será possível sem a sua liderança e propriedade. Assim também são estudantes e jovens profissionais, que têm uma participação na sua própria educação e carreiras. Outras principais partes interessadas incluem as organizações profissionais, universidades, organizações não governamentais, agências internacionais e doadores e fundações”.

Quando propõe que a reforma educacional acontecerá por meio do diálogo, troca aberta, discussão e debate entre as partes interessadas, penso que estes elementos – diálogo, troca aberta, discussão e debate – podem ajudar a constituir um pressuposto pedagógico de ampliação do processo educativo formal dos profissionais da saúde para além da dimensão técnica e científica. Aproximo estes elementos - diálogo, troca aberta, discussão e debate - da hermenêutica filosófica gadameriana, de modo geral e dos conceitos de diálogo, saúde e tratamento oriundos da hermenêutica de modo específico. A hermenêutica filosófica

gadameriana e os conceitos de diálogo, saúde e ética dela oriundos serão explicitados no capítulo a seguir.

2 HERMENÊUTICA FILOSÓFICA DE HANS-GEORG GADAMER E OS CONCEITOS DE DIÁLOGO, ÉTICA E SAÚDE

Início este segundo capítulo questionando a observação, evidenciada no primeiro, sobre a recorrente ausência de um maior esclarecimento/aprofundamento conceitual sobre a ética nos documentos oficiais reguladores da formação profissional em saúde. Por que não há preocupação, nos documentos analisados, com este esclarecimento conceitual? O que leva os elaboradores de tais documentos a, de um lado, colocarem a ética como princípio/fundamento da formação e da atuação profissional e, de outro, considerarem pouco importante esclarecer conceitualmente seu sentido, sobre o qual pautam a formação e fundam o perfil do profissional a ser formado?

Os documentos permitem, desse modo, extrair questionamento relativo ao modo como a perspectiva ética é abordada. Da forma como se apresenta, permite a interpretação de que a ética seja compreendida apenas como discurso, como palavra oca de sentido e de significação – portanto, de vida humana - nestes documentos, desdobrando-se desse questionamento perguntas relativas às razões que levam a esta ausência de esclarecimento conceitual. Estes documentos permitem, simultaneamente, extrair elementos que podem ajudar a pensar um pressuposto pedagógico e filosófico de ampliação do processo educativo formal dos profissionais da saúde para além da dimensão técnica e científica, que inclua a condição humana como fundamento. Entre esses elementos estão o diálogo, a troca aberta, a discussão e o debate, que aproximo da hermenêutica filosófica gadameriana, de modo geral e dos conceitos de diálogo, ética e saúde, de modo específico, para pensar a formação dos profissionais da saúde de modo ampliado.

A fim de evidenciar, no terceiro capítulo, como os conceitos de diálogo, ética e saúde podem ajudar a pensar a formação ampliada do profissional, faz-se necessário inicialmente compreender do que trata a hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer enquanto postura filosófica. Na sequência, compreender os conceitos de diálogo, ética e saúde dela oriundos. Deste modo, pretendo dividir este segundo capítulo em duas partes: na primeira, faço uma apresentação geral da hermenêutica gadameriana no sentido filosófico; na segunda, uma reconstrução apropriativa detalhada dos conceitos de diálogo, ética e saúde, presentes da obra intitulada *O caráter oculto da saúde*, de Gadamer.

2.1 Hermenêutica filosófica gadameriana como postura filosófica

No intuito de apresentar e melhor compreender a hermenêutica no sentido filosófico, inicialmente reconstruo alguns aspectos do percurso histórico que o pensamento filosófico ocidental desenvolveu até o século XXI, recorrendo, para tanto, a referências como Incontri e Bigheto (2010), Dalbosco (2011) e Lawn (2010). Seguindo de perto os textos destes três autores, extraio de suas produções os elementos que considere mais importantes para a compreensão da hermenêutica filosófica.

De acordo com Incontri e Bigheto (2010) as mudanças na maneira de pensar e compreender o mundo e o ser humano foram sentidas, de forma mais contundente, a partir do século XVII, no período usualmente denominado Idade Moderna. A atitude moderna caracterizou-se pela não sujeição à fé, pela busca independente da verdade e pela valorização da experiência e da razão. Este foi o século dos grandes pensadores racionalistas e empiristas, como René Descartes e Francis Bacon. Com eles, a razão se firmou como autônoma da fé e o experimentalismo buscou seu caminho, firmando a Ciência como promessa de domínio do mundo e de prosperidade material. A matemática passou a ser vista como intermediária entre a razão e o empirismo, como articulação natural e necessária para desvendar o mundo, seja no plano das ideias lógicas, seja na ordenação da experiência e da observação.

René Descartes elegeu a razão como fonte soberana do conhecimento humano e adotou a dúvida sistemática como princípio de seu método de busca da verdade. Ele não atentou para o mundo dos fenômenos externos, mas para a sua própria interioridade para descobrir uma razão pensante, espiritual e a própria presença de um Deus racional. Depois dessa certeza de sua subjetividade, passou a olhar o mundo externo interpretando-o dentro de uma ordem matemática (INCONTRI; BIGHETO, 2010).

O empirismo, introduzido por Francis Bacon, consiste na atitude filosófica que considera que o conhecimento somente pode ser alcançado pela observação dos fenômenos objetivos e pela experiência concreta. Assim, todas as proposições, para serem verdadeiras, devem passar pela verificação e avaliação da experiência e da pesquisa. O empirismo, desse modo, em uma de suas vertentes, é a fundamentação filosófica do método científico experimental, sendo que este deve estar a serviço do ser humano e permitir a ele dominar a natureza, imperando sobre todas as coisas. A concepção empirista de Francis Bacon teve influência forte em concepções científicas dos séculos XIX e XX que adotaram a ideia da

Ciência a serviço da felicidade humana e a rejeição de outras áreas do conhecimento (INCONTRI; BIGHETO, 2010).

No século seguinte (século XVIII), a razão moderna, tão confiante em si mesma, foi exaltada e criticada. Neste século, nasceu a tendência filosófica denominada Iluminismo, que propunha um ideário de emancipação humana, valorização da razão, espírito crítico em relação às tradições, proposta de laicização da sociedade e ideias liberais na política e na economia, com o anseio de iluminar e libertar as pessoas de modelos opressores institucionais e sociais. A filosofia iluminista, imbuída deste ideário, tece crítica à compreensão de razão do século anterior e postula um entendimento de razão não mais vinculada a questões metafísicas e divinas, mas antes uma razão controlada pela experiência, trazendo-a para os eixos do mundo natural e humano. A razão, desse modo, passa a ser o principal guia do ser humano. Os iluministas assumiram o projeto de elaborar um novo saber baseado na razão e um conhecimento do mundo natural e social. A partir disso, ciências como Química, Zoologia, Física, Geometria, Matemática e Astronomia apresentaram novos conteúdos e foram colocadas em bases de observação empírica. Isto significa que o saber deveria ganhar bases empíricas e ser colocado a serviço dos seres humanos, com a finalidade de melhorar suas vidas e se tornar útil, tendo o progresso como certo (INCONTRI; BIGHETO, 2010).

A partir do Iluminismo, o conhecimento das coisas depende do sujeito que a conhece e a Filosofia se centra no sujeito, e não no objeto. De acordo com Dalbosco (2011) Immanuel Kant, um dos mais importantes iluministas, havia feito uma crítica aguda da razão, compreendendo-a em uma dimensão tridimensional: teórica, prática e estética. Já no domínio teórico postulou um duplo uso da razão, um que por via da conexão entre entendimento e sensibilidade, limitou o emprego teórico ao mundo da experiência possível. Postulou, de outra parte, o emprego que se estende para além do mundo fenomênico, atribuindo às ideias da razão pura um papel constituinte de todas as coisas que independem do vínculo entre intuição e conceito (sensibilidade e entendimento). Ao proceder assim, Kant deixa um espaço vazio no interior da Crítica da Razão Pura, para pensar tudo o que está além do mundo de uma experiência possível. Denomina este espaço de coisa em si ou *noumenon* (DALBOSCO, 2011). Assim, a crítica kantiana à razão deflagrou, entre outros movimentos, o cientificismo, no qual somente os fenômenos empíricos devem ser considerados e a realidade se reduz ao mundo material. Neste movimento, o materialismo, já presente em autores do século XVIII, foi fortemente adotado por pensadores do século XIX, com o esvaziamento total de qualquer realidade metafísica (INCONTRI; BIGHETO, 2010).

A filosofia iluminista deixou como herança, para o século XIX, uma confiança absoluta na renovação e na transformação do mundo. No pensamento filosófico deste século, o interesse voltou-se para as questões econômicas e sociais, deixando-se, progressivamente, as bases teológicas e passando-se ao modelo científico de compreensão da realidade. Os argumentos para a explicação do mundo, do ser humano e das coisas começaram a ser sustentados por um método científico objetivo de conhecimento, ancorado na experimentação.

Consolida-se, portanto, no século XIX o cientificismo enquanto tendência predominante, com vistas a elevar a Ciência ao patamar de instância máxima e única do conhecimento e como promotora da evolução social. Predominava um clima de euforia em relação às possibilidades da Ciência, de caráter não apenas teórico, para a compreensão do mundo, mas também prático, para modificá-lo. Assim, a razão e a Ciência eram vistas de forma oposta à religião, como forças que venceriam a tendência conservadora da sociedade conduzindo ao progresso, à liberdade, à justiça e ao futuro. Como decorrência, surge o positivismo, doutrina filosófica criada por Auguste Comte, que confere à Ciência o status de única fonte confiável de conhecimento, exaltando os valores humanos em detrimento dos valores vindos da religião e aplicando a pesquisa científica em todos os domínios, sobretudo no campo social (INCONTRI; BIGHETO, 2010).

Inúmeras vezes, todavia, já no final do século XIX começaram a se levantar contra este predomínio da Ciência na compreensão e transformação do mundo, do conhecimento e do ser humano, entre elas, Friedrich Nietzsche. Essas vozes se intensificaram no século seguinte, caracterizado por um pensamento notadamente mais cético do que o século anterior, tendo em vista o contexto social, econômico e político predominante no século XX. Abalado por duas grandes guerras, pela invenção e uso da bomba atômica, pela longa guerra fria – com ameaça nuclear –, pelo terrorismo e pelas centenas de guerras locais, esse cenário foi impactante na consciência mundial, acabando com a euforia anterior de que tudo estava caminhando para o melhor. A promessa de uma civilização racionalizada e científica, em que todos os problemas humanos se resolveriam, os sonhos de uma sociedade ideal e mais justa imaginada no século XIX parecia ter se tornado um pesadelo no século seguinte.

Nesse contexto, a filosofia do século XX se caracteriza pela desconfiança nos grandes sistemas de pensamento que pretendem dar conta de toda a realidade, como eram o idealismo alemão e o materialismo histórico. A Filosofia se tornou mais modesta em suas intenções de busca da verdade, pois a própria verdade perdeu a consistência para muitos, tornando-se também multifacetada, com tendências particulares. Entre estas, a tendência ao subjetivo, quer

dizer, voltar-se para si, para o particular. Essa atitude é justamente o contraponto aos grandes sistemas filosóficos do passado, que queriam fazer uma filosofia da totalidade, em que o ser humano, como subjetividade, perdia consistência. Também é contraponto à filosofia analítica, constituindo-se na denominada filosofia continental¹².

A filosofia analítica originou-se na transição entre os séculos XIX e XX. É definida como um conjunto de tendências do pensamento filosófico contemporâneo, sobretudo inglês e anglo-saxão, no qual o exame da linguagem constitui-se em um meio para a obtenção da verdade. Nessa perspectiva, a linguagem

[...] sugere a possibilidade de uma réplica exata do mundo através dos meios linguísticos que temos à nossa disposição para falar sobre aquele mundo. Essa suposição da réplica exata é paralela aos métodos científicos de suposição da certeza em seus métodos de procedimentos. (LAWN, 2010, p. 19).

Assim, para a filosofia analítica, a linguagem como meio de apropriação e conhecimento do mundo e da verdade é entendida em seus aspectos de lógica formal e de análise dos conceitos, enquanto procedimentos oriundos do positivismo e do método científico. Entre as consequências desta forma de compreender a linguagem, está que “as técnicas literárias, metafóricas e retóricas, bem como seus dispositivos, são vistos como nada mais que obstáculos e distorções que somente uma linguagem logicamente perfeita pode expor e erradicar” (LAWN, 2010, p. 19).

Aproximadamente no mesmo período em que a filosofia analítica estava emergindo, Edmund Husserl estava desenvolvendo a sua abordagem fenomenológica da filosofia, como expressão da tendência ao subjetivo, quer dizer, o voltar-se para si, para o particular, enquanto uma das tendências que caracterizou o final do século XIX e início do século XX. Dessa tendência ao subjetivo surgiram, além da fenomenologia de Edmund Husserl, a ontologia fundamental de Martin Heidegger, a psicanálise de Sigmund Freud ou Jacques Lacan, o

¹² Analisar o debate sobre a divisão entre filosofia continental e analítica não constitui objetivo desta tese. O recurso a esta divisão foi feito na tentativa de ajudar a esclarecer o pano de fundo do surgimento da hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer. Um panorama geral sobre essa divisão pode ser lido no texto “Bridging the Analytic-Continental Divide” (traduzindo livremente, “Construindo pontes para a divisão analítico-continental”) publicada em fevereiro de 2012, no jornal *The New York Times*, de autoria de Gary Gutting. Professor de Filosofia na Universidade de Notre Dame, Gary Gutting é editor da revista *Notre Dame Philosophical Reviews*. Ele é autor de, mais recentemente, “Thinking the Impossible: French Philosophy since 1960” (traduzindo livremente, “Pensando o impossível: Filosofia Francesa desde 1960”), e escreve regularmente para o *The Stone*, fórum para filósofos contemporâneos e outros pensadores sobre questões atuais e atemporais. O texto “Bridging the Analytic-Continental Divide” está disponível em: <<http://opinionator.blogs.nytimes.com/2012/02/19/bridging-the-analytic-continental-divide/#more-120735>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

existencialismo de Jean-Paul Sartre, a hermenêutica de Hans-Georg Gadamer ou Paul Ricoeur, entre outros. Filosofia continental foi a denominação criada pelos filósofos analíticos anglófonos, principalmente estadunidenses e britânicos, para esse conjunto de tradições filosóficas procedentes da Europa Continental, sobretudo da Alemanha e da França.

Em linhas gerais, a filosofia continental

tem sido sempre cautelosa com as abordagens empíricas aos conhecimentos [...]. Com maior frequência, no pensamento continental, a linguagem é fundamentalmente expressiva, expressando e constituindo o mundo social e humano bem antes de ser capaz de descrever e representá-lo – e até mesmo esta descrição e representação não são neutras, mas sim coloridas pela maneira culturalmente condicionada da expressão. Por esta razão é que a principal corrente da filosofia europeia tem sempre sido mais receptiva às acomodações artísticas e às expressões literárias da realidade e da verdade. O sonho de uma linguagem logicamente perfeita tem sempre sido de atração limitada àqueles com uma imagem mais expansiva e de busca interior da linguagem e suas possibilidades criativas e imaginativas. A arte, a poesia, a literatura e a metáfora não são meros ornamentos da linguagem [...], mas sim a força vital da própria linguagem [...]. (LAWN, 2010, p. 19).

Como mencionado anteriormente, são consideradas expressões desta filosofia continental - caracterizada em linhas gerais na citação acima - diversas manifestações, como a fenomenologia de Husserl, o existencialismo e a hermenêutica. Não pretendo reconstruir aqui, de forma aprofundada, cada uma destas manifestações. Nos parágrafos seguintes, meu esforço será na direção de reconstruir as linhas gerais da Hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, retendo dela somente o que está diretamente relacionado ao meu problema de investigação. Desse modo, esclarecimentos relativos às demais manifestações, quando necessários, serão realizados como forma de auxílio à compreensão desta perspectiva.

Hans-Georg Gadamer (1900-2002), filósofo alemão, é a figura decisiva no desenvolvimento da hermenêutica do século XX. Para compreender como a hermenêutica se desenvolveu historicamente até a perspectiva gadameriana, recorro ao trabalho de Hans-Georg Flickinger (2014). De acordo este autor, a ideia de hermenêutica - termo oriundo da mitologia grega relativo a Hermes, mensageiro cuja tarefa era trazer aos seres humanos mensagens dos deuses - se impôs ao longo de quatro etapas históricas, estudadas por Gadamer e importantes para entender o seu pensamento.

A primeira etapa se refere ao interesse encontrado já na filosofia grega clássica sobre questões relacionadas à hermenêutica. O retorno à tradição grega por Gadamer significa a volta à filosofia pré-socrática, aos diálogos platônicos e à Sócrates, que se constituiu em seu núcleo de trabalho, encontrando neste filósofo o símbolo da prática hermenêutica. Em

Sócrates, tanto em sua história familiar como em sua postura diante da vida, é possível encontrar um caráter maiêutico, quer dizer, de apoiar a realização de processos que são considerados endógenos e naturais. A maiêutica, assim, ativa um potencial ainda oculto no interior dos sujeitos. Sócrates, através da maiêutica, ajudava seus interlocutores a encontrar e ativar um saber que estava esquecido neles, auxiliando-os na busca de um saber verídico.

Segundo Flickinger (2014, p. 17) “inspirado em Sócrates, Gadamer também buscava levar o interlocutor a ‘re-conhecer’ – no sentido originário desta palavra composta – os enganos e erros que deformam seu saber prévio. Essa, segundo ele, era uma das finalidades mais nobres do diálogo”. Sócrates se voltava contra a argumentação persuasiva dos sofistas, que instrumentalizavam as regras lógico-formais da argumentação com interesses contrários a fazer com que os interlocutores encontrassem um saber verídico, desvelando o que neles estava escondido. Gadamer, inspirado em Sócrates, se voltou contra a perspectiva analítica da filosofia, afirmando o diálogo como condição para desvelar os preconceitos inerentes ao ser humano, que passam, nessa condição, a serem avaliados e também, se necessário, corrigidos.

A segunda etapa histórica da hermenêutica se refere aos impulsos por ela recebidos da teologia ou, mais precisamente, de seus problemas na exegese (interpretação) da Sagrada Escritura (Bíblia), que culminou em conflito no século XVI. Esse conflito estava relacionado à decisão sobre o modo como deveria ser feita a tradução da palavra divina para a humanidade. De um lado, a Igreja católica desejava impor diretrizes para esta interpretação. De outro, Lutero era contrário a esta imposição, afirmando que as Escrituras sagradas deveriam ser interpretadas a partir delas mesmas, incentivando todos à leitura direta da Bíblia. Desta etapa, Flickinger (2014, p. 19) destaca que da teologia surgiu a “[...] preocupação com a interpretação de textos escritos, mais precisamente, de escritos considerados clássicos ou sacrossantos. Questionavam-se aí, em primeira linha, aspectos metodológicos de interpretação, a fim de garantir a veracidade do conteúdo final, elaborado nesse processo”.

Essa preocupação com os aspectos metodológicos da interpretação se tornou o mote para a terceira etapa do desenvolvimento da hermenêutica nos séculos XVIII e XIX. No século XVIII, pela primeira vez a hermenêutica foi utilizada como conceito técnico nos debates sobre o melhor procedimento para legitimar a interpretação dos textos e o conhecimento científico moderno. A hermenêutica então foi entendida como um tipo específico de procedimento científico, pensado pelas ciências humanas como contraponto à invasão que sofriam do método científico objetivador das ciências naturais. Por mais plausível que parecesse às ciências humanas adotar o método das ciências naturais - que implica a

separação entre sujeito investigador e objeto investigado - este método não é adequado para as primeiras, pois nelas “a pessoa do cientista encontra-se necessariamente envolvida na área de sua investigação” (FLICKINGER, 2014, p. 20). Como exemplos dessa condição do cientista nas ciências humanas, está a história e a linguagem. O historiador faz parte da história que investiga e está, desde sempre, nela inscrito. Assim também com a linguagem, sem a qual é impossível pensar e dialogar: “[...] qualquer comunicação seria impossível se não vivêssemos dentro da linguagem enquanto referencial pressuposto comum” (FLICKINGER, 2014, p. 20).

Recuperada a consciência da diferença entre ciências humanas e ciências naturais, a partir do século XIX, no interior daquelas passou-se a defender a hermenêutica como seu autêntico método científico. Entre os defensores desta nova forma de compreender a hermenêutica estão os filósofos alemães Friedrich Schleiermacher, Wilhelm Dilthey e Friedrich Nietzsche. Se de um lado esta defesa da hermenêutica como método legitimador da veracidade nas ciências humanas foi fortemente exaltada, de outro se fortaleceu a compreensão da hermenêutica como método e esta compreensão foi também alvo de críticas.

Dessas críticas nasce o movimento de virada no entendimento da hermenêutica que ocorreu no século XX e que caracteriza a quarta fase do seu desenvolvimento histórico. A ruptura com a instrumentalização metodológica da hermenêutica originou-se através da fenomenologia de Edmund Husserl e da filosofia de Martin Heidegger. É a filosofia deste último, sobre as condições existenciais humanas, que no dizer de Flickinger (2014, p. 22) “abalou os debates filosóficos da época”.

A moderna configuração da hermenêutica resultou, sobretudo, do existencialismo de Heidegger. Na sua filosofia hermenêutica, ele retorna à antiga questão da existência do homem no mundo e a vincula à compreensão do humano em sua temporalidade, história e linguagem, voltando-se contra a filosofia do Iluminismo – na ideia de auto-fundamentação da razão humana – e a metafísica. Heidegger, assim, lança as bases para a superação do objetivismo extremo no conhecimento guiado pelo método científico.

Hans-Georg Gadamer foi discípulo e admirador crítico de Heidegger. Compactou com este no que se refere às razões que levaram Heidegger a desenvolver a filosofia hermenêutica, a saber, a liberação da hermenêutica da compreensão de puro método, desenvolvida no século XIX. Isso porque “reduzida à função de método, a hermenêutica perde de vista exatamente aquele motivo que levou a buscar uma alternativa à tradição pós-cartesiana: a inserção ontológica do ser humano no contexto temático a ser investigado”

(FLICKINGER, 2010, p. 37). Contudo, Gadamer discordou em alguns aspectos de Heidegger¹³, levando o primeiro a desenvolver a “hermenêutica filosófica”.

Para descrever conceitualmente a “hermenêutica filosófica” de Hans-Georg Gadamer reconstruo os passos de Hans-Georg Flickinger em sua obra *A caminho de uma pedagogia hermenêutica* (2010). Nesta obra, o autor retoma Gadamer, o qual enfatiza a hermenêutica como experiência universal da abordagem humana do mundo, também válida como base das próprias Ciências Naturais. Flickinger, ao retomar Gadamer, destaca alguns elementos característicos da posição gadameriana como contraposição à tradição objetificadora do pós-cartesianismo.

O primeiro elemento está relacionado a uma despontencialização do sujeito dominador. Se na perspectiva objetivista o sujeito é conhecedor e dono do processo construtivo do conhecimento, na perspectiva hermenêutica, o ser humano se descobre a si mesmo como sendo sujeito à história e, sobretudo, à linguagem. Desse modo, história e linguagem não podem ser manipuladas, uma vez que desde sempre estão subjacentes à existência. Assim, cada ser humano deve tomar consciência de si, fazendo parte da história e da linguagem que possibilitam a entrada no mundo. Conscientes de que a palavra abre um múltiplo de sentidos, um potencial de interpretação que força o ser humano a ampliar, permanentemente, seus significados. Desse modo, em vez de serem dominadas, as palavras abrem inúmeras possibilidades sobre o que querem dizer. As palavras não podem ser possuídas pelo ser humano. Antes, elas o possuem.

O segundo elemento diz respeito à função produtiva do distanciamento, próprio à experiência hermenêutica. O distanciamento somente se torna possível na medida em que o outro é tomado a sério, reconhecido como o outro, como o alheio, na sua diferença intransponível. Cria-se, a partir desse distanciamento, um desafio e um paradoxo:

O desafio consiste em aguentar nossa impotência de dominá-lo. O outro na sua autenticidade própria é, ao mesmo tempo, o estigma da nossa incapacidade e a condição de nosso autoentendimento, de nossa autocompreensão. Parece tratar-se de uma situação paradoxal, pois o outro de nós se torna o motivo para a existência de nós mesmos. (FLICKINGER, 2010, p. 39).

¹³ Analisar as diferenças e semelhanças entre a hermenêutica de Heidegger e de Gadamer não constitui objetivo desta tese. Todavia, caso haja interesse do leitor sobre este debate, ver o artigo de ROHDEN, L. *Hermenêutica filosófica: entre Heidegger e Gadamer!* *Natureza humana*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 14-36, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302012000200002>. Acesso em: 02 set. 2016.

Flickinger (2010, p.40) afirma que o terceiro elemento relacionado à hermenêutica filosófica refere-se ao que Platão denominou de maiêutica. O modelo da parteira ilustra o que Platão concebeu como maiêutica. A parteira não era aquela pessoa equipada com instrumentos medicinais para dominar o parto, tal como isso ocorre normalmente na clínica ginecológica moderna, em que se percebe a objetificação do parto, subsumido que foi à racionalidade da medicina moderna. Ao contrário, a parteira é a mulher esperta, que já passou pela mesma experiência. Seu saber é do mundo da vida e não cientificamente legitimado, construído pelo próprio homem, sendo a parteira, por isso mesmo, capaz de ajudar um processo natural. Sua tarefa consiste, então, no apoio de algo que se desdobra por si só, exigindo a intervenção apenas em caso de complicação. A maiêutica, oriunda do modelo da parteira de Platão, consiste em experiência dialógica, no interior da qual nasce sentido próprio, não predeterminado por um dos parceiros dessa experiência. Poder-se-ia falar também da revelação de um sentido, resultado do entrosamento das pessoas em diálogo vivo. Neste, cada um está sendo levado não apenas a ajudar o outro a encontrar seu saber antes encoberto, mas também a se esclarecer sobre sua própria posição, a descobrir a precariedade de seu próprio saber.

Um quarto elemento da hermenêutica filosófica gadameriana diz respeito à linguagem e ao diálogo vivos. Gadamer é contrário ao foco da preocupação hermenêutica defendida por Schleiermacher e Dilthey como restrito à interpretação de textos. A esta, Gadamer acrescenta a experiência específica que se faz por intermédio do diálogo vivo, isto é, do *vaivém* experimentado na relação presente com um interlocutor. O diálogo vivo cria um espaço marcado pelo entrosamento discursivo dos interlocutores, fazendo emergir um sentido à base do conjunto das contribuições de cada participante, que não pode ser previamente determinado. Trata-se, portanto, de um processo aberto. Estruturalmente análogo ao jogo, no qual os jogadores precisam se entregar para torná-lo possível, também no diálogo vivo os participantes precisam se entregar à linguagem, pois é ela que abre o horizonte inesgotável de sentido sendo, constituindo e possibilitando a experiência hermenêutica. A figura do jogo é utilizada por Gadamer como modelo estrutural, no intuito de desvelar o movimento subjacente ao processo do compreender. As características do jogo, assim, desenharam a base ontológica da experiência hermenêutica (FLICKINGER, 2010, p. 43).

Flickinger (2010) afirma ainda que o diálogo vivo enquanto experiência hermenêutica traz consigo a revalorização do ouvido como órgão que vem sendo negligenciado no decorrer da implementação da racionalidade instrumental, a qual elevou o olhar à posição de

fundamento e meio do acesso humano ao conhecimento do mundo. O diálogo vivo, assim, reabilita o ouvido como fonte autêntica do conhecimento humano. O escutar, o prestar atenção, abre ao ser humano não apenas o acesso a um determinado conteúdo, que desafia aquele a reconsiderar suas próprias convicções e supostas certezas. Antes, abre o acesso ao outro, à outra pessoa, ao seu modo de refletir e agir, possibilitando um questionamento permanente que almeja ser levado a sério de forma teórica e prática. Desse modo, a hermenêutica renuncia à concepção de validade incondicional da razão, de sua onipotência e de seu poder exclusivo na construção do conhecimento humano. Contrapõe a esta uma postura mais humilde, de reconhecimento do outro e de responsabilidade perante ele. Reconhecimento e responsabilidade em relação ao outro constituem o fundamento ético da hermenêutica, o quinto elemento da hermenêutica filosófica, apontado por Flickinger (2010).

Este autor destaca que o fundamento ético da hermenêutica vincula-se ao reconhecimento do outro, do alheio, na medida em que ela opõe-se com veemência à concepção iluminista e pós-cartesiana que considera o mundo como resultado de um ato objetificador do pensar ou como mero objeto de manipulação por parte do sujeito cognoscitivo. A hermenêutica, assim, resgata a importância de experiências que escapam da calculabilidade e da suposta supremacia do conhecimento conceitual, pois nestas experiências está o ser humano bem antes de qualquer atividade reflexionante, inserido em seu mundo e dele fazendo parte. Essa condição de inserção ontológica do ser humano no mundo torna-o incapaz de transformar o mundo ou a si mesmo em objeto de manipulação sem, com isso, perder algo essencial. Se as experiências humanas fossem reduzidas à mera objetificação do mundo, ocultar-se-ia o rico potencial de sentido que resulta do encontro do humano com o mundo em condições que aquele não domina.

A recusa da imposição irrefletida da tradição iluminista às ciências como mote para a hermenêutica – assim como para outras correntes críticas de pensamento - alimenta-se das contradições intrínsecas à moderna racionalidade instrumental que culminaram na autoinstrumentalização do próprio ser humano. Todas essas correntes encontram sua base comum na suspeita de o Iluminismo ter abusado do impulso dominante da racionalidade instrumental, não contestando, porém, a importância do potencial reflexionante da razão. Antes, essas correntes advertem que a implementação unilateral da razão construtiva corre o risco de fazer esquecer a base pré-racional (aquelas experiências que escapam da calculabilidade e que inserem ontologicamente o ser humano no mundo) que sustentam a

razão desde a origem e que colocam em questionamento a pretensão autofundadora do pensamento científico (FLICKINGER, 2010).

Enquanto doutrina da compreensão, a hermenêutica não sustenta mais o gesto tirânico e opressor do sujeito cognoscitivo e o entrega a um acontecer ontológico intransponível. Assim, a hermenêutica vê-se remetida à sua base ontológica, quer dizer, às fontes gregas da pergunta pelo saber. Investigando as condições do compreender, a hermenêutica redescobre a experiência ontológica no próprio impulso originário do perguntar filosófico. Insatisfeitos com a mera concepção da hermenêutica enquanto método próprio às ciências humanas (concepção epistemológica da hermenêutica) do século XIX, os representantes da hermenêutica contemporânea – Heidegger, Ricoeur e Gadamer – ampliaram seu leque argumentativo na direção de recuperar, junto à tradição grega do pensamento ontológico, as aí implícitas fontes éticas que legitimam a responsabilidade quanto ao saber humano.

Flickinger (2010, p. 109) adverte que a hermenêutica moderna nasceu e se alimentou da superestima sofrida pela racionalidade moderna. Tendo como norte a busca de uma saída para esta superestima, a hermenêutica sufocou o que, na percepção de Flickinger, é seu impulso mais promissor, do qual ela nasceu e cujo potencial tende a ser subestimado: o impulso ético que legitima o desejo de compreender o outro e, com isso, também a si mesmo. Ao abandonar essa sua raiz ética, o debate epistemológico sobre a hermenêutica permitiu a esta raiz cair no esquecimento, de onde se depreende a urgência de reativação da pergunta pela legitimação ética, intrínseca ao saber humano reconduzindo, desse modo, a hermenêutica ao seu impulso originário.

De que se trata este impulso originário ético da hermenêutica contemporânea? Em suas origens, a tradição hermenêutica encontrou seu campo preferencial no trabalho de interpretação de textos teológicos, literários e jurídicos. Neste trabalho, está presente a possibilidade de encontrar caminhos metodológicos capazes de levar o leitor a outro de seus possíveis sentidos. Todavia, falta nesta atividade interpretativa com o texto aquela experiência mais radical que somente é encontrada no desdobramento do diálogo vivo como encontro com o outro, em um vir ao encontro como acontecer que inclui os interlocutores. Desse modo é somente no diálogo vivo que se pode viver na linguagem, pois

somente [no diálogo vivo] ocorre que temos de suportar aquelas situações extremas de falta de palavras, do gaguejar ou mesmo da perda de domínio de nós mesmos. Todos nós conhecemos, por exemplo, a luta por palavras no momento de expressar nossa experiência diante do desafio que nos lança uma obra de arte contemporânea. O mesmo ocorre quando da dificuldade de dar sentido atual a um conceito jurídico, encontrado na lei, ou do constrangimento criado por uma reação do outro, não enquadrável no horizonte de nossas expectativas. Em todos esses casos, trata-se da experiência de uma distância a ser vencida e cuja ultrapassagem parece impossível. (FLICKINGER, 2010, p.116).

Gadamer ultrapassa, desse modo, a interpretação dos textos, retornando ao diálogo vivo como lugar da linguagem porque percebeu estar neste a dinâmica oculta de uma experiência ontológica subjacente a todo impulso do querer compreender. A linguagem é, assim, o horizonte intransponível à reflexão, pois vivida, não termina como mero objeto, indicando por meio de si mesma ao que nela se esconde e que solicita a reflexão. Daí que a hermenêutica seja definida por Gadamer como compreensão do quanto fica de não dito quando se diz algo, oferecendo aos interlocutores a impressão de que a linguagem sempre se esquiva deles à medida que tentam dela se apropriar, levando-os a lançar mão de conceitos precisos e determinantes para poder domá-la.

Essa tentativa de domar a linguagem, promovida pela racionalidade moderna levou ao esquecimento deste impulso originário, ou seja, do ser que se recusa a aparecer no que aparece, de imediato, na linguagem. Cabe ressaltar aqui que não se trata de afirmar que a razão deve ser negligenciada, pois se sabe e se reconhece a importância que ela teve na ampliação do conhecimento científico. Por outro lado, não se pode deixar de reconhecer que a razão perdeu de vista o solo do qual nasceu, perdendo assim o vínculo com o impulso vivo que lhe deu origem. Este impulso vivo é o diálogo no qual se encarna e se faz respeitar a diferença, o outro (FLICKINGER, 2010).

O esforço de Gadamer é, portanto, de recuperar a experiência ontológica que precede os desdobramentos da reflexão, sendo que aquela não pode ser articulada em termos de uma razão dominante. Nesse exercício de retorno, Gadamer é levado à origem da pergunta pelo saber na filosofia grega e nos diálogos de Platão. Nesta origem, destaca-se o modo de saber aí encontrado que nasce da prática do diálogo em contraponto à delimitação do objeto com base em um ato de objetificação da experiência. De que se trata esse diálogo em Platão? A temática central dos diálogos platônicos diz respeito a um saber prático, expressado no conceito grego da *prhónesis*, que se constituiu na base sobre a qual Gadamer estruturou sua hermenêutica filosófica.

A filosofia grega, sobretudo os diálogos platônicos representam a parte mais autêntica do trabalho de Gadamer, condição reconhecida pelo próprio autor. As razões que o levam a esse reconhecimento são de duas ordens. A primeira razão implica na afirmação de Gadamer de que a dialética platônica descortinou para o filósofo alemão um sentido de hermenêutica não concebida, exclusivamente, do ponto de vista epistemológico. A segunda razão revela que ao fazer este retorno, Gadamer reconquista para a filosofia o horizonte de questionamento socrático, que atribui maior importância ao diálogo e à linguagem viva, conduzindo a todos novamente ao solo no qual as raízes éticas do saber humano se entranham (FLICKINGER, 2010). A recuperação da ética como verdadeiro fundamento subjacente ao saber científico moderno nutre o pensamento de Gadamer e perpassa todas as suas obras, estando, portanto, muito distante de ser uma perspectiva externa e implantada. Nessa recuperação, Gadamer distingue dois tipos de saber que marcaram o pensamento de Platão e de Aristóteles e que, em sua perspectiva, deveriam ser tomados como origem do questionamento hermenêutico: a *techné* e a *phrónesis* (FLICKINGER, 2010).

A *techné* é conhecimento que diz respeito ao procedimento adequado para chegar a um determinado produto tratando-se, portanto, de um conhecimento que se adquire antes do ato produtivo. É saber que pode ser ensinado e do qual é possível se apropriar sem necessidade de qualquer referência à sua origem. Nesse sentido, o saber técnico é um saber instrumental, uma vez que no processo de sua aplicação não se reflete sobre a postura dos indivíduos nele envolvidos, quer dizer, não há espaço para a pergunta sobre a virtude ética (denominada de *areté* pelos gregos), porque “o saber da *areté* não nasce de um conhecimento instrumental-técnico. A *areté* nem chega, na verdade, a ser um possível objeto de saber, já que ela é um ato de autocertificação da pessoa quanto ao seu próprio comportamento e à adequação deste ao bem comum” (FLICKINGER, 2010, p. 119-120). Desse modo, seria difícil pensar na *areté* sendo tematizada pelo saber técnico, pela racionalidade instrumental.

Em contrapartida à *techné*, a *phrónesis* é o saber prático, que não se apresenta como saber de um objeto, mas antes como a tarefa de buscar a racionalidade prática, de entregar-se a uma experiência processual viva, quer dizer, a uma experiência que força o sujeito a refletir a cada novo passo sobre a adequação de sua postura perante a coisa. O saber prático aceita expor-se ao risco permanente de revisão, abrindo-se ao desdobramento da experiência real – como contraponto a buscar fundamentar a universalidade do conhecimento objetivo – tratando-se, por isso mesmo, de um saber nunca definitivo, sempre provisório porque “o agente se pergunta nele o que o move a agir, a legitimidade de seus fins, além de se questionar

pela postura que toma na relação ao outro. Nesse sentido, a *phrónesis* diz respeito, antes de tudo, ao autoentendimento da pessoa no ato de responsabilizar-se pelo seu agir” (FLICKINGER, 2010, p. 120). Assim, o núcleo do saber prático está na tematização contínua da postura pessoal, exigindo do sujeito a prestação de contas na escolha de suas decisões. A *phrónesis* rejeita, portanto, o poder dominador do conhecimento conceitual.

Gadamer, recuperando essa noção da filosofia platônica para dela originar sua hermenêutica filosófica, faz emergir a experiência viva de um saber ontológico que precede o conceito, alertando para os riscos de um saber que se considere imune ao condicionamento ético do ser humano. A experiência vivida neste condicionamento, que pressupõe o diálogo e nele o reconhecimento do outro como parceiro indispensável na busca tem, como núcleo desse reconhecimento, o direito que o outro tem de perguntar e de esperar uma resposta. O eixo do discurso ético é, assim, a responsabilidade. Ser eticamente responsável significa levar o outro a sério, o que implica a disposição de dar respostas às perguntas por ele lançadas. E ele, ao exigir resposta, dá o direito ao parceiro de interlocução a chance de tornar o seu comportamento claro e legítimo para si mesmo. Assim, é o reconhecimento do outro, evidenciado na experiência prática do diálogo, que sustenta o trabalho de reflexão. Somente nesta desafiadora exposição ao outro que os interlocutores são impelidos a se conscientizarem da origem ética da pergunta pela verdade. É esta experiência primordial, que contempla algo de misterioso e inacessível a qualquer determinabilidade precedente que permite aos envolvidos alcançarem o estágio da realidade própria à reflexão (FLICKINGER, 2010).

A hermenêutica filosófica de Hans-Georg Gadamer, assim, defende a tese da primazia da linguagem frente à reflexão. Linguagem aqui entendida como base da experiência existencial humana, como local em que o pensamento se executa, em que se sedimentam as tradições culturais e suas transformações e o diálogo vivo como campo de construção de experiências sociais, uma vez que a vida social se dá sobretudo mediante a linguagem. De acordo com Flickinger (2014), Gadamer concentrou seus esforços na relação entre pensamento e linguagem viva, valorizando as experiências com o diálogo realmente entabulado em uma série de ensaios publicados nos anos de 1970, 1980 e 1990. O que caracteriza este Gadamer “mais recente”, nas palavras de Lawn (2010) é um desejo de regionalizar uma hermenêutica que até então era generalizada. Seu trabalho após *Verdade e Método* – sua obra fundamental, publicada em 1960 - centra-se nas áreas distintas da prática interpretativa, e alguns críticos caracterizam seu trabalho mais recente como hermenêuticas aplicadas. Há evidências de aplicação da hermenêutica em diversas áreas, inclusive na prática

médica, a qual é foco do meu interesse nesta tese. Compreender como Gadamer pensou a saúde partir de sua hermenêutica filosófica será o esforço empreendido no próximo item deste segundo capítulo da tese, a partir da leitura e reconstrução de seu conjunto de ensaios intitulado *O caráter oculto da saúde*.

2.2 Diálogo, Ética e Saúde na obra *O caráter oculto da saúde*, de Hans-Georg Gadamer

Da exposição feita até o momento sobre a hermenêutica filosófica de Gadamer enquanto postura filosófica interessa retomar, inicialmente, suas conquistas: a passagem da epistemologia para a ética e a passagem da técnica de interpretação de texto para o diálogo vivo. Compreender melhor essas passagens torna-se fundamental para os propósitos da pesquisa, uma vez que na análise dos documentos feita no primeiro capítulo foi destacada a ausência da dimensão humana viva, caracterizada pela presença do elemento ético esvaziado de sentido a fundamentar a formação dos profissionais da saúde.

Nesse sentido, interessa extrair elementos da hermenêutica – nessa passagem da epistemologia para a ética – que ajudem a pensar a ampliação do processo formativo dos profissionais da saúde. Tal processo é marcado, notadamente, pela perspectiva objetiva, epistemológica, técnica e atravessada pela economia global de mercado, a julgar pela estrutura dos documentos fundada na pedagogia das competências, perspectiva que aprofundarei no terceiro capítulo. Penso que a ampliação do processo formativo desses profissionais passa por uma melhor compreensão do significado que a ética, já presente nos documentos oficiais, pode assumir nesse processo formativo. E, nesse sentido, a passagem da hermenêutica da epistemologia para a ética, e da interpretação de textos para o diálogo vivo pode se constituir em alternativa de compreensão da ética, porque traz o elemento humano vivo em contraposição ao mero discurso sobre ética esvaziado de significado.

A concepção desenvolvida na modernidade de que o método científico era o caminho seguro para o conhecimento verdadeiro fez com que todas as outras formas de saber, sobretudo aquelas de períodos anteriores ao século XVII, fossem esquecidas ou encobertas. Também esquecido e encoberto foi o próprio sujeito que conhece e sua condição humana de ser anterior ao próprio método. Essa compreensão científica que dominou a hermenêutica a partir do século XIX sofreu impulsos de superação, os quais foram originados das críticas desferidas a) ao esquecimento dessa condição anterior do sujeito, b) à ruptura que o método

operou com o passado, com a tradição e c) à condição de supremacia e distanciamento do sujeito em relação ao objeto do conhecimento.

Com Heidegger e Gadamer, no século XX, a hermenêutica rompe com o caráter de puro método de interpretação e compreensão de textos. Segundo Stein (2011, p.75) Gadamer “quer dar uma resposta teórica e, mesmo sistemática, ao problema geral da interpretação e da compreensão”. Quer dizer, “Gadamer está nos anos 60 como um pensador em busca de uma grande síntese que abranja todos os projetos interpretativos da hermenêutica, para lhes dar uma espécie de fio condutor que permita apanhá-los como um todo por meio da historicidade da compreensão” (STEIN, 2011, p. 77). Mas que fio condutor é esse? Para responder a essa pergunta, continuo com Stein, o qual afirma que

Gadamer explicitou efetivamente uma forma universal de compreensão dos processos culturais. Essa forma acompanha toda a nossa atividade de explicitação no universo das ciências e da cultura. Essa historicização do sentido dos processos culturais e de nossa ligação com eles desenhou-nos um panorama no qual é reconhecido um acontecer da tradição e afirmada a impossibilidade de tornarmos transparentes todos os nossos pré-conceitos. Com isso o filósofo convida para um reconhecimento da finitude de nossa relação com a cultura, e, ao mesmo tempo, mostra que o diálogo fundado no modelo da pergunta e resposta é o que move o processo da compreensão. (STEIN, 2011, p. 78).

Como Gadamer compreendeu a saúde a partir da hermenêutica filosófica, a qual tem no diálogo fundado no modelo da pergunta e resposta o motor do processo de compreensão? Para compreender o “como”, faz-se necessário compreender as razões que levaram este filósofo a pensar sobre a saúde. O autor indica no prefácio da obra *O caráter oculto da saúde*, como possíveis razões deste interesse, o fato de que

em nenhum outro lugar os progressos da pesquisa moderna adentram tanto o campo de tensão sociopolítico de nosso tempo como nessa área. A constatação de que há limites de mensurabilidade nos foi ensinada pela física do nosso século. A meu ver, isso também é objeto de um elevado interesse hermenêutico, o que se torna ainda mais válido quando se trata não apenas da natureza mensurável, mas de seres humanos vivos. Assim, os limites da mensurabilidade e, de forma geral, da exequibilidade, penetram profundamente na área do cuidado com a saúde. Saúde não é algo que se possa fazer. Mas o que é saúde então? Ela é um objeto de estudo científico na mesma medida em que se torna objeto para uma pessoa atingida por sua perturbação? O objetivo maior permanece sendo tornar-se novamente sadio e, com isso, esquecer que se está sadio. (GADAMER, 2006, p.7).

Ao indicar esta como uma das razões pelo seu interesse na saúde, o filósofo chama o leitor a refletir, por um lado, sobre o domínio da ciência na saúde, na medida em que afirma as implicações de tomar a saúde – e o ser humano - como objeto mensurável. De outro,

oferece elementos, a partir da hermenêutica filosófica, que podem se constituir em alternativa a essa compreensão tão reduzida de saúde como objeto a ser medido.

No que se refere ao domínio da ciência moderna na saúde e as implicações de tomar a doença e também ao ser humano como objeto mensurável, Gadamer afirma que “através da ciência moderna e seu ideal de objetivabilidade, é exigido de todos nós um poderoso distanciamento, sejamos médicos ou pacientes ou até mesmo apenas cidadãos atentos e preocupados” (GADAMER, 2006, p. 77). No que consiste este ideal de objetivabilidade e por que ele exige um distanciamento? De acordo com o filósofo, na ciência moderna objetivar significa medir. Trata-se, portanto, de medir fenômenos e funções vitais através de experiências e com a ajuda de métodos quantitativos e, com isso, padronizar a medicina, fixando valores e padrões. Gadamer afirma que “somos ousados, a partir dessa concepção de medida, em não olhar a doença tanto a partir dos olhos ou ouvi-la tanto através da voz quanto lê-la a partir de valores de medida fornecidos pelos nossos aparelhos de medição” (GADAMER, 2006, p. 105).

A medicina, assim, ao se tornar científica, direcionou-se, a partir da objetividade e da medida, para a doença, tornando-se a ciência da doença. Mas por que a medicina se tornou científica e voltou-se para a doença? Porque foi fortemente dominada pelo “grande clima estimulador de inovações sob a qual se encontrava a moderna ciência no limiar da era moderna desde o século XVII” (GADAMER, 2006, p. 111). Nesse clima, predominou o conceito de objeto, entendido como “aquilo que executa uma resistência, o que resiste à imposição natural e à inserção nos acontecimentos da vida. Nós enalteçemos isso na ciência como performance de objetivação, com a qual ela chega ao conhecimento. Em primeiro plano, isso implica o medir e o pesar” (GADAMER, 2006, p. 111). O ponto nuclear aqui consiste em que o procedimento baseia-se na medida e, ao centrar-se no objeto, deixa escapar o especificamente humano. Se isto procede, parece termos aqui o núcleo constitutivo da ação profissional na área da saúde, o que a torna muito eficiente do ponto de vista técnico, mostrando, ao mesmo tempo, seus limites do ponto de vista humano.

A doença se ajustou bem a essa compreensão de objeto que predominava, pois ela é aquilo que se impõe como a perturbação, o perigoso, com o qual se tem de lidar. E lidar aqui significa subjugar os aparecimentos da doença, quer dizer, subjugar a natureza onde a doença se manifesta, dominar a doença. Nesse sentido, é a doença, e não a saúde, que é auto-objetivante. Na afirmação de Gadamer, a doença é o importuno, que possui

o caráter insurrecional de “falta”. De acordo com o seu aparecimento, elas [as doenças] são um objeto, algo que promove uma resistência, a qual se deve quebrar. Pode-se colocar isso sob uma lupa e julgar o seu grau de doença através de todos os modos que uma ciência objetivante, em virtude da ciência natural moderna, nos colocou à disposição. (GADAMER, 2006, p.103).

Em que medida essa compreensão de doença como objeto científico exige um distanciamento, como referido anteriormente por Gadamer? O filósofo alerta sobre a separação que a ciência operou entre corpo e totalidade do universo quando pergunta: “o que acontece, realmente, com a possibilidade de perceber o corpo tão-somente como corpo – e tratar o corpo como corpo? O que significa, de fato, essa pequena forma e brevidade de duração de nossa vida na dimensão e na totalidade do universo?” (GADAMER, 2006, p. 79).

Quer dizer, a ciência, ao tornar a doença objeto mensurável, perdeu de vista que a doença acontece em uma pessoa. A doença não é desse modo “o resultado comprovador que a ciência médica declara como doença, mas é uma experiência do doente, com a qual ele procura lidar, assim como com qualquer outra perturbação” (GADAMER, 2006, p.62). Ao tornar a doença objeto mensurável, a medicina científica faz esquecer a importância que a experiência da doença, enquanto perturbação inerente à vida, tem para o doente enquanto ser vivo. A experiência da doença permite ao doente a compreensão da doença, que vai muito além do simples “conhecimento de um fato verdadeiro, mas como todo conhecimento, algo de difícil aquisição que se impõe contra resistências vivas” (GADAMER, 2006, p. 59). A compreensão da doença pelo doente leva-o a perceber que lhe falta alguma coisa, a percepção de um faltar algo. Trata-se aqui de tornar consciente a importância da doença no que ela diz e quer dizer ao doente e não ao médico, devolvendo ao doente a sua humanidade, da qual foi separada, distanciada a partir da compreensão objetiva e científica da doença.

Gadamer afirma que no interior da ciência médica, a dissolução da pessoa se realiza através da “objetivação da multiplicidade de dados. Isso significa que na investigação clínica de hoje se é como que montado a partir de um fichário. Em caso de montagem correta, os valores obtidos são realmente os da pessoa. Mas a questão é se o valor da pessoa também está lá” (GADAMER, 2006, p. 88-89). Mas a que corresponde o ser da pessoa e qual sua relação com a totalidade do universo? “O ser da pessoa é, claramente, algo renegado em toda a parte, mas que sempre, em toda parte, volta a pertencer à recuperação do equilíbrio que o ser humano necessita para si mesmo, para a sua casa e para o seu sentir-se-em-casa” (GADAMER, 2006, p.89). Dito de outro modo, o ser da pessoa inclui sua inserção na vida familiar, social e profissional, sua inserção no todo. No que consiste este equilíbrio e este

todo? O conceito de equilíbrio, de acordo com Gadamer, tem um papel importante já em Hipócrates, filósofo grego considerado o pai de Medicina, pois este considerava a saúde como um estado de equilíbrio natural. O conceito de equilíbrio, todavia, também serve para o entendimento da natureza em geral,

pois a descoberta do pensamento natural grego consistiu no reconhecimento de que o todo é um ordenamento no qual todos os processos da natureza se repetem e decorrem em cursos determinados. Natureza é, portanto, como algo que mantém a si mesmo e se mantém por si mesmo nas suas trajetórias. (GADAMER, 2006, p. 44).

A natureza do todo, nessa concepção grega e na medicina hipocrática, não é apenas o todo unificado do organismo, mas inclui “clima e estação do ano, temperatura, água e alimentação, em suma, como todos os fatores climáticos e ambientais [que] contribuem para a concreta constituição do ser, de cuja recuperação se trata” (GADAMER, 2006, p. 50). Gadamer, ao retomar o pensamento grego e, com este, a medicina hipocrática, extrai destes, o entendimento de que a natureza do todo envolve o conjunto da situação vital do paciente e também do médico, quer dizer, a situação do corpo passa a integrar a situação do ser humano como um todo. A posição do corpo no todo do ser, desse modo, não é somente no sentido da saúde, mas num sentido mais abrangente, uma posição equilibrante. “Doença, perda de equilíbrio, não significa apenas um fato médico-biológico, mas também um processo histórico de vida e um processo social” (GADAMER, 2006, p. 50). Na medida em que adocece, o doente perde seu equilíbrio natural com o todo, ficando, portanto, suspenso, degradado de sua situação de vida, de seu todo vital até que este equilíbrio seja restabelecido, quer dizer, que o doente recupere a sua saúde. Por isso, Gadamer afirma que

a melhor maneira para entender o que seja saúde é imaginá-la como um estado de equilíbrio. O equilíbrio é como a ausência da gravidade, já que nele os pesos se compensam. A perturbação do equilíbrio somente pode ser afastada através de um contrapeso. Mas a cada tentativa de compensar uma perturbação com um contrapeso, já acontece a ameaça de uma nova perda inversa de equilíbrio. (GADAMER, 2006, p. 119).

A saúde, nessa perspectiva de equilíbrio sempre ameaçado de se romper, é o ritmo da vida, é um processo contínuo no qual este equilíbrio sempre volta a se estabilizar. E as razões pela qual este equilíbrio se rompe, mas volta a se restabelecer são um mistério da ordem do natural. Por isso, estamos numa posição permanente de defesa, segundo Gadamer. Quer dizer, “nós próprios somos a natureza e é a natureza em nós que mantém o auto-estruturado e pronto

para a defesa do sistema orgânico de nosso corpo e, ao mesmo tempo, preserva o equilíbrio interno” (GADAMER, 2006, p. 121). O filósofo ainda afirma que somente se pode estar contra a natureza, quando se é natureza e quando a natureza está conosco. De modo que nunca deveríamos esquecer que, ao se obter uma cura, o doente e o médico se juntam para conferir honras à natureza” (GADAMER, 2006, p. 121). Nesse sentido, a doença não existe sem saúde porque ambas pertencem à esfera do natural, condição que todo profissional da saúde deveria saber. Saúde então

não é algo que se apresenta como tal num exame, mas algo que existe justamente por se subtrair a um exame. Saúde não nos é, então, algo permanentemente consciente e ela não nos acompanha de forma preocupante como a doença. Não é algo que nos advirta ou convide ao contínuo autotratamento. Ela pertence ao milagre do auto-esquecimento. (GADAMER, 2006, p.103).

Assim, o verdadeiro mistério está no aspecto oculto da saúde, a qual não se declara por si mesma. Desse modo, está na vitalidade da natureza humana “o fato de a consciência se conter de si mesma de tal forma que a saúde passa a se ocultar. Apesar de toda a ocultação, ela se revela num tipo de bem-estar e, ainda mais, quando nos mostramos dispostos a empreendimentos, abertos ao conhecimento e podemos nos auto-esquecer” (GADAMER, 2006, p.118). A saúde, portanto, “não se constitui numa preocupação cada vez maior consigo mesmo, dada a situação oscilante do nosso bem-estar, ou muito menos em engolir pílulas repugnantes” (GADAMER, 2006, p.118). Para o filósofo, “a saúde não é, de maneira alguma, um sentir-se, mas é estar-aí, estar-no-mundo, estar-com-pessoas, sentir-se ativa e prazerosamente satisfeito com as próprias tarefas da vida” (GADAMER, 2006, p.118). A saúde, nesses termos,

é um milagre de uma forte, mas oculta harmonia. Quando estamos saudáveis, estamos, na realidade, entregues àquilo que respectivamente, está aí para nós, e todos sabemos o quão fácil qualquer mal-estar e, sobretudo, é claro, uma dor, pode perturbar esse sublime estado de despertez. (GADAMER, 2006, p.136).

Gadamer afirma ainda que é possível, aos moldes da doença, atribuir valores padrões para a saúde. Contudo, quando se quisesse impor esses valores a uma pessoa saudável, tudo o que se conseguiria era deixar essa pessoa doente. “Habita, pois, na essência da saúde manter-se dentro de suas próprias medidas. A saúde não permite que valores padrões, transferidos ao caso singular com base em experiências médias, se imponham, pois isto seria algo inadequado” (GADAMER, 2006, p. 113). Por que inadequado? Porque a aplicação de regras,

com base em valores de medida não é algo natural. Submeter as coisas à mensuração trata-se de um modo de se aproximar delas. Todavia, Gadamer afirma que há uma medida natural que as coisas carregam em si mesmas, considerando que “se não se pode medir verdadeiramente a saúde é por ela ser um estado da adequação interna e, da conformidade com si próprio, que não pode ser superado por um outro controle” (GADAMER, 2006, p. 114). De que se trata essa adequação interna, a conformidade interna, a qual não se pode medir?

O adequado não é algo que se deixa verificar. É claro que se pode medir a temperatura. Mas isso significa avaliar a temperatura medida de acordo com normas padrões, e isso é uma normalização grosseira. Por isso, a produção medicamentosa de valores normais pode também fazer mal a alguém. O verdadeiro sentido significativo do adequado é precisamente que ele representa algo que não se pode definir. Todo o sistema do processo de equilíbrio do organismo e do próprio meio social do ser humano possui algo de adequabilidade. (GADAMER, 2006, p. 138).

Assim, para o filósofo, é na adequabilidade que se equilibra o decurso natural da vida física e orgânica, mas também a saúde mental. Para ele, “aquilo que tornamos objeto e podemos objetivar já saiu do acontecimento de equilíbrio inerente à natureza e ao natural, ao qual pertence, justamente, algo como adequabilidade, uma harmonia invisível que, segundo Heráclito, sendo a mais forte, tudo domina” (GADAMER, 2006, p. 140). E, nessa perspectiva, afirma ainda que “os seres humanos têm de reaprender que toda perturbação de saúde, pequenas dores e mesmo todas as infecções são, na verdade, sinais para se recuperar o adequado, o balanço do equilíbrio. No final, ambos estão correlacionados, perturbação e sua superação. Isso constitui a essência da vida” (GADAMER, 2006, p.141).

Gadamer assim, propõe olhar para a doença não como objeto a ser medido, mas antes percebê-la como perturbação do equilíbrio, do adequado, da harmonia oculta com o todo que é a saúde do ser vivo, do ser-aí. Ao tornar a doença objeto a ser medido nos distanciamos, segundo o filósofo, do ser do doente, afastando-o da experiência vital que constitui o adoecer e sua superação, o retorno ao equilíbrio oculto da saúde, ao adequado. Que implicações essa forma de compreender a saúde e a doença trazem para o profissional da saúde? Gadamer oferece-nos elementos como a noção de arte de curar, de diálogo e de tratamento para compreender a atuação e a formação dos profissionais da saúde sob uma perspectiva hermenêutica. O filósofo afirma que a ciência operou uma transformação radical na medicina, trazendo para o interior desta a perspectiva das ciências naturais de conhecer e aplicar os conhecimentos produzidos, diferenciando, assim, a ciência médica moderna da antiga arte de curar. No que se refere à ciência médica moderna,

É, pois, peculiaridade da ciência natural moderna o fato de ela entender seu próprio saber como capacidade de fazer. [...] O entendimento matemático-quantitativo das leis do acontecimento natural está direcionado a um isolamento de contextos de causa e efeito que permitem à ação humana possibilidades de intervenção com grau de exatidão testável. O conceito de técnica, associado ao pensamento científico contemporâneo, tem a seu alcance possibilidades específicas e crescentes nas áreas de procedimentos de cura e da medicina. A capacidade de fazer como que se torna autônoma. Ela permite dispor parcialmente sobre o curso do processo e é aplicação de um conhecimento teórico. Como tal, entretanto, não é um curar, mas um efetuar (fazer). (GADAMER, 2006, p. 43-44).

A ciência natural moderna, assim, “não é a ciência da natureza no sentido de um todo que se auto-equilibra. O que a fundamenta não é a experiência da vida, mas a experiência do fazer, não a experiência do equilíbrio, mas a da construção planejada” (GADAMER, 2006, p. 47). Gadamer (2006, p.47) explica que esta ciência “que proporciona a aplicação técnica, não se concebe como um preenchimento das lacunas da natureza e uma inserção no acontecimento natural, mas precisamente, como um saber”. E neste saber “o fundamental é a modificação da natureza em um mundo humano através de uma construção predominantemente racional” (GADAMER, 2006, p.47). Assim, a ciência faz previsíveis os processos naturais “e passíveis de serem dominados, de modo que, no final, ela é até mesmo capaz de substituir o natural pelo artificial [...]. Somente dessa maneira é possível a aplicação da matemática e dos métodos quantitativos à ciência natural, pois seu saber é uma construção” (GADAMER, 2006, p. 47).

Diferente da ciência médica, “a arte de curar permanece indissociavelmente ligada ao pressuposto do antigo conceito de natureza. Entre as ciências da natureza, a medicina é aquela que nunca é entendida completamente como técnica, porque ela sempre experimenta o seu próprio ser-capaz-de-fazer apenas como a recuperação do natural” (GADAMER, 2006, p.48). O filósofo afirma que por essa razão, dentro das ciências modernas, a medicina vem a ser “uma unidade particular entre conhecimento teórico e saber prático, uma unidade que de modo algum se deixa interpretar como aplicação de ciência à práxis. Ela representa um modo próprio de ciência prática, cujo entendimento conceitual desapareceu no pensamento moderno” (GADAMER, 2006, p. 48). O que vem a ser esse modo próprio de ciência prática? Como resposta a esta pergunta, Gadamer (2006, p. 49) afirma que a verdadeira medicina é aquela que encerra um saber e um ser-capaz-de-fazer genuínos, quer dizer, na verdadeira medicina está o reconhecimento da distinção entre o que seja a disposição do organismo – o saber – e o que seja apropriado a essa disposição – o ser-capaz-de-fazer. Na arte de curar, o

verdadeiro médico deve ver a totalidade da natureza, ver além daquilo que é o objeto próprio de seu saber e de seu ser-capaz-de-fazer,

de modo que o seu estado é uma posição intermediária, difícil de se manter entre uma presença profissional afastada do humano e um compromisso humano. Constitui seu estado de médico necessitar de confiança e, ao mesmo tempo, porém, também ter de voltar a limitar o seu poder de médico. Ele tem de ver para além do ‘caso’ que ele trata, para ter condições de avaliar o ser humano no todo de sua situação vital. Sim, ele deve refletir até mesmo sobre a sua própria atividade e o que ela causa no paciente. Ele tem de saber se retirar. Pois ele não pode fazer com que o paciente dependa dele, nem desnecessariamente prescrever condições de conduta de vida que dificultem o restabelecimento de seu equilíbrio vital. [...] A arte médica se completa na retirada dela mesma e na liberação do outro. (GADAMER, 2006, p.51).

Essa sabedoria do médico, de quando intervir e quando se retirar, liberando o outro, está no seu ser-capaz-de-fazer, pois este “já carrega consigo reflexão. Constitui o conceito do ser-capaz-de-fazer o fato de ele não ser uma simples execução, mas sim, perante uma possível execução, a posse dessa possibilidade” (GADAMER, 2006, p.58). Segundo Gadamer (2006, p. 59) todo ser-capaz-de-fazer é ser, “implica um tipo de distância em relação à execução e, nessa medida, é fundamentalmente determinado através da estrutura que chamamos reflexividade”. A que se refere a reflexividade?

Reflexividade, enquanto possibilidade da distância em relação a si mesmo, não significa um colocar-se diante de um objeto. Ela está, antes, na maneira de acompanhar a consumação vivida no contexto. A possibilidade de escolha e decisão no ‘acompanhamento’ das consumações da vida é a nossa verdadeira liberdade. (GADAMER, 2006, p. 61).

Gadamer (2006, p.93) afirma, assim, que um “médico reflexivo sempre reconhecerá como sua tarefa fundamental não apenas a recuperação do doente, mas, com a recolocação, a restituição e o retorno ao seu ser-capaz-de-fazer e ao seu ser, devolver-lhe a unidade consigo mesmo”. Nesse sentido, “a ciência médica é aquela que, no final, não produz absolutamente nada e tem de contar expressamente com a maravilhosa capacidade da vida de se auto-restabelecer e de se auto-reequilibrar em si mesma. De modo que a tarefa mais singular para o médico é colaborar para aquele restabelecimento” (GADAMER, 2006, p. 97).

Assim, o filósofo nos mostra que a diferença entre a medicina científica e a verdadeira arte de curar é “a diferença existente entre o saber das coisas em geral e a concreta aplicação desse saber ao caso isolado” (GADAMER, 2006, p. 109). O saber das coisas em geral é passível de aprendizagem enquanto a concreta aplicação desse saber ao caso isolado deve ser lentamente amadurecido através da própria experiência e da própria formação de juízo

(GADAMER, 2006, p. 109). No caso do médico, essa experiência e formação do juízo na aplicação do saber geral ao caso isolado está relacionada ao conceito de tratamento, pois “espera-se do médico que ele ‘trate’ seus pacientes” (GADAMER, 2006, p. 114). Mas o que significa tratar?

Tratar significa *palpare*, quer dizer, tocar o corpo do doente com a mão (a *palpa*) cuidadosa e sensivelmente para, com isso, perceber tensões e contrações que talvez confirmem ou corrijam o diagnóstico subjetivo do paciente, o qual se designa dor. A função da dor na vida é a de que a sensação subjetiva aponta para uma perturbação na estrutura de equilíbrio do movimento da vida que constitui a saúde. (GADAMER, 2006, p. 114).

Tratar, assim, tem um sentido mais profundo de se dirigir ao outro, de não o violentar, de não o importunar, de não lhe impor, por exemplo, uma medida ou um preceito. Implica antes em “reconhecer no outro o seu ser diferente” (GADAMER, 2006, p. 115). Diante da tarefa primordial do médico que é auxiliar a natureza no restabelecimento do equilíbrio vital (a saúde), ao tratar, espera-se que o médico não queira dominar o paciente. “Ele deve aconselhá-lo e auxiliá-lo quando pode e sabe que o paciente estará sob o seu tratamento somente até a sua recuperação” (GADAMER, 2006, p. 115). Nesse sentido, “a perturbação da saúde é o que torna necessário o tratamento médico. Parte de um tratamento é o diálogo” (GADAMER, 2006, p. 118). Gadamer (2006, p. 118) afirma que o diálogo “domina a dimensão decisiva de toda a atividade médica [...], promove a humanização da relação entre uma diferença fundamental, a que há entre o médico e o paciente. Tais relações desiguais pertencem às mais difíceis tarefas entre os seres humanos”. Tratamento e diálogo, desse modo, caracterizam a arte médica. Tratamento, na perspectiva gadameriana, indica que não se trata de um fazer, de um produzir, mas antes de um particular reconhecimento de distância e alteridade. Assim,

dizemos que tratamos alguém com cuidado, que se deve ter cuidado ao tratar dessa pessoa. Nesse sentido, todo paciente é, pois, um caso assim, com o qual temos sempre de proceder cautelosamente. Isso se deve ao seu estado de necessidade e, ao mesmo tempo de desproteção. Perante a presença de tal distância, há necessidade de que o médico e o paciente encontrem um solo comum, no qual possam se entender, e essa base é o diálogo, o único elemento que pode cumprir aquela função. (GADAMER, 2006, p. 132).

Para Gadamer (2006, p.133), o diálogo é troca recíproca entre pergunta e resposta. Implica, portanto, o falar com alguém, o qual responde a seu interlocutor, sendo este tipo de interação inseparável de seu significado. Ainda de acordo com o filósofo, “na área da

medicina, o diálogo não é uma simples introdução e preparação para o tratamento. Ele já é o tratamento e continua sendo muito importante no tratamento que se segue, o qual deve conduzir a cura” (GADAMER, 2006, p. 133). Mas no que consiste a cura? A cura, como objetivo da arte médica, não é o pleno poder do médico, mas da natureza. O médico sabe-se apenas autorizado a auxiliar junto à natureza. Gadamer afirma “a saúde depende de muitos fatores e, no final, encontra-se não somente a saúde, mas a reintrodução do paciente na sua antiga posição na vida cotidiana. Somente isso é a plena ‘recuperação’, que, com certeza, frequentemente ultrapassa as possibilidades e competências do médico” (GADAMER, 2006, p.135). Quer dizer, o médico que trata do paciente sabe que “ele tem sempre de se retirar para conduzir o paciente com sua mão cautelosa e permitir que sua natureza volte a si mesma” (GADAMER, 2006, p.141). Em outras palavras, permitir que o paciente volte a caminhar com seus próprios pés. Para tanto, o diálogo assume significado importante na comunhão entre médico e paciente. E nesse sentido,

o diálogo que deve ser conduzido entre médico e paciente não tem, por exemplo, somente o significado de anamnese. Essa é uma forma modificada que também faz parte do diálogo, sobretudo porque o paciente mesmo quer se lembrar e contar a partir de si. Acontece, então, o que, na realidade, o médico, como médico, procura, a saber, que o paciente esqueça que ele é paciente e que está em tratamento. Quando se chega ao diálogo do modo como nós, no mais, também nos entendemos um com o outro através do diálogo, passamos a estimular novamente o contínuo equilíbrio de dor e bem-estar e a sempre repetida experiência da recuperação do balanceamento. Assim é o diálogo que pode se tornar profícuo na situação de tensão entre médico e paciente. Porém, esse diálogo somente será, de fato, auferido, quando ele se tornar quase igual ao que nós, no mais, também conhecemos na vida em comum com outras pessoas, a saber, quando se envolva num diálogo, o qual, na verdade, não é conduzido por ninguém, mas que conduz todos nós. Isso também permanece válido para esse tipo de diálogo entre médico e paciente. (GADAMER, 2006, p. 142).

A especificidade do diálogo nos termos da citação acima é encontrada por Gadamer quando retoma o diálogo socrático, de Platão. O diálogo nesses moldes deve conduzir o outro ao seu próprio olhar. “A aporia [a dúvida, a incerteza] na qual ele [o outro] se envolve no diálogo é tal que ele acaba não sabendo mais que resposta dar. Mas também a enumeração dos elementos definidores não possui o caráter de um ensinamento ou de uma tentativa de dominação” (GADAMER, 2006, p. 142). Antes, “diálogo apenas faz com que o outro, sem que volte a se desorientar, vislumbre a possibilidade de despertar a sua própria atividade interna, a qual o médico chama de ‘colaboração’” (GADAMER, 2006, p. 142). Gadamer (2006, p. 143) coloca na base deste diálogo a reintegração da autodisciplina teórica, que capacita para a ciência, nas forças do que se chama de razão prática.

Essa razão prática, também chamada de *phrónesis*, não se refere “apenas ao descobrimento perspicaz e habilidoso de meios para o domínio de determinadas tarefas, não apenas o sentido para o prático, para atingir determinados fins, mas também o sentido para a colocação dos próprios fins e responsabilidade desses fins” (GADAMER, 2006, p. 54). Como são colocados e quem coloca os fins da relação entre médico e paciente? Gadamer afirma que nesta relação, “os espantosos meios técnicos da medicina moderna sempre voltam a seduzir, sobretudo os pacientes, a ver no médico, ao qual recorreram, apenas um lado de sua atividade e a admirá-lo pela sua competência científica” (GADAMER, 2006, p. 166). Ainda, “a própria situação crítica do paciente o coage a considerar os meios mágicos da moderna técnica médica como tudo o que resta. E, com isso, a esquecer que a sua aplicação é uma ação que requer muitas exigências e responsabilidades e possui as mais amplas dimensões humanas e sociais” (GADAMER, 2006, p. 166). Que dimensões humanas e sociais são essas a que Gadamer se refere? Trata-se de compreender o ser humano não apenas como “um ser natural, mas também algo misteriosamente estranho a si mesmo e ao outro, como pessoa, enquanto semelhante, na família e no trabalho, com inúmeras e imponderáveis influências e efeitos, fardos e problemas. O imprevisível sempre volta a atuar” (GADAMER, 2006, p. 166).

A hermenêutica, como “arte da compreensão, lida com este incompreensível e com a compreensão da imprevisibilidade orçamentária da vida mental-espiritual” (GADAMER, 2006, p. 166). Nesse sentido, ela (a hermenêutica) “é importante sempre quando a simples aplicação de regras não basta, e isso é válido para toda a esfera da vida de experiência do convívio humano. Assim, pode ocorrer que se seja incompreensível para si mesmo e não se possa entender a si mesmo nem o outro” (GADAMER, 2006, p. 167). De toda forma, o que torna possível a ligação humana é a linguagem. Nesse sentido, Gadamer afirma que

Não é apenas uma dádiva da natureza o que, como a capacidade de falar, permite as possibilidades de entendimento, por exemplo, através de sistemas artificiais de signos. Em razão da linguagem, a sociedade humana possui uma extensão e modo de ser totalmente diferentes perante outras sociedades animais: ‘já que somos um diálogo e podemos escutar um do outro’. Toda a remodelação de nosso mundo vital através de uma ordem de costumes, formação religiosa e cultural da tradição, tudo isso remete a este último milagre que não se constitui apenas da sinalização que regula um tipo de comportamento, mas da construção de uma própria comunidade linguística e seu mundo comum. A arte de podermos ouvir-nos uns aos outros e a força de poder escutar o outro, isso é o novo e nisso consiste o universal de toda a hermenêutica, que envolve e suporta nosso pensamento e nossa razão. [...] Compreender o incompreensível, e compreender especialmente aquilo que quer ser compreendido, envolve o todo de nossa capacidade de reflexão que, nas religiões, na arte dos povos e nos refletores de nossa tradição histórica, sempre coloca à disposição novas respostas e, com cada resposta, provoca novas questões. Isso é a hermenêutica enquanto filosofia. (GADAMER, 2006, p. 168).

Assim, o sentido mais profundo de diálogo como condição humana afirmado pela hermenêutica gadameriana, quando tomado como fundamento desta relação entre médico e paciente instaura um sentido ético para a hermenêutica, pois ao se entregar ao diálogo, reconhece-se o outro e a si mesmo. Tal situação conduz ambos ao autotratamento, quer dizer, ao se auscultar, “esse escutar-se silenciosa e atentamente e o preencher-se com o todo da riqueza do mundo em um momento imperturbado e não afetado pelo sofrimento. São momentos nos quais se está o mais próximo possível de si mesmo” (GADAMER, 2006, p. 107). Ainda, Gadamer (2006, p. 107) afirma que “essas também são forma de tratamento, e estou cada vez mais convencido de que se tem de fazer tudo para, perante o significado da cura, se elevar o valor de tal prevenção em nossa sociedade industrial”. O filósofo arremata dizendo que “com o tempo isso será decisivo para nós, se devermos nos adequar às cambiantes condições de vida do mundo tecnicista e se aprendermos a reavivar as forças com as quais se conserva e se recupera o equilíbrio, o apropriado, o que é para mim apropriado, o apropriado para cada um” (GADAMER, 2006, p. 107).

A exposição feita até aqui, a respeito da saúde e da medicina pensadas por Gadamer a partir da hermenêutica filosófica, conduz-me a focar nos conceitos de *phrónesis* e de diálogo para enfrentar a ausência de um maior esclarecimento sobre o significado de ética, evidenciado nos documentos oficiais reguladores da formação profissional em saúde. Além desta ausência, é possível evidenciar também nestes documentos, a assunção de uma base pedagógica centrada nas competências, acompanhada de uma base metodológica apoiada nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Que relação pode existir entre a ausência de maior esclarecimento sobre o significado da ética e a assunção da pedagogia das competências e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde? No terceiro capítulo, pretendo investigar a ideia de que esses três elementos possuem em comum o pressuposto da relação sujeito-objeto, revelando o que acredito ser seu limite. Na sequência, apresento como a hermenêutica filosófica gadameriana, a partir dos conceitos de *phrónesis* e diálogo, oferece o pressuposto de interação entre sujeitos para pensar a formação profissional em saúde de modo ampliado.

3 DIÁLOGO, ÉTICA E SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE AMPLIADA

Pretendo dividir este terceiro capítulo em duas partes. Na primeira, reconstruo conceitualmente a pedagogia das competências e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, de modo a revelar, nessa reconstrução, o pressuposto comum que as sustenta: a relação sujeito-objeto. Esta relação também está vinculada à ausência de maior esclarecimento sobre o significado de ética, evidenciado nos documentos oficiais reguladores, ressaltando, nessa parte do capítulo, os limites desse pressuposto. Na segunda parte, investigo como os conceitos de *phrónesis* e de diálogo podem fazer frente ao pressuposto da relação sujeito-objeto, a partir da interação entre sujeitos, com vistas à formação profissional ampliada em saúde.

3.1 Pedagogia das competências e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: relação sujeito-objeto como pressuposto

Pautar a educação pela noção de competência foi movimento que ocorreu e ainda ocorre em âmbito nacional e internacional. Neste último, sobretudo na Europa, no que diz respeito ao ensino superior, Sacristán (2008, p. 9) afirma que “o surgimento do discurso que tem como referência o construto *competências* está ligado a uma forma de homologar as titulações que as universidades concedem, obrigando-os a especificar o perfil dos formados”. O autor afirma ainda que a presença deste construto se relaciona com o processo de Bolonha, ocorrido em 1999, que se propôs

a acrescentar uma especificação das características concretas das titulações universitárias, indicando as capacitações para as quais habilita – o que sabe fazer – e poder facilitar a homologação das titulações acadêmicas em cada país da União Européia. Esse procedimento serviria para favorecer a movimentação de estudantes e formados, à medida que a titulação ganha um aval que a torna mais transparente, de modo a poder satisfazer e se ajustar às demandas do mercado de trabalho. (SACRISTÁN, 2008, p. 10).

De modo semelhante ao ocorrido no cenário educacional europeu, também no Brasil a noção de competência passou a predominar, desde a educação básica até a educação superior, a partir, sobretudo, da segunda metade da década de 90, em que o país vivia gestão governamental pautada no modelo societário neoliberal. Nesse modelo,

controle, competitividade, liberdade de escolha dos consumidores, fixação do currículo em conteúdos básicos, assim como a submissão da educação às demandas do mercado de trabalho ou ao sucesso nos mercados abertos, foram as marcas registradas das políticas educacionais das décadas de 1980 e 1990. (SACRISTÁN, 2008, pp.19-20).

As reformas educacionais propostas nesse período, impulsionadas pelos avanços tecnológicos e pela organização do trabalho, exigiram novas linguagens e discursos para a educação, passando-se a utilizar a noção de competência (RAMOS, 2002). Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (9394/1996) deu origem às Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos De Graduação, incluindo-se os cursos universitários da área da saúde. A proposta surgiu do questionamento relativo aos currículos disciplinares e às formas de ensino utilizadas, ao mesmo tempo em que defendia a implementação de currículos integrados, considerados mais próximos da vida cotidiana e da comunidade (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos Universitários da Área da Saúde (DCNs) estão pautadas pelo modelo pedagógico que tem como núcleo as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) inerentes ao graduando. Estas são divididas em competências gerais, elementos comuns para todo graduado na área da saúde, e competências específicas, necessárias para cada curso/profissão, a partir da definição do perfil acadêmico e profissional a ser construído (ALMEIDA, 2003). O foco do ensino em saúde, de acordo com Ramos (2009a), passa a ser a produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas, sendo que tais competências são definidas de acordo com as situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar, estabelecendo-se relação de correspondência entre escola e emprego. Para tanto, o currículo tem como fundamento a redefinição do sentido dos conteúdos de ensino de modo a atribuir-lhes sentido prático. Partindo da análise de situações concretas e da definição das competências requeridas por essas situações, recorre-se às disciplinas somente na medida das necessidades exigidas pelo desenvolvimento dessas competências.

Desse modo, as linhas gerais de pensamento da mudança pedagógica e curricular na formação dos profissionais da saúde, a partir das DCNs, inclui a passagem de uma pedagogia/currículo orientado por conteúdos e objetivos mal definidos para uma pedagogia/currículo orientado por competências bem definidas e baseadas nas necessidades

de saúde das pessoas (MITRE et al., 2008). Como decorrência desta mudança, outras se seguem, como é possível observar no quadro 1.

Quadro 1. Linhas gerais de pensamento da mudança pedagógica e curricular na formação dos profissionais da saúde a partir das DCNs.

DE:	PARA:
Transmissão de informações e pura utilização de memória (decorar).	A construção do conhecimento e desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, considerando experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida.
Professores capacitados somente em conteúdos.	Professores capacitados também em educação médica.
CURRÍCULO DISCIPLINAR, com ênfase em conteúdos, sendo esses operacionalizados de forma tradicional.	CURRÍCULO INTEGRADO, focado em metodologias ativas de ensino e abordagem multidisciplinar fundamentada nas ciências humanas, sociais e biológicas.
Ensinar-aprender com observação passiva dos estudantes.	Aprender a aprender, com participação ativa dos aprendizes.
CENTRADO NO PROFESSOR.	CENTRADO NO ALUNO.
Humilhação e intimidação dos estudantes pelos docentes.	Respeito mútuo.
Clássica inquisição do professor: “Como você ainda não sabe?”.	“O que você ainda não sabe?”: ajudando o estudante a identificar e superar hiatos de aprendizagem.
Primeiro a teoria e depois a prática (somente nos últimos anos do curso).	Processo integrado de ação-reflexão-ação, desde o princípio do curso.
Atenção episódica, centrada na doença.	Atenção contínua, centrada no cuidado das pessoas, com o estabelecimento de vínculos afetivos com elas.
Abordagem puramente psicológica.	Abordagem biológica, psicológica e sociocultural.
Utilização do paciente puramente como objeto de práticas dos estudantes.	Participação consentida e informada do paciente no processo ensino-aprendizagem com respeito à sua dignidade e privacidade.
Campos de prática predominantemente hospitalares.	Cenários de ensino-aprendizagem-assistência em que os estudantes sejam inseridos como membros ativos.
Avaliação praticamente somativa/punitiva no final das unidades, estágios e disciplinas.	Avaliação preferencialmente formativa, com constantes <i>feedbacks</i> .

Fonte: adaptado de Mitre et al. (2008) e Chiesa et al. (2007).

A noção de competência, assim, é orientadora das mudanças curriculares e pedagógicas na formação dos profissionais da saúde caracterizadas acima. Sobre essa noção,

parece ser consenso na literatura nacional e internacional pesquisada (LIMA, 2005; RAMOS, 2009a, 2009b; SACRISTÁN, 2008) de que se trata de um termo que possui múltiplas definições sendo, portanto, considerado polissêmico. Além da polissemia atribuída ao termo, Sacristán (2008, p.09) afirma que “temos pouca experiência para analisar como se poderia realizar na prática [e que] a precisão e univocidade do conceito de competência é algo que a linguagem ‘científica’ ou acadêmica segue carecendo”.

No que diz respeito ao uso desta noção nas DCNs dos cursos da área da saúde, Lima (2005, p.376) afirma que “não há nenhuma explicitação da concepção de competência utilizada, existindo, ainda, certa confusão no emprego dos termos competência e habilidades”. Todavia, a DCN do Curso de Medicina, atualizada no ano de 2014 (BRASIL, 2014) define competência como:

a capacidade de mobilizar diferentes recursos para solucionar, com oportunidade, pertinência e sucesso, os problemas da prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde. Assim, a mobilização de capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, dentre outras, promove uma combinação de recursos que se expressa em ações diante de um problema. As ações são traduzidas por desempenhos que refletem os elementos da competência: as capacidades, as intervenções, os valores e os padrões de qualidade, em determinado contexto de prática. (BRASIL, 2014, p. 24).

Esse documento apresenta a definição, mas não menciona a referência teórica da qual é originada. Contudo, Chiesa et al (2007) afirma que tal noção no campo da saúde tem como referências Hager e Gonczi (1996), Hernández (2002), Perrenoud (1999) e Ramos (2001). Ainda, ressalta que nas décadas de 60 e 70, a noção tinha fortes raízes na linha comportamental (behaviorismo), cuja influência ainda é marcante na formação dos profissionais dessa área. Todavia, nos anos 80, surge a chamada competência dialógica, referida como mais ampla e entendida como

O desenvolvimento de atributos cognitivos, psicomotores e afetivos que conjuntamente demonstram diferentes modos de realizar com excelência uma tarefa ou um trabalho profissional. Essa concepção considera a historicidade das sociedades e das pessoas que nelas se inserem, em um dado momento histórico, observando o processo de transformação dos saberes, assim como os modos de produção e reprodução social que influenciam as respostas e os atributos esperados para determinada área profissional. (CHIESA et al, 2007, p. 239).

A definição de competência dialógica na formação de profissionais de saúde também é mencionada por Lima (2005) e se assemelha à apresentada por Chiesa et al (2007). Lima (2005, p.373) afirma que competência não é algo que se possa observar diretamente, mas que

pode ser inferida pelo desempenho, entendido como “capacidade em ação” e não apenas como “uma série de tarefas discretas definidas de modo tecnicado e avaliadas por uma abordagem descontextualizada e fragmentada”. A noção de competência, assim, de acordo com esta autora, não pode ser pensada nem somente em termos de desempenho, o que “implica a subestimação do desenvolvimento e da avaliação das capacidades que subjazem e fundamentam os desempenhos, centrando a aprendizagem e sua certificação na verificação do cumprimento de tarefas” (LIMA, 2005, p. 373). Tampouco, a noção de competência deve ser pensada em termos de um enfoque centrado somente “nas capacidades/atributos, [pois] corre o risco de favorecer o desenvolvimento desarticulado dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo e de reduzir a prática a simples campo de aplicação da teoria” (LIMA, 2005, p. 373). Para escapar dessa dualidade – competência entendida como desempenho ou como capacidades/atributos - propõe-se a noção de competência dialógica, “originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados” (LIMA, 2005, p.371).

Um olhar mais atento a esta noção de competência dialógica conduz a perceber que sua ampliação ocorre por meio do atributo “dialógica”. Todavia, não fica evidente a que concepção de diálogo faz-se referência e de que forma este atributo pode ser pensado enquanto categoria articuladora dos dois enfoques semânticos de competência acima referidos, de modo a constituir o conceito de competência dialógica. Por que o conceito de diálogo não foi definido/esclarecido se parece fundamental para a ampliação da noção de competência? Na ausência de esclarecimento sobre que noção de diálogo fundamenta a competência dialógica, ocupa espaço a noção de desempenho, que segundo Ramos (2009b, p. 2) se encontra implícita em qualquer definição de competência. Desempenho é compreendido como

a expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula quando realiza uma atividade. Uma formação que persiga o desenvolvimento de competências para o desempenho pressupõe selecionar conhecimentos dos quais os estudantes necessitam para aplicar em esquemas operatórios, para entender o que significam e como funcionam, facilitando a ação em situações diversas. Isto implica deixar de fazer a separação entre o saber e o saber-fazer para centrar o esforço em resultados de aprendizagem nos quais se atinge uma integração entre ambos. (RAMOS, 2008, p. 2).

Parece contraditória uma noção de competência dialógica em que a definição de diálogo carece de esclarecimento e que, ao mesmo tempo, está organicamente vinculada à noção de desempenho. Sacristán (2008, p.24) auxilia a esclarecer esse panorama contraditório

quando afirma que “aparece a contradição entre querer ganhar complexidade nos planejamentos para responder à complexidade geral, sem abandonar os pressupostos positivistas de que ‘só vale o que pode ser medido’”. Para medir é preciso tornar o que se quer medir objeto, afim de que, pela medida, se possa dominá-lo. Partindo desse pressuposto positivista de medida e controle, no currículo por competências, abandona-se “a preeminência dos saberes disciplinares para se centrar em competências supostamente verificáveis em situações e tarefas específicas. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e *dominar*” (RAMOS, 2009b, p.1, grifo nosso). Se a noção de competência implica que aquele que a deve possuir – no caso, o aluno - esteja apto a dominar, é preciso que ele tenha o controle da situação, colocando-se na posição de dominação em relação ao objeto, passando a conhecê-lo em todos os aspectos e antecipadamente.

Desse modo, “a pedagogia das competências é caracterizada por uma concepção eminentemente pragmática, capaz de gerir as incertezas e levar em conta mudanças técnicas e de organização do trabalho às quais deve se ajustar” (RAMOS, 2009a, p. 4), coadunando-se com o processo de acumulação capitalista. Torna-se coerente com este processo uma pedagogia que centre seu esforço em resultados mensuráveis, focando no aluno e na sua aprendizagem, uma vez que “as competências aparecem destacando os atributos individuais do trabalhador” (RAMOS, 2009a, p. 4). Entre esses atributos, de acordo com a DCN do curso de Medicina, “os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a aprender continuamente, tanto durante sua formação inicial como ao longo da vida” (BRASIL, 2014, p.23). E, assim, entre as competências em educação previstas por esta DCN para a formação do médico - mas também para os demais profissionais da saúde- encontra-se a capacidade de “aprender a aprender” (BRASIL, 2014, p. 23). Nesse sentido, Mitre et al (2008, p.2135) afirmam que

a graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas, [...] os conhecimentos e competências vão se transformando rapidamente. [Por essa razão] torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender a aprender [...]. Na formação dos profissionais da saúde, [o aprender a aprender] deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. (MITRE et al, 2008, p. 2135).

A pedagogia das competências, centrada no estudante e na necessidade de encaminhá-lo rumo à gestão de conhecimentos, enfatiza o desenvolvimento de sua capacidade de aprender a aprender durante toda a vida. A aprendizagem do aluno, assim, constitui o núcleo desta pedagogia, a qual exige uma proposta metodológica que forme um profissional ativo e apto a aprender a aprender. Para tanto, os currículos orientados por competências na formação profissional em saúde devem ter as metodologias ativas de ensino-aprendizagem como proposta metodológica (MITRE et al, 2008; CHIESA et al, 2007; MARIN et al, 2010; BERBEL, 2011; BRAID, MACHADO, ARANHA, 2012).

As metodologias ativas encontram seus fundamentos teóricos, sobretudo, no pensamento de autores como Paulo Freire e John Dewey (BERBEL, 2011). Elas propõem que o aluno exercite “a liberdade e [desenvolva] a autonomia na tomada de decisões em diferentes momentos do processo que vivencia, preparando-se para o exercício profissional futuro” (BERBEL, 2011, p. 29). São também baseadas “em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos” (BERBEL, 2011, p. 29). Assim, da centralização no aluno como sujeito ativo de seu processo de aprendizagem preconizada pelas metodologias ativas decorre que

- Os *alunos* é que problematizam a parcela da realidade associada ao foco do estudo, selecionam um dos problemas para estudar e buscam uma resposta ou uma solução para ele. Neste aspecto, cabe ao *professor* estimular esse novo aprendizado a seus alunos, já que a tradição maior é a de professores apresentarem os problemas para os alunos resolverem. [...] - A participação do *aluno* se dá no exercício do *aprender fazendo*. Ao *professor*, cabe *conduzir o processo metodologicamente*, estimular as atividades dos alunos, apoiar e valorizar as iniciativas na direção do foco maior que é a solução ao problema em estudo. [...] - A relação teoria-prática é constante. Mais que isso, ocorre, nesse percurso, uma dinâmica de *ação-reflexão-ação*, caracterizando-se esta última como uma ação transformadora, em algum grau. [...] - Essas ações são *orientadas metodologicamente pelo professor*, que assume a condução e articulação cuidadosa do processo. Isso significa *atuar como mediador* e não como fornecedor de todas as informações ou autoria de todas as decisões. (BERBEL, 2011, pp.33-34, grifo nosso).

Da caracterização sobre as metodologias ativas exposta acima, interessa destacar dois aspectos que considero os limites dessa metodologia. O primeiro, também evidenciado no primeiro capítulo da tese, é que ao ser atribuída a centralidade ao aluno, tende a ocorrer o enfraquecimento do papel do professor, que passa à função de tutor, facilitador, mediador. O que significa ser tutor, facilitador ou mediador? O que precisa saber e como deve agir um professor de modo a: a) ser um tutor, facilitador ou mediador? e b) estimular o aprendizado

nos alunos ou a apoiar e valorizar as iniciativas na direção do foco maior que é a solução ao problema em estudo?

Na ausência de esclarecimentos mais detalhados sobre o significado do papel do professor como tutor, facilitador, mediador, surge como indicativa a ideia de que cabe ao professor conduzir o processo, orientando metodologicamente as ações dos alunos. Nesse indicativo, configura-se a instrumentalização do papel do professor, reduzindo-o apenas à condição de orientador metodológico, uma vez que o aluno já traz o saber que ele precisa e o professor interfere o mínimo possível. Agindo assim, o professor se desresponsabiliza, abrindo mão de intervir na aprendizagem do aluno, renunciando, deste modo, à sua função docente. Retomarei essa discussão na sequência do capítulo, articulando-a ao segundo aspecto que considero como limite das metodologias ativas.

Nesse sentido, o segundo aspecto limitante vincula-se à participação do aluno, a qual se dá no exercício do aprender fazendo. De acordo com Mitre et al (2008, p.23) na “formação na área da saúde, surge também o conceito do aprender fazendo, o qual, [...] pressupõe que se repense a sequência teoria e prática na produção do conhecimento, assumindo que esta ocorre por meio da ação-reflexão-ação”. Essa perspectiva também é apontada por Fernandes et al (2003, p.393) quando afirma que

as ações pedagógicas devem conformar o equilíbrio teoria/prática para a construção das competências estimulando docentes e discentes a buscar novos conhecimentos em resposta às questões colocadas pela prática. Essas ações apontam para o princípio de que o aprender começa do fazer, para poder saber fazer e ter a capacidade de refazer. (FERNANDES et al, 2003, p.393).

Nessa perspectiva, também Maranhão (2003, p. xv) afirma que “o aprender fazendo sugere a inversão da sequência clássica teoria/prática, caracterizando que o conhecimento é construído a partir da articulação ação/reflexão/ação”. Desse modo, é possível observar na literatura pesquisada (MITRE et al, 2008; FERNANDES et al, 2003; MARANHÃO, 2003) evidências de que a aprendizagem centrada no aluno implica o aprender fazendo, que sugere a inversão da sequência teoria/prática, pautada na ação/reflexão/ação. Todavia, tendem a ser tácitas – para não dizer ausentes – nessa literatura evidências de igual intensidade na direção de esclarecer o que se entende por teoria, por prática, por ação, por reflexão, por fazer, por saber fazer, por aprender fazendo. Ao propor a inversão da sequência teoria e prática, afirmando que a aprendizagem se dá na prática pelo fazer, revela-se a primazia da prática sobre a teoria. Partindo dessa primazia, abre-se espaço tanto para a prevalência de uma

compreensão positivista de prática, caracterizada pela relação entre sujeito e objeto, com o primeiro exercendo controle sobre os fatores que interferem na constituição do segundo, quanto de uma instrumentalização da teoria, em que a validade do conhecimento é julgada apenas pela sua viabilidade ou pela sua utilidade exclusivamente no âmbito da prática enquanto atividade profissional.

Biesta (2013) também reflete sobre a preponderância da aprendizagem no cenário educacional contemporâneo, afirmando que se trata de uma das mais importantes mudanças que ocorreram na teoria e na prática da educação nos últimos vinte anos. A ascensão do conceito de aprendizagem foi acompanhada pelo declínio do conceito de educação e o

ensinar foi redefinido como apoiar ou facilitar a aprendizagem, assim como a educação é agora frequentemente descrita como propiciadora de oportunidades ou experiências de aprendizagem. Alunos e estudantes se tornaram “aprendentes”, e a educação adulta se tornou “aprendizagem adulta”. (BIESTA, 2013, p. 32).

De acordo com o autor, quatro tendências têm contribuído para esse predomínio da aprendizagem no discurso e na prática educativas: a) as novas teorias da aprendizagem, b) o Pós-modernismo; c) a explosão silenciosa da aprendizagem adulta, d) a erosão do Estado de Bem-estar social. Em linhas gerais, as novas teorias da aprendizagem referem-se ao aparecimento de teorias (construtivistas e socioculturais da aprendizagem) que questionam a concepção de que a aprendizagem seja a absorção passiva de informações. Essas teorias argumentam que o conhecimento e a compreensão são construídos ativamente pelo aprendiz, o que desviou a atenção da atividade do professor para a do aluno. Em razão desse deslocamento, “a aprendizagem tornou-se muito mais central na compreensão do processo da educação” (BIESTA, 2013, p. 34).

O pós-modernismo também tem contribuído para o surgimento da linguagem da aprendizagem. Esse movimento coloca dúvida sobre a argumentação de muitos autores, sobretudo nas duas últimas décadas, de que o projeto da educação está ainda ligado à herança do Iluminismo. A dúvida se instaura, particularmente, sobre a ideia de que os educadores podem liberar e emancipar seus estudantes transmitindo racionalidade crítica (BIESTA, 2013). O autor afirma ainda que um número crescente de pessoas gasta uma parte cada vez maior de seu tempo e dinheiro em todos os tipos e formas de aprendizagem, dentro e fora de cenários formais de educação. Esta “explosão silenciosa da aprendizagem adulta” (BIESTA, 2013, p. 35) caracteriza-se por ser muito mais individualista e a dedicação a atividades com essa característica ajuda a compreender por que a palavra aprendizagem tornou-se apropriada.

Como última tendência que tem contribuído para esse predomínio da aprendizagem bem como o impacto que ela tem causado sobre o discurso e a prática da educação, Biesta (2013, p.36) afirma a erosão do Estado de Bem-estar social e o aparecimento da ideologia de mercado do neoliberalismo. A relação entre os governos e os cidadãos modificou-se de uma relação política para uma relação econômica, em que o Estado é o provedor de serviços públicos e o contribuinte, o consumidor dos serviços estatais, entre eles, a educação. Essa forma de pensar introduz uma lógica que focaliza, quase que exclusivamente o usuário ou consumidor do serviço educacional, ou seja, o aprendiz. Assim, Biesta se posiciona contra a linguagem da aprendizagem, afirmando que ela tem facilitado uma nova descrição do processo da educação em termos de uma transação econômica, na qual

(1) o aprendiz é o (potencial) consumidor, aquele que tem certas “necessidades”, em que (2) o professor, o educador ou a instituição educacional são vistos como o provedor, isto é, aquele que existe para satisfazer as necessidades do aprendiz, e em que (3) a própria educação se torna uma mercadoria – uma “coisa” – a ser fornecida ou entregue pelo professor ou pela instituição educacional e a ser consumida pelo aprendiz. (BIESTA, 2013, pp. 37-38).

O autor analisa essa tendência sob duas dimensões. Por um lado, a aprendizagem pode realmente ajudar a alcançar oportunidades educacionais iguais para todos, pois coloca os estudantes como aprendizes e, assim, como clientes que desejam um bom emprego de seu dinheiro, à medida que pagam pela aprendizagem. De outro, o autor questiona se a própria educação pode e deve ser compreendida em termos econômicos, quer dizer, “como uma situação em que o aprendiz tem certas necessidades e em que é tarefa do educador satisfazer essas necessidades” (BIESTA, 2013, p. 39). Não parece adequado, em sua perspectiva, pensar a relação educacional nos termos de uma transação econômica, em que de um lado está o aprendiz, que já sabe de antemão suas necessidades e as deseja ver satisfeitas, e de outro estão os profissionais da educação, que se apresentam para satisfazer as necessidades do aprendiz ou satisfazer o cliente. O autor afirma a necessidade de compreender de forma mais adequada o papel do aprendiz e do profissional da educação na relação educacional. Segundo ele, a razão principal para engajar-se na educação é descobrir o que realmente se deseja ou precisa – e não sabê-lo de antemão. Nesse sentido, os profissionais da educação desempenham papel fundamental no processo de definição das necessidades e não apenas para satisfazer as necessidades do aprendiz ou satisfazer o cliente.

Refletindo a partir de Biesta sobre o modelo pedagógico centrado na aprendizagem do aluno e que coloca o professor como mediador e facilitador, proposto para a formação

profissional da saúde, e considerando a superficialidade relativa ao significado dessas funções atribuídas ao professor, não parece absurdo pensar que se o aluno é o sujeito da aprendizagem, e como aprendente, já possui suas necessidades definidas, caberia ao professor/mediador a atribuição de apenas satisfazer as necessidades do aluno. Se for esse o entendimento, corre-se o risco de que professor e aluno sejam instrumentalizados nesse processo, uma vez que o aluno já define suas necessidades de antemão e cabe ao professor apenas satisfazer as necessidades já definidas pelo primeiro. Uma relação pedagógica estabelecida sob esse pressuposto caracteriza-se pela orientação sujeito-objeto. E o sujeito, nesse sentido, é aquele que já têm definidas as suas necessidades, não estando, portanto, aberto à transformação. Deriva-se dessa concepção um processo educativo compreendido não entre sujeitos, mas entre sujeito e objeto.

A relação pedagógica compreendida nestes termos de relação sujeito-objeto fica evidente também no conceito de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, assumindo que ele aconteça de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. Considerando-se também aqui a ausência de definição mais clara, nos documentos oficiais, sobre o que significa aprender, aprender fazendo, teoria, prática, ação, reflexão, não parece absurdo pensar que agir, fazer e refletir tenham como orientação de fundo um modelo sujeito-objeto, em que o sujeito instrumentaliza e manipula o objeto. Ação e reflexão reduzem-se ao fazer, perdendo sua potencialidade crítica originária. Dalbosco (2007, p.53) afirma que o conceito de fazer está articulado à adoção de uma concepção não problematizada de experiência prática e de um vínculo instrumental com a teoria. No que se refere à concepção não problematizada de experiência prática, o autor propõe que o fazer pedagógico deriva-se de um conceito pressuposto de experiência prática que nunca é colocado em dúvida. Desse modo, “a auto-evidência da experiência prática repousa no caráter familiar e rotinizado da racionalidade procedimental [...] que faz pressupor como dado aquilo mesmo que precisa ser explicado, a saber, o próprio conceito de prática” (DALBOSCO, 2007, p.54).

Vinculada à adoção desta concepção não problematizada de experiência prática, o fazer caracteriza-se pelo vínculo instrumental com a teoria. Ainda segundo o autor, partindo-se de um conceito auto-evidente de prática, “a relação com a teoria passa a ser buscada como uma mera forma de legitimar o que já fora decidido de antemão. Busca-se na teoria aquilo que já está contido na prática” (DALBOSCO, 2007, p.55). Ocorre, assim,

a instrumentalização da teoria, deixando de lado sua potencialidade reflexiva, que certamente poderia pôr em questão o próprio conceito não problematizado de experiência prática. Esta instrumentalização, levada adiante pela pressa ansiosa de “aplicação” de conceitos na resolução imediata de questões oriundas da experiência prática não problematizada, resulta em tornar a teoria subserviente à prática. Pensada nestes termos, a relação entre prática e teoria vem a ser uma relação vertical, na qual a primeira, uma vez tomada como ponto de partida intacto, determina soberanamente o que deve ser “utilmente” aceitável da teoria. Tem-se com isso uma noção pragmática de teoria, cujo critério de validade mede-se pelo seu grau de utilidade. (DALBOSCO, 2007, p. 55).

Nesse sentido, também Fagundes e Trevisan (2014, p.113) afirmam que “a apropriação que o postulado das competências faz da teoria é de natureza essencialmente explicativa. Isto é: a teoria em educação passa a ser destituída de sua base compreensiva para ser alocada nos mesmos moldes das ciências naturais, em termos de comensurabilidade”. Desse modo, questionam: “quando se fala em ‘educação por competências’, sobre o que exatamente se está falando que esteja além do desenvolvimento de capacidades cognoscitivas que podem ser acionadas em situações específicas de utilidade prática?” (FAGUNDES; TREVISAN, 2014, p.113). Assim, a racionalidade procedimental do fazer inerente à noção de competência implica o estabelecimento de relação manufatureira (instrumental) com objetos e pessoas. Quando tomada como pressuposto sobre o qual se pensam processos educativos, tal racionalidade pode levar ao autoritarismo e ao dogmatismo tanto do lado do professor quanto do aluno. Nessa condição, há o estabelecimento de relação vertical entre professor e aluno, na medida em que aquele que se compreende como sujeito passa a compreender o outro como objeto. Esse modelo de relação é oriundo do espírito científico moderno, norteado pelo princípio da objetividade e pela racionalidade científica. Hans Georg Gadamer, filósofo alemão do século XX, alertou sobre o reducionismo perigoso inerente a esta racionalidade, sobretudo quando se trata do saber sobre o ser humano e sobre as relações humanas, entre elas, a educação, como alerta Flickinger (2014):

A separação do sujeito conhecedor em relação ao objeto de investigação, marca registrada do procedimento das Ciências Naturais, não é adequada à situação das Ciências Humanas e Sociais, pois estas últimas tratam de problemas dos quais o cientista, ele mesmo, faz parte e não consegue distanciar-se. Mesmo sem querer, a pessoa do cientista encontra-se necessariamente envolvida na área de sua investigação. (FLICKINGER, 2014, p. 20).

O núcleo do limite apontado até aqui está na formação profissional em saúde que se reduz à pedagogia das competências. Não se desconsidera que para a formação profissional adequada na área da saúde é fundamental o aprendizado do fazer e isso implica um domínio

técnico e científico cada vez mais preciso. O aluno precisa desenvolver adequadamente a capacidade de executar os procedimentos técnicos inerentes à profissão em que pretende atuar, pois na ausência deste aprendizado, pode colocar em risco a vida das pessoas que estarão sob seus cuidados. Todavia, trata-se de compreender que a atuação profissional resumida ao âmbito do fazer, fundamentado pela relação sujeito-objeto, torna-se insuficiente para uma atuação profissional adequada na área da saúde. Sobretudo, quando se almeja perspectiva ampliada para a atuação desses profissionais na direção de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, para além da dimensão curativa e de tratamento de doenças. Este procedimento ampliado exige uma postura compreensiva e dialógica que o mero proceder técnico não consegue oferecer. Daí que a postura hermenêutica se torna decisiva para assegurar a passagem do fazer para o agir, o qual implica na postura de escuta e na abertura em direção ao outro.

Pautar a formação dos profissionais da saúde exclusivamente pela pedagogia das competências e pelas metodologias ativas de ensino-aprendizagem centradas na aprendizagem do aluno significa conduzir o processo educativo pelo pressuposto da relação sujeito-objeto, oriundo do modelo científico de produção de conhecimento e apropriado pela lógica capitalista neoliberal. O alerta feito por Sacristán pode ajudar a refletir sobre os desdobramentos para a formação de profissionais da saúde quando se assume esse modelo pedagógico:

O problema surge quando se converte [a linguagem das competências] em linguagem dominante e até exclusiva. Agora, há o entendimento de que a competência signifique o que interessa, fazendo uma leitura da educação ligada a uma visão de mundo, em que ser educado representa um saber fazer ou capacidade para operar e realizar algo que nos torne mais competentes. Com essa linguagem não se questiona se nos tornaremos mais conscientes, responsáveis, justos, inventivos, expressivos, prudentes, solidários, respeitosos, colaboradores, amáveis, sãos, cultos, humanistas, avessos às desigualdades, intelectualmente formados ou sábios. Em resumo, essa nova linguagem ajuda e compromete o educando na construção de um novo conhecimento do mundo e em sua transformação. Essas não são *qualidades humanas* que interessam aos mercados, tampouco às avaliações e comparações dos sistemas educacionais. (SACRISTÁN, 2008, p.36, grifo nosso).

Todavia, o desenvolvimento dessas qualidades deve interessar à formação dos profissionais da saúde quando se almeja que estes sejam formados tendo como horizonte uma compreensão ampliada de saúde, como afirmam as políticas públicas governamentais. Esse desenvolvimento será dificultado se o referido processo formativo for orientado tão somente

pela pedagogia das competências e pelas metodologias ativas centradas na aprendizagem do aluno.

Na segunda parte deste capítulo da tese, pretendo expor como os conceitos de diálogo e *phrónesis*, oriundos da hermenêutica gadameriana podem se constituir em alternativa de ampliação à pedagogia das competências. Esta, ao se pautar pelo pressuposto da relação sujeito-objeto, tende a desconsiderar a) a relação entre professor e aluno como núcleo do processo educativo, b) a ética como elemento orgânico da relação educacional entre sujeitos. Estes dois elementos podem se constituir no pressuposto de uma formação hermenêutica ampliada para profissionais da saúde.

3.2 Formação hermenêutica dos profissionais da saúde: a relação sujeito-sujeito como pressuposto

Nesta parte do capítulo, pretendo refletir sobre como se estruturaria em termos de pressupostos uma formação hermenêutica dos profissionais da saúde como alternativa de ampliação à pedagogia das competências. Essa formação hermenêutica ancorar-se-ia no pressuposto da relação entre professor e aluno como núcleo do processo educativo, compreendendo a ética como elemento orgânico da relação educacional entre sujeitos.

Pensar na formação profissional em perspectiva hermenêutica implica adotar como pressuposto não mais a relação entre sujeito e objeto, mas a relação entre sujeitos, quer dizer, compreendendo o processo educativo na perspectiva ética antes da perspectiva epistemológica. Com base na proposição gadameriana do fundamento ético da hermenêutica, que retoma as fontes gregas da pergunta pelo saber, é resgatada a legitimação ética intrínseca ao saber humano. Assim, retomando a Filosofia grega e os diálogos de Platão, Gadamer revela que o saber, em sua origem, não está desvinculado da ética. Antes, tem nela seu impulso originário, o qual se constitui na prática do diálogo e da qual tem origem a *phrónesis* ou saber prático ou saber ético.

A relação entre professor e aluno, sob o prisma destas noções, caracteriza-se não pela centralidade de um dos sujeitos em relação ao outro, mas pela relação entre ambos. Centrada no diálogo como âmbito em que os sujeitos se envolvem, significa que nenhum define os rumos do encontro de antemão, mas se entregam ao mesmo. O diálogo assim compreendido enfatiza a relação entre sujeitos, e não entre sujeito e objeto, porque tem como características específicas:

A disposição, por parte dos interlocutores, de entregar-se a um processo social aberto; o reconhecimento mútuo da autonomia dos parceiros; a capacidade de ouvir um ao outro; sua interdependência no sentido de aceitarem que somente juntos chegarão a um resultado construtivo; e a renúncia a quaisquer verdades últimas. (FLICKINGER, 2014, p. 83).

Dialogar, assim, é entregar-se e abrir-se ao outro¹⁴ e, nessa entrega, constituir-se como ser. Exige, portanto, “a abertura à experiência do desconhecido e do estranho” que se traduz em “experiência ontológica radical sempre presente e anterior a qualquer atividade reflexionante” (GOERGEN, p.XIV, 2010). O outro não se enquadra nas regras da lógica racional e a experiência do encontro com ele, em sua identidade e autenticidade, exige a disposição de respeitá-lo, tomando-o a sério. Isso somente ocorre “no diálogo aberto e livre das amarras da racionalidade instrumental que estreitam nossa capacidade de compreensão” (GOERGEN, p.XVI, 2010).

Além da abertura ao outro, o diálogo ainda tem como elementos constituintes o escutar e a pergunta. Esta inaugura o diálogo e o mantém desde que cada um dos interlocutores aceite o desafio lançado pela pergunta do outro. Cada reação, de acordo com Flickinger (2014), torna-se um novo desafio, em um contínuo processo que se desdobra. Todavia, este processo se mantém desde que se estabeleça uma relação respeitosa entre os envolvidos. Essa é uma tarefa complexa, pois reconhecer o outro como parceiro de diálogo não significa apenas respeitar sua opinião. Exige “tomá-lo [o outro] como espelho, pois nele a pessoa é lançada de volta a si mesma e obrigada a reavaliar suas convicções anteriores. O outro ou o interlocutor é o incentivo que nos faz refletir sobre nossa opinião atual” (FLICKINGER, 2014, p. 85). Para tanto, ainda segundo este autor, é necessário escutar o outro. O respeito mútuo entre os participantes do diálogo é manifesto também na disposição de um ouvir mútuo. Nesse sentido, o ouvir constitui-se em meio de experiência, como meio privilegiado de acesso à verdade.

A verdade proveniente do diálogo, em sentido hermenêutico, surge através de seu caráter processual, quer dizer, no constante vaivém de argumentos ou na ponderação contínua sobre a legitimação de raciocínios (FLICKINGER, 2014). Aos moldes do que acontece na interpretação de um texto que nunca chega a um sentido último, final, os participantes do diálogo verdadeiro são intérpretes em busca de um sentido possível e por isso mesmo sempre

¹⁴ Para uma discussão aprofundada sobre a presença do outro, ver HERMANN (2014a, 2014b).

provisório. O objetivo não é alcançar uma verdade qualquer definitiva, até porque não há como chegar a ela. Antes,

cada um dos envolvidos na conversação tem consciência da fragilidade dos resultados alcançados. Os parceiros desse ideal de um diálogo – e eis aqui o seu momento talvez mais distintivo – constroem um espaço intermediário (*ein Zwischen*, nas palavras de Gadamer), do qual emerge novo sentido, para cuja articulação eles contribuem igualmente. À base de uma postura que pressupõe o respeito mútuo e a seriedade das ponderações, é o vaivém de argumentos que possibilita a aprendizagem do novo. E isso é algo que nenhum dos parceiros pode prever de antemão. Exige-se, portanto, a paciência de ouvir e ponderar, deixando de lado a doutrinação. (FLICKINGER, 2014, p. 90).

Diante do exposto, pensar um modelo pedagógico na formação profissional em saúde a partir do diálogo hermenêutico possibilita derivar que a interação entre professor e aluno, enquanto sujeitos entregues ao diálogo, leva ao desenvolvimento da capacidade de escuta, de realizar perguntas, de reconhecer o outro como sujeito. Nesse sentido Dalbosco (2014, p.1045) afirma que “porque o outro é sujeito e não objeto, a compreensão que dele se faz não pode ocorrer no modo objetivador próprio ao procedimento científico experimental”. Assim, afirma ainda o autor,

o processo formativo [...] requer então, na perspectiva hermenêutica, a capacidade de ouvir o outro. A “observação” transforma-se em escuta e saber observar significa saber escutar. Em síntese, na perspectiva hermenêutica gadameriana, torna-se parte indispensável da “boa” formação [...] sua abertura para ouvir o outro. Abertura e escuta são dois núcleos fundantes de sua formação. (DALBOSCO, 2014, 1047).

Desse modo, o diálogo instaura o respeito e permite a construção, de forma conjunta, de verdades provisórias. Revela-se como postura ética, de responsabilidade e reconhecimento pelo outro. O aprendizado de tal postura, porque vivida pelo aluno durante a formação, capacita-o a desenvolvê-la em relação aos pacientes e à comunidade.

A formação profissional em saúde pautada em um modelo pedagógico centrado na relação entre professor e aluno, sendo esta compreendida a partir do diálogo em sentido hermenêutico, tem vinculação orgânica com o saber prático ou ético (*phrónesis*). Gadamer, ao tratar da atualidade hermenêutica de Aristóteles, em *Verdade e Método I*, retoma essa noção de saber prático da ética aristotélica, inserindo-o no âmbito da relação entre o saber geral e o particular, quer dizer, da aplicação de algo geral a uma situação concreta e particular. O saber ético, assim, centra-se no

homem e o que este sabe de si mesmo. Este, porém, se sabe a si mesmo como ser que atua, e o saber que assim possui de si mesmo não pretende comprovar o que é. Antes, aquele que atua está às voltas com coisas que nem sempre são como são, pois podem também ser diferentes. Nelas descobre em que ponto pode intervir sua atuação. Seu saber deve orientar seu fazer. (GADAMER, 2014, p. 414).

Nesse sentido, o autor afirma que o saber que o homem tem de si mesmo em seu ser ético deve ser diferente daquele saber que guia um determinado produzir, como no caso do artesão. O saber daquele que toma decisões morais é determinado por sua educação, por suas origens, o que o leva a saber, em geral, o que é o correto. A decisão ética está sempre relacionada a encontrar o que é correto na situação, lançando mão e escolhendo os meios adequados, orientando-se reflexivamente. O saber ético, assim, “não pode ser aprendido e nem esquecido. Não nos confrontamos com ele ao modo de poder apropriar-nos ou não dele, como podemos escolher ou deixar de escolher uma habilidade objetiva, uma *techne*” (GADAMER, 2014, p.417). Ao contrário, afirma o autor, “encontramo-nos sempre na situação de quem precisa atuar [...] e, assim, já devemos sempre possuir e aplicar o saber ético” (GADAMER, 2014, p.417). Todavia, não se trata de possuir o saber ético primeiro para depois aplicá-lo à situação concreta. A imagem que o homem forma sobre o que ele deve ser, seus conceitos de justiça, coragem, dignidade, solidariedade são, conforme afirma o filósofo, “imagens diretrizes, pelas quais se guia [e que são condicionadas] em meio à grande variedade dos conceitos morais dos diversos tempos e povos” (GADAMER, 2014, pp.417-418). Essas diretrizes, no entanto, afirma ainda o autor, não constituem um padrão fixo, que se pode conhecer e aplicar por si mesmo. Antes, elas valem como esquemas que se concretizam somente na situação particular daquele que atua, por meio da aplicação que a consciência moral faz delas.

O saber ético, nesse sentido, não possui um fim particular, mas afeta o viver em seu conjunto. Requer sempre uma deliberação interior, consigo mesmo, o “buscar-conselho-consigo-mesmo” (GADAMER, 2014, p.422). E

isso significa que o fim pelo qual pautamos o todo de nossa vida, e o seu desenvolvimento nas representações éticas que guiam nossa ação, como as descreve Aristóteles em sua ética, não pode ser objeto de um saber simplesmente ensinável. Não há um uso dogmático da ética [...]. O saber ético que se guia por essas imagens diretrizes é o mesmo saber que deve responder à exigência da situação de cada momento. (GADAMER, 2014, p.423).

No âmbito desse saber, afirma ainda o filósofo, a ponderação dos meios que sirvam para alcançar os fins é, ela mesma, uma ponderação ética e somente através dela se concretiza

a correção ética do fim adequado. O saber ético como saber de si mesmo contém a aplicação completa, acionado na imediatez da situação dada, contendo em si os meios e os fins. Nesse sentido, *phrónesis* não se limita apenas ao descobrimento perspicaz e habilidoso de meios para o domínio de determinadas tarefas. Não tem apenas o sentido para o prático, para atingir determinados fins, mas também para a colocação dos próprios fins e responsabilidade desses fins. Quer dizer, *phrónesis* “não é um simples ser-capaz-de-fazer formal [...], mas integrado a esse ser-capaz-de-fazer, a determinação desse ser-capaz-de-fazer, a aplicação que ele adquire”. (GADAMER, 2006, pp.54-55). Este filósofo, ao pensar a saúde em sentido hermenêutico, retoma o conceito de *phrónesis*, entendendo-a como “vigília adequada a uma situação [...]. O que se passa entre médico e paciente é a vigilância, que é tarefa e possibilidade do ser humano, a capacidade de captar e de corresponder corretamente à situação do momento e, no momento, à pessoa que se encontra” (GADAMER, 2006, p.143).

A retomada da noção de *phrónesis* pela hermenêutica gadameriana assume relevância para pensar a atuação do profissional da saúde e o modelo pedagógico adotado em seu processo formativo. No que se refere à atuação profissional, Ayres (2004, p.20) ao examinar desde uma perspectiva hermenêutica alguns dos desafios filosóficos e práticos no sentido da humanização das práticas de saúde, afirma que a sabedoria prática cria as condições para a reconstrução da relação terapêutica em sentido humanizado. Ao definir sabedoria prática, o autor compreende-a como

conceito derivado da filosofia aristotélica, repercutido em nossos dias pela hermenêutica filosófica, que diz respeito a um saber conduzir-se frente às questões da práxis vital que não segue leis universais ou modos de fazer conhecidos *a priori*, mas desenvolve-se como *phrónesis*, isto é, como um tipo de racionalidade que nasce da práxis e a ela se dirige de forma imediata na busca da construção compartilhada da Boa Vida (Gadamer, 1983)¹⁵. (AYRES, 2004, p.20).

A *phrónesis* nasce da práxis. Gadamer (1983, p. 51) afirma que “à práxis pertence o escolher, e decidir-se em favor de algo e contra algo; aqui influi uma reflexão prática que, em alto grau, é dialética”. Assim, “quando quero algo, intervém uma reflexão mediante a qual represento, diante de meus olhos, sua obtenção, através de um processo analítico: se quero isto ou aquilo, então devo ter isto ou aquilo....e assim volto, finalmente ao que tenho diante de mim, aquilo de que posso lançar mão” (GADAMER, 1983, p. 51). Quer dizer,

¹⁵ GADAMER, H.G. Hermenêutica como filosofia prática. In: GADAMER, H.G. *A razão na época da ciência*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1983, p. 57-77.

Em termos aristotélicos: a conclusão do silogismo prático, da reflexão prática, é a decisão. Porém, esta decisão é todo o caminho de reflexão sobre o que se quer até o fazer e, ao mesmo tempo, uma concretização do que se quer. A razão prática não consiste unicamente em que se considere como bom um objetivo, se reflita sobre sua alcançabilidade e se realize o factível. Aristóteles distingue expressamente a mera sagacidade que, com uma habilidade extraordinária, encontra os meios adequados para os fins propostos, isto é, se move por todas as partes com metiras, enganos e persuasões. Uma perspicácia burladora deste tipo não é uma verdadeira “razão prática”. A ela, o que interessa é algo que se distingue da racionalidade técnica, precisamente porque o fim mesmo, o “geral”, obtém sua determinação através do individual. [...] Não se “atua” no sentido de realizar planos, de acordo com o próprio arbítrio. Mas se tem de atuar com os demais e codeterminar os assuntos comuns através do atuar. (GADAMER, 1983, pp 51-52)

Pensar a saúde a partir da *phrónesis*, assim, implica afirmar que as pretensões e exigências de validade discursiva da saúde são da esfera da razão prática, e não da razão instrumental (AYRES, 2007). Disso decorre que “não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher” (AYRES, 2007, p.50). Nesse sentido, para o autor, “a experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades” (AYRES, 2007, p.50).

O autor reforça essa compreensão quando, ao pensar a humanização da saúde e de suas práticas de forma hermenêutica, traduz humanização “como um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos [...] promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdade” (AYRES, 2005, p.558).

Se é desejável para a atuação em saúde que seja constituída por interações mais simétricas entre profissional e comunidade, pautando-se pela sabedoria prática, parece coerente pensar um modelo pedagógico na formação em saúde pautado pela relação entre professor e aluno centrada nesta sabedoria. Flickinger (2014, p.95), ao refletir sobre o saber prático na educação, afirma que o trabalho em educação não pode dispensar a técnica, entendendo esta como saber que pode ser ensinado e aprendido e “cuja aplicação correta não depende da personalidade particular de quem a usa. Seja lá quem for que utilize uma técnica, chegará sempre ao resultado visado desde que siga as instruções e as regras que a regem”. Entretanto, alerta o autor, o saber técnico, instrumental, não é suficiente para o trabalho pedagógico. “O que falta aí é exatamente o que se inscreve no conceito de *phrónesis*”, quer dizer, falta experiência, “um saber acumulado ao longo da biografia profissional, tal como

convicções, orientações ético-morais, conhecimento adquiridos no manejo de problemas concretos, etc” (FLICKINGER, 2014, p. 96).

No trabalho pedagógico, segundo o autor, é necessário o recurso às técnicas, mas também às “decisões individuais acerca dos meios e do modo adequados de enfrentar os desafios, decisões que sempre recorrem às experiências anteriores”. (FLICKINGER, 2014, p. 96). Tais decisões responsabilizam quem as toma pelas consequências e depende sempre da postura individual, formada ao longo da trajetória profissional. Essa postura nem sempre será compatível com as normas instituídas, levando a situações contraditórias em que o critério para decidir a melhor forma de agir será baseado nas experiências anteriores daquele que decide. Esse saber prático ou saber acumulado através da experiência vivida oferece a base a partir da qual são eleitas as reações adequadas a cada situação concreta (FLICKINGER, 2014). Esse saber prático está sempre em constante atualização à medida que cada situação nova da práxis válida, faz acrescentar algo ou substitui o saber já existente por outro saber. Desse modo,

a aplicação do saber técnico-científico tem de vir sempre acompanhado do saber flexível da *phrónesis*; é ela que coloca em xeque o saber técnico-científico. A hermenêutica filosófica [...] insiste em destacar a *phrónesis* como um saber imprescindível, desde que se trate de qualquer intervenção nos campos sociais, e assim legitima o seu reconhecimento enquanto elemento essencial da educação. (FLICKINGER, 2014, pp. 99-100).

Compreendendo-se a *phrónesis* como elemento essencial da educação, é possível pensar em uma formação hermenêutica dos profissionais da saúde. Hermenêutica porque ancorada no pressuposto da relação entre professor e aluno, portanto entre sujeitos, a partir do diálogo, que pressupõe abertura ao outro, e do qual surge o saber prático ou ético (*phrónesis*). Nesse sentido, “hermenêutico é o cultivo pelo diálogo [...] Tratamos aqui é de reconhecer a radical e incomensurável singularidade do outro [...]. Diálogo, pertença e diferença remetem, pois, à dimensão ética do compreender como saber prático” (GACKI, 2016, p.256).

O saber prático ou “o saber da *phrónesis*, sempre exposto à revisão, permite àqueles que se educam o esclarecimento para si mesmo (enquanto um saber de si) das condições de seu próprio agir e a consideração do outro que está implicado na decisão” (HERMANN 2007, p.373). Quer dizer,

o caráter de aplicação requer o reconhecimento da situação do outro. [...] A *phrónesis*, enquanto aplicação compreensiva, não permite se subtrair às exigências do outro. O que é justo ou injusto, por exemplo, não pode ser afirmado de forma

abstrata, mas depende da situação ética em que nos encontramos. [...] A possibilidade de reconhecer do outro pela sabedoria prática decorre da *phrónesis* ser uma aplicação na situação do patrimônio herdado, que constitui nosso ser histórico. Isso nos possibilita uma interpretação interminável das experiências individuais com um horizonte comum que compartilhamos. (HERMANN, 2007, pp.373-374).

A *phrónesis* como aplicação permite reconhecer a situação do outro pela sabedoria prática, favorecendo a construção de interações na saúde sustentadas no pressuposto da relação entre sujeitos singulares e históricos. Desenvolver um modelo pedagógico na formação profissional em saúde ancorado nesse pressuposto pode permitir, no futuro, atuação profissional marcada por interações com o outro (paciente, usuário, comunidade) mais humanizadas em sentido hermenêutico, como afirmado por Ayres (2005), ampliando-se para além da perspectiva técnica-científica.

É possível que ao pensar tal modelo pedagógico haja o risco de uma sobrevalorização da normatividade ética em relação à perspectiva técnica científica. Tal sobrevalorização exigiria para a relação entre professor e aluno o compromisso reiterado do autoexame permanente, visto que a *phrónesis* não comporta uma definição última. Todavia, também Gadamer ajuda a refletir sobre esse risco quando afirma o parentesco próximo da hermenêutica com a filosofia prática:

E, portanto afirma-se o fato de que a compreensão – exatamente como a ação – é sempre um risco, e não permite a simples aplicação de um saber geral de regras para o entendimento de enunciados ou textos dados. Além do mais, quando alcançada, a compreensão significa uma interiorização que penetra como um novo experimento no todo de nossa própria experiência espiritual. Compreender é uma aventura e é, como toda aventura, perigoso. Tem que se admitir plenamente que o procedimento hermenêutico – precisamente porque não se conforma em querer apreender o que se diz ou está dado, mas remonta a nossos interesses e perguntas condutoras – tem uma segurança muito menor que a obtida pelos métodos das ciências naturais. Porém, aceita-se o caráter aventureiro da compreensão, precisamente porque oferece oportunidades especiais. Pode contribuir para ampliar de maneira especial nossas experiências humanas, nosso auto-conhecimento e nosso horizonte de mundo. Pois, tudo o que a compreensão proporciona se torna proporcional a nós mesmos. (GADAMER, 1983, p. 75).

A assunção de tal risco pela formação e pela atuação em saúde parece inevitável se o almejado é que tanto a primeira quanto a segunda sejam pautadas por pressupostos éticos e pela ênfase na saúde, e não na doença, como afirmam os documentos oficiais reguladores e as políticas públicas governamentais para a área da saúde. Torna-se inevitável também, neste contexto, a concordância com a perspectiva gadameriana de saúde, compreendida como

equilíbrio adequado a cada um, como harmonia oculta com a natureza, à qual tanto o profissional da saúde quanto o paciente devem render honras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este tese teve como objetivo investigar que contribuições podem oferecer os conceitos diálogo, ética e saúde, oriundos da hermenêutica filosófica proposta por Hans Georg Gadamer, para pensar a formação profissional em saúde de uma maneira ampliada. Para responder a este objetivo, o trabalho foi estruturado em três capítulos.

O primeiro capítulo foi constituído pela leitura e problematização dos documentos oficiais reguladores das graduações em saúde no Brasil – DCNs e PRÓ-SAÚDE – tomados como base empírica sobre a qual a investigação foi estruturada. O exame desses documentos possibilitou identificar, por um lado, a existência de preocupação com a dimensão ética da formação. De outro, observou-se ausência de maior esclarecimento conceitual sobre o sentido/significado de ética sobre a qual está sedimentada esta formação. Ainda, houve a constatação de que o projeto pedagógico que sustenta as graduações em saúde está centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A problematização realizada neste capítulo indicou que a ausência de maior esclarecimento conceitual sobre o sentido/significado de ética pode conduzir ao entendimento desta apenas como discurso, desvinculada organicamente da relação entre os sujeitos vivos envolvidos no processo formativo. Disto pode decorrer que a ênfase da formação em saúde permaneça na dimensão técnica-científica, horizonte que se pretende superar, de acordo com os documentos. Também, que um projeto pedagógico centrado na aprendizagem do aluno e apoiado no professor como facilitador e mediador não favorece relação educacional horizontalizada, dialógica, cooperativa, solidária à medida que atribui papel central a um dos atores. Como alternativa, foi proposto que o modelo pedagógico esteja centrado na relação entre professor e aluno, na qual os atores implicados ensinam e aprendem, simultaneamente, considerando as diferenças inerentes a cada um em termos de conhecimentos acumulados e experiência de vida. Dessa forma, constitui-se em modelo educativo aprendido pelo aluno porque exercitado/vivido/experimentado durante o curso e reproduzido na relação com a população durante a atuação profissional. Compreendeu-se que um modelo pedagógico centrado na relação entre professor e aluno teria, como pressuposto, a hermenêutica filosófica gadameriana, sobretudo seus conceitos de diálogo, ética e saúde.

No segundo capítulo da tese, foram reconstruídos os traços gerais da hermenêutica bem como os conceitos mencionados. Dos traços gerais da hermenêutica filosófica de

Gadamer enquanto postura filosófica foi destacada a passagem da epistemologia para a ética e da técnica de interpretação de texto para o diálogo vivo. O destaque a essa passagem foi realizado à medida que se vislumbrou a possibilidade de que a hermenêutica se constitua em alternativa de compreensão da ética, porque traz o elemento humano vivo em contraposição ao mero discurso sobre ética esvaziado de sentido, observado nos documentos oficiais da formação profissional em saúde. A hermenêutica filosófica tem no diálogo vivo entre sujeitos, fundado no modelo da pergunta e resposta, o motor do processo de compreensão. Resgata, assim, a inserção ontológica do ser humano na elaboração do saber, quer dizer, retoma as fontes gregas da pergunta pelo saber que se estruturava, sobretudo, no diálogo socrático. Ao pensar a saúde a partir da hermenêutica, Gadamer faz a distinção entre a ciência médica e a arte de curar.

Para o filósofo alemão, a ciência médica, fundamentada no procedimento experimental das ciências naturais, tem na medida da doença seu núcleo. Nesse processo, separa-se a doença e o doente, recaindo a centralidade sobre os aspectos que podem ser medidos e desconsiderando-se a experiência do doente enquanto elemento significativo e vital para a própria cura. Assim, a atuação do médico em perspectiva científica traduz-se em capacidade de fazer, em aplicação de um conhecimento teórico. A ciência proporciona a aplicação técnica, concebendo-se como um saber que modifica a natureza através da construção predominantemente racional, fazendo previsíveis os processos naturais e tornando-os passíveis de serem dominados.

Como contraponto à ciência médica, Gadamer retoma das raízes gregas e hipocráticas a arte de curar. Esta se encontra indissociavelmente ligada ao pressuposto do antigo conceito de natureza, entendida como um todo que se auto-equilibra. No âmbito da arte de curar, a medicina é compreendida como unidade particular entre conhecimento teórico e saber prático, não sendo, portanto, somente técnica no sentido do intervir instrumental, à medida que a medicina compreende-se, nesse âmbito, como ser-capaz-de-fazer enquanto recuperação do natural. Como se trata de uma ciência prática, o ser-capaz-de-fazer do médico abrange a reflexão, quer dizer, a sabedoria sobre quando deve intervir e quando deve se retirar. Não se restringido apenas à execução, mas antes se constitui em um tipo de distância em relação à execução, entendida como reflexividade. Esta, como possibilidade da distância em relação a si mesmo não significa um colocar-se diante de um objeto, estando antes na possibilidade de escolha e de decisão. Disso decorre que a ciência médica entendida como arte de curar não produz absolutamente nada novo. Conta apenas com a capacidade da vida de se auto-

restabelecer e de se auto-reequilibrar em si mesma, sendo a tarefa dos profissionais da saúde colaborar para este restabelecimento e reequilíbrio. A intervenção técnica destes profissionais precisa ser feita nesta direção, visando a busca pela saúde como grande equilíbrio e não somente o tratamento da doença, completamente desconectada deste equilíbrio.

Assim, para Gadamer, a diferença entre a medicina científica e a verdadeira arte de curar encontra-se na diferença que existe entre o saber das coisas em geral e a concreta aplicação desse saber ao caso isolado. Esta última deve ser lentamente amadurecida através da própria experiência e da formação de juízo e nela assume relevância o tratamento, que adquire o sentido mais profundo de se dirigir ao outro, de reconhecer o seu ser diferente. Esse reconhecimento implica evitar a imposição de uma medida, quer dizer, evitar dominar o paciente. A arte de curar compreendida como concreta aplicação do saber geral ao caso isolado auxilia a natureza no restabelecimento do equilíbrio vital (a saúde).

O diálogo é inerente ao tratamento, promovendo a humanização da relação entre paciente e médico. Tratamento e diálogo caracterizam a arte médica, entendida não como um fazer, um produzir, mas como reconhecimento da tensão permanente entre necessidade de distância e de alteridade. Na base deste diálogo está a razão prática, também chamada de *phrónesis*. Esta não se refere tão somente à descoberta dos meios para o domínio de determinadas tarefas com vistas a atingir determinados fins. Sobretudo, refere-se à colocação dos fins e à assunção da responsabilidade sobre eles. Na relação entre médico e paciente, muitas vezes ambos esquecem que a aplicação da técnica médica é ação que requer muitas exigências e responsabilidades e que envolve dimensões humanas e sociais. De acordo com Gadamer, essa aplicação envolve a compreensão do ser humano não apenas como um ser natural, mas como ser que, de forma misteriosa, é estranho para si mesmo e para o outro. Ainda, como ser que recebe inúmeras influências do meio em que vive, meio no qual o imprevisível sempre se faz presente e atua.

A hermenêutica, como arte da compreensão, torna-se importante quando a aplicação de regras é insuficiente, quer dizer, no convívio humano possibilitado pela linguagem. Assim, o sentido mais profundo de diálogo, como condição humana, afirmado pela hermenêutica gadameriana, quando tomado como fundamento da relação entre profissional da saúde e paciente, instaura um sentido ético para a hermenêutica, pois ao se entregar ao diálogo, reconhece-se o outro e a si mesmo.

Esta reconstrução dos traços gerais da hermenêutica filosófica e dos conceitos de diálogo, ética e saúde dela oriundos possibilitou reconhecer os conceitos de *phrónesis* e de

diálogo como alternativas para enfrentar a ausência de um maior esclarecimento sobre o significado de ética, evidenciado nos documentos oficiais reguladores da formação profissional em saúde. Além desta ausência, foi também possível evidenciar nestes documentos, a assunção de uma base pedagógica centrada nas competências, acompanhada de uma base metodológica apoiada nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que têm na aprendizagem do aluno o núcleo da relação pedagógica.

No terceiro capítulo da tese foi investigada a possibilidade de que a ausência de maior esclarecimento sobre o significado da ética e a assunção da pedagogia das competências e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem têm em comum o pressuposto da relação sujeito-objeto, revelando o que acreditei ser seu limite. Na primeira parte deste capítulo, reconstruí conceitualmente a pedagogia das competências e as metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nessa reconstrução identifiquei que a educação pautada pela noção de competência foi movimento que ocorreu no Brasil a partir da segunda metade da década de 90, estando fortemente vinculada ao modelo societário neoliberal. Este modelo é marcado pelo controle, pela competitividade, pela liberdade de escolha dos consumidores, pela fixação do currículo em conteúdos básicos assim como pela submissão da educação às demandas do mercado de trabalho ou ao sucesso nos mercados abertos. De modo mais específico, na área da saúde, a noção de competência se fez sentir com as DCNs, entre os anos de 2001 e 2004.

O foco do ensino em saúde, a partir das DCNs, passa a ser a produção de competências (habilidades, conhecimentos, atitudes) verificáveis em situações e tarefas específicas. Tais competências são definidas de acordo com as situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar, estabelecendo-se relação de correspondência entre escola e emprego. Para tanto, o currículo fundamenta-se na redefinição do sentido dos conteúdos de ensino de modo a atribuir-lhes sentido prático, partindo da análise de situações concretas e da definição das competências requeridas por essas situações.

A literatura investigada para a elaboração desta parte do capítulo revelou a existência de múltiplas definições para o termo competências bem como ausência de maior clareza relativa a suas bases teóricas conceituais. Houve referências a Hager e Gonczi (1996), Hernández (2002), Perrenoud (1999) e Ramos (2001) e nas décadas de 60 e 70, a noção tinha fortes raízes na linha comportamental (behaviorismo), cuja influência ainda é marcante na formação dos profissionais da saúde. A polissemia do termo, todavia, não encobre a observação de que em qualquer definição de competência se encontra implícita a noção de desempenho, quer dizer, de capacidade em ação, centrando esforços em resultados de

aprendizagem. Desse modo, permanece na noção de competência o pressuposto positivista de que somente vale o que pode ser medido. Quer dizer, está implicada na noção de competência a perspectiva epistemológica da relação entre sujeito e objeto, em que se estabelece relação de dominação do sujeito sobre o objeto, por meio da medida e do controle.

Desse modo, a pedagogia das competências é caracterizada por uma concepção eminentemente pragmática, capaz de gerir as incertezas e levar em conta mudanças técnicas e de organização do trabalho às quais deve se ajustar, coadunando-se com o processo de acumulação capitalista. Esta pedagogia centra seus esforços em resultados mensuráveis, focando no aluno e na sua aprendizagem, na necessidade de encaminhá-lo rumo à gestão de conhecimentos, enfatizando o desenvolvimento de sua capacidade de aprender a aprender durante toda a vida. A aprendizagem do aluno, assim, constitui seu núcleo e exige uma proposta metodológica que forme um profissional ativo e apto a aprender a aprender. Para tanto, os currículos orientados por competências na formação profissional em saúde devem ter as metodologias ativas de ensino-aprendizagem como proposta metodológica.

As metodologias ativas na formação profissional em saúde encontram seus fundamentos teóricos, sobretudo, no pensamento de autores como Paulo Freire e John Dewey. Elas propõem que o aluno exercite a liberdade e desenvolva a autonomia na tomada de decisões em diferentes momentos do processo que vivencia, preparando-se para o exercício profissional futuro. Partem, assim, da centralidade no aluno, cuja aprendizagem ocorre na prática, fundamentada no saber fazer. Os limites observados nessa metodologia foram em duas direções que se complementam.

A primeira direção, também evidenciada no primeiro capítulo da tese, é que ao ser atribuída centralidade ao aluno, tende a ocorrer o enfraquecimento do papel do professor, que passa à função de tutor, facilitador, mediador. Na ausência de esclarecimentos mais detalhados nos documentos oficiais sobre o significado do papel do professor como tutor, facilitador, mediador, surge como indicativa a ideia de que cabe ao professor conduzir o processo, orientando metodologicamente as ações dos alunos. Nesse indicativo, configura-se a instrumentalização do papel do professor, reduzindo-o apenas à condição de orientador metodológico, uma vez que o aluno já traz o saber que ele precisa e o professor interfere o mínimo possível. Agindo assim, o professor se desresponsabiliza, abrindo mão de intervir na aprendizagem do aluno, renunciando, deste modo, à sua função docente.

A segunda direção vincula-se à participação do aluno que se dá no exercício do aprender fazendo, o qual pressupõe um repensar a sequência teoria e prática na produção do

conhecimento, assumindo que esta ocorre por meio da ação-reflexão-ação. Todavia, foram tácitas as evidências no sentido de esclarecer o que se entende por teoria, por prática, por ação, por reflexão, por fazer, por saber fazer, por aprender fazendo. Ao propor a inversão da sequência teoria e prática, afirmando que a aprendizagem se dá na prática pelo fazer, revela-se a primazia da prática sobre a teoria. Partindo dessa primazia, abre-se espaço para a prevalência de uma compreensão positivista de prática, caracterizada pela relação entre sujeito e objeto, com o primeiro exercendo controle sobre os fatores que interferem na constituição do segundo. Também, para a instrumentalização da teoria, em que a validade do conhecimento é julgada apenas pela sua viabilidade ou pela sua utilidade exclusivamente no âmbito da prática enquanto atividade profissional.

Assim, a racionalidade procedimental do fazer inerente à noção de competência e de metodologia ativa, da forma como aparece nos documentos oficiais e na literatura investigada, implica o estabelecimento de relação manufatureira (instrumental) com objetos e pessoas. Quando tomada como pressuposto sobre o qual se pensam processos educativos, tal racionalidade pode levar ao autoritarismo e ao dogmatismo tanto do lado do professor quanto do aluno. Nessa condição, há o estabelecimento de relação vertical entre professor e aluno, na medida em que aquele que se compreende como sujeito passa a compreender o outro como objeto. Esse modelo de relação é oriundo do espírito científico moderno, norteados pelo princípio da objetividade e pela racionalidade científica. Formar profissionais da saúde a partir desse pressuposto pode conduzir à atuação profissional resumida ao âmbito do fazer. Este se torna insuficiente, sobretudo, quando se almeja perspectiva ampliada para a atuação no sentido de ações de promoção da saúde, que envolvam o estabelecimento de vínculos e coresponsabilização com os usuários/pacientes/comunidade, para além da dimensão curativa e de tratamento de doenças.

Na segunda parte do terceiro capítulo da tese foi investigado como os conceitos de diálogo e *phrónesis*, oriundos da hermenêutica gadameriana podem se constituir em alternativa de ampliação à pedagogia das competências. Partiu-se do entendimento de que uma formação hermenêutica ampliada para profissionais da saúde estrutura-se sobre a relação entre professor e aluno como núcleo do processo educativo e da ética como elemento orgânico da relação educacional entre sujeitos. Ambos adotam como pressuposto não mais a relação entre sujeito e objeto, mas a relação entre sujeitos, quer dizer, compreendendo o processo educativo na perspectiva ética antes da perspectiva epistemológica. Com base na proposição gadameriana do fundamento ético da hermenêutica, que retoma as fontes gregas

da pergunta pelo saber, é resgatada a legitimação ética intrínseca ao saber humano. Assim, retomando a Filosofia grega e os diálogos de Platão, Gadamer revela que o saber, em sua origem, está profundamente vinculado à ética, pois é ele mesmo sabedoria prática. Tem, portanto, na ética seu impulso originário, o qual se constitui na prática do diálogo e da qual tem origem a *phrónesis* (saber prático).

A relação entre professor e aluno, sob o prisma das noções de diálogo e de *phrónesis*, caracteriza-se não pela centralidade de um dos sujeitos em relação ao outro, mas pela relação entre ambos. O diálogo em sentido hermenêutico implica abertura e disposição para ouvir o outro, sendo que nenhum dos interlocutores define os rumos do encontro de antemão, mas se entregam ao mesmo. Estrutura-se como um vaivém entre pergunta e resposta, que novamente se transforma em pergunta, em dinâmica na qual os participantes, entregues à conversação (linguagem), constituem-se mutuamente. Este processo se mantém desde que se estabeleça uma relação respeitosa entre os envolvidos, constituindo-se em tarefa complexa, pois reconhecer o outro como parceiro de diálogo não significa apenas respeitar sua opinião. Antes, é preciso tomar o outro a sério, como espelho, pois nele a pessoa é lançada de volta a si mesma e obrigada a reavaliar e reformular suas convicções anteriores, desconstruindo-se e reconstruindo-se continuamente por meio da escuta. Nesse sentido, ouvir torna-se meio de experiência e de acesso à verdade, a qual é sempre provisória.

Pensar um modelo pedagógico na formação profissional em saúde a partir do diálogo hermenêutico possibilita concluir que a interação entre professor e aluno, enquanto sujeitos entregues ao diálogo, leva ao desenvolvimento da capacidade de escuta, de realizar perguntas, de reconhecer o outro como sujeito. O diálogo instaura o respeito e permite a construção, de forma conjunta, de verdades provisórias, revelando-se como postura ética, de responsabilidade e reconhecimento pelo outro. O aprendizado de tal postura, porque vivida pelo aluno durante a formação, capacita-o a desenvolvê-la em relação aos pacientes e à comunidade. Assim, a formação profissional em saúde pautada em um modelo pedagógico centrado na relação entre professor e aluno, sendo esta compreendida a partir do diálogo em sentido hermenêutico, tem vinculação orgânica com o saber prático ou ético (*phrónesis*).

O saber prático é entendido como o saber que o homem tem de si mesmo como ser que atua em situações caracterizadas por impermanência, as quais sempre podem ser diferentes do que são e que sempre exigirão escolha ou decisão. Trata-se de um saber diferente daquele saber que guia um determinado produzir, como no caso do artesão. O saber prático é influenciado pela educação, levando aquele que decide a distinguir o correto para cada caso

particular. A decisão ética está sempre relacionada a encontrar o que é correto na situação, escolhendo os meios adequados pela orientação reflexiva. O saber ético ancora-se na educação e nas origens daquele que decide, as quais levam à construção de imagens diretrizes que valem como esquemas. Essas imagens se concretizam somente na situação particular daquele que atua por meio da aplicação que delas faz. Esse saber requer constante deliberação interior em relação aos meios que sirvam para alcançar os fins. Somente através dessa ponderação se concretiza a correção ética do fim adequado. Assim, a *phrónesis* não pode ser entendida como um simples ser-capaz-de-fazer formal, mas nesse ser-capaz-de-fazer já está pressuposta a aplicação que ele adquire. Constitui-se em vigília adequada a uma situação, em capacidade de captar e de corresponder corretamente à situação do momento e, no momento, à pessoa que se encontra.

A retomada da noção de *phrónesis* pela hermenêutica gadameriana assume relevância para pensar a atuação do profissional da saúde e o modelo pedagógico adotado em seu processo formativo, pois a sabedoria prática cria as condições para a reconstrução da relação terapêutica em sentido humanizado. Se é desejável para a atuação em saúde que seja constituída por interações mais simétricas entre profissional e comunidade, pautando-se pela sabedoria prática, parece coerente pensar um modelo pedagógico na formação em saúde pautado pela relação entre professor e aluno, centrada nesta sabedoria. No trabalho pedagógico, não basta o recurso às técnicas. É fundamental também que se recorram às decisões individuais acerca dos meios e do modo adequados de enfrentar os desafios. Essas decisões sempre recorrem às experiências anteriores e responsabilizam quem as toma pelas consequências. Depende, portanto, sempre da postura individual, formada ao longo da trajetória profissional, em que o critério para decidir a melhor forma de agir será baseado nas experiências anteriores daquele que decide. Esse saber prático ou saber acumulado através da experiência vivida oferece a base a partir da qual são eleitas as reações adequadas a cada situação concreta, exigindo atualização constante, pois cada situação nova da práxis válida, acrescenta ou substitui o saber já existente por outro saber.

Compreendendo-se a *phrónesis* como elemento essencial da educação, é possível pensar em uma formação hermenêutica dos profissionais da saúde. Hermenêutica porque ancorada no pressuposto da relação entre professor e aluno, portanto entre sujeitos, a partir do diálogo, que pressupõe abertura ao outro, e do qual surge o saber prático ou ético (*phrónesis*). Trata-se de uma formação hermenêutica, pois pressupõe o cultivo pelo diálogo, a necessidade de reconhecer a singularidade do outro, que é diferente, remetendo à dimensão ética do

compreender como saber prático. Saber este sempre exposto à revisão, o que permite aos envolvidos o esclarecimento para si próprios das condições de seu próprio agir e em cuja decisão está sempre implicada a consideração do outro em sua singularidade histórica. A *phrónesis* como aplicação permite reconhecer a situação do outro pela sabedoria prática, favorecendo a construção de interações na saúde sustentadas no pressuposto da relação entre sujeitos singulares e históricos. Desenvolver um modelo pedagógico na formação profissional em saúde ancorado nas noções de *phrónesis* e diálogo pode permitir, no futuro, atuação profissional marcada por interações com o outro (paciente, usuário, comunidade) mais humanizadas em sentido hermenêutico.

Ao propor uma formação hermenêutica para os profissionais da saúde como alternativa de ampliação, não se desconsidera a importância que o aprendizado do fazer adquire. O aluno precisa desenvolver adequadamente a capacidade de executar os procedimentos técnicos inerentes à profissão em que pretende atuar, pois na ausência deste aprendizado, pode colocar em risco a vida das pessoas que estarão sob seus cuidados. Todavia, trata-se de compreender que a atuação profissional resumida ao âmbito do fazer, fundamentado pela relação sujeito-objeto, torna-se insuficiente para uma atuação profissional adequada na área da saúde. Sobretudo, quando se almeja perspectiva ampliada para a atuação desses profissionais na direção de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, para além da dimensão curativa e de tratamento de doenças.

Ainda, com a proposição desta formação hermenêutica, é consciente o risco de uma sobrevalorização da normatividade ética em relação à perspectiva técnica científica. A assunção de tal risco pela formação e pela atuação em saúde parece inevitável se o almejado é que tanto a primeira quanto a segunda sejam pautadas por pressupostos éticos e pela ênfase na saúde, e não na doença, como afirmam os documentos oficiais reguladores e as políticas públicas governamentais para a área da saúde. É inevitável também se há concordância com a perspectiva gadameriana de saúde compreendida como equilíbrio adequado a cada um, como harmonia oculta com a natureza, à qual tanto o profissional da saúde quanto o paciente devem render honras. Todavia, é consciente também a possibilidade de tensão permanente na formação profissional em saúde, uma vez que esta deverá considerar a racionalidade técnico-instrumental em confronto com a hermenêutica. Essa consciência requer mudança no modo como os profissionais entendem seu próprio trabalho. Tal mudança significa assumir uma postura mais modesta, uma capacidade de relativizar o predomínio da técnica e abrir-se ao outro, o que demanda maior aprofundamento da própria hermenêutica filosófica.

Uma formação hermenêutica do profissional em saúde constitui ideal ambicioso. Provavelmente encontra barreiras diante do panorama educacional e de saúde contemporâneos, fortemente atravessados pelos interesses da economia de mercado, pela sociedade consumista, dominada pela tecnologia digital e pelo individualismo hedonista. Todavia, antes de ser tomada por um pessimismo exagerado diante desse panorama, que certamente me levaria a desistir da proposição de um modelo pedagógico ampliado para a formação em saúde, seguirei pesquisando a formação hermenêutica dos profissionais da saúde. Para tanto, recorrerei a Michel Foucault a partir das obras *O Nascimento da Clínica*, *A História da Sexualidade* e *A Hermenêutica do Sujeito*. Pretendo relacionar a temática do cuidado de si, desenvolvida por Foucault sobretudo nesta última obra, à hermenêutica gadameriana, com ênfase na obra *O caráter oculto da saúde*. Um primeiro passo nessa direção já foi dado com a publicação do artigo intitulado “A parresía como experiência formativa voltada aos profissionais da saúde”¹⁶.

¹⁶ MARASCHIN, Renata; DAMETTO, Jarbas. A parresía como experiência formativa voltada aos profissionais da saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 993-1003, dez. 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-20-59-0993.pdf>>. Acesso em: 05 jul.2017

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2017.

_____. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, set. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a13v10n3.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2017

_____. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, jan./abril. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2017.

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>>. Acesso em: 24 maio 2017

BIESTA, G. *Para além da aprendizagem*. Educação democrática para um futuro humano. Tradução Rosaura Eichenberg. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

BRAID, L.M.C.; MACHADO, M. de F. A. S.; ARANHA, A.C.. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 679-692, set. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a08.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 492, de 3 de abril de 2001. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Arquivologia, Biblioteconomia, Ciências Sociais - Antropologia, Ciência Política e Sociologia, Comunicação Social, Filosofia, Geografia, História, Letras, Museologia e Serviço Social. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2001a, Seção 1, p. 50. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf> > Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.301, de 6 de novembro de 2001. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Ciências Biológicas (Bacharelado e Licenciatura). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001b, Seção 1, p. 25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1301.pdf> > Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n.º 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de

Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2001c, Seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.300, de 6 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001d, Seção 1, p. 25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1304, de 6 de novembro de 2001. Diretrizes Nacionais Curriculares para os Cursos de Física. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2001e, Seção 1, p. 25. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1304.pdf>>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1210, de 12 de setembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 dez. 2001f, Seção 1, p. 22. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces1210_01.pdf>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 104, de 13 de março de 2002. Aprova as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Biomedicina. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 abril 2002, Seção 1, p. 14. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0104.pdf>>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 58, de 18 de fevereiro de 2004. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 março 2004a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058_04.pdf>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 8, de 7 de maio de 2004. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Psicologia. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2004b, Seção 1, p. 16. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7690-rces004-08-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Portaria Interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União nº 212, Seção I, Página 111, de 4 de novembro de 2005. 2005a. Disponível em

<<http://www.portaleducacao.com.br/odontologia/artigos/3454/portaria-interministerial-ms-mec-n-2101-de-3-de-novembro-de-2005>> Acesso em: 17 jul. 2012

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). 2005b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf> Acesso em: 20 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <http://www.prosaude.org/publicacoes/pro_saude1.pdf> Acesso em: 22 jun. 2014

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 junho 2014, Seção 1, pp. 8-11. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 abril 2016.

_____. Ministério da Saúde. Governo oferta 5.505 bolsas para profissionais de saúde. Portal Brasil, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/01/governo-oferta-5-505-bolsas-para-profissionais-de-saude>> Acesso em: 12 abril 2016.

CALVINO, I. *Por que ler os clássicos*. Tradução de Nilson Moulin. 3ª Reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

CAPRA, F. *O Ponto de Mutação: A Ciência, A Sociedade e A Cultura Emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.

CECCIM, R.B. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.10, p. 2299-2300, out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n10/21.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2015.

CHIESA, A.M. et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.12, n.2, p.236-240, abr./jun. 2007. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9829/6740>>. Acesso em: 26 maio 2017.

DALBOSCO, C. Incapacidade para o diálogo e agir pedagógico. In: DALBOSCO, C. *Pedagogia Filosófica: cercanias de um diálogo*. São Paulo: Paulinas, 2007, pp. 53-78.

_____. *Kant & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

_____. Pesquisa educacional e experiência humana na perspectiva hermenêutica. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 44, n. 154, p. 1028-1051, dez. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v44n154/1980-5314-cp-44-154-01028.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2017

_____. *Formação humana como exercício de si: Problemas educacionais contemporâneos e tradição filosófico-pedagógica*. 2016. Projeto de Pesquisa – Universidade de Passo Fundo, 2016.

FAGUNDES, A.L.O.; TREVISAN, A.L. A reificação da formação docente diante da onipresença das competências. *Espaço Pedagógico*, Passo Fundo, v.21, n.1, p.110-131, jan./jun. 2014. Disponível em <<http://seer.upf.br/index.php/rep/article/viewFile/3876/2534>>. Acesso em: 02 jul. 2017

FERNANDES, J.D. et al. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 392-395, ago. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a17v56n4.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.M.; LLANOS C., M. (Org.). *A educação dos profissionais da saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Editora UEL, 1999, p. 47-82.

FLICKINGER, H.G. *A caminho de uma pedagogia hermenêutica*. Campinas: Autores Associados, 2010.

_____. *Gadamer & a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

FRENK, J. et al. Education of Health Professionals for the 21st century: a global independent commission. *The Lancet*, Reino Unido, v.376, n. 9756, p.1923–1958, dez. de 2010. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)618545/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)618545/fulltext?_eventId=login)>. Acesso em: 24 abril 2016.

GACKI, S.R.S. Limites da autocriação do eu pensando a phrónesis: algumas reflexões em Aristóteles, Gadamer e Hermann. In: RAJOBAC, R.; BOMBASSARO, L.C.; GORGEN, P. Experiência Formativa e Reflexão. Homenagem a Nadjá Hermann. Caxias do Sul: EducS, 2016, pp. 241-258.

GADAMER, H.G. *A razão na época da ciência*. Tradução de Angela Dias. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1983.

_____. *O caráter oculto da saúde*. Tradução de Antônio Luz Costa. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. *Verdade e Método I*. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Nova revisão da tradução por Enio Paulo Giachini. 14.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

GOERGEN, P. Prefácio. In: FLICKINGER, H.G. *A caminho de uma pedagogia hermenêutica*. Campinas: Autores Associados, 2010, p. IX-XXII.

HERMANN, N. Phronesis: a especificidade da compreensão moral. *Educação Porto Alegre/RS*, ano XXX, n. 2 (62), p. 365-376, maio/ago. 2007. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/563/393..>>. Acesso em: 22 jun. 2017

_____. *Ética & Educação*. Outra sensibilidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014a.

_____. O aparecimento do outro no cenário filosófico moderno. In: BOMBASSARO, L.C.; DALBOSCO, C.A.; HERMANN, N. *Percursos hermenêuticos e políticos: homenagem a Hans-Georg Flickinger*. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo; Porto Alegre: Ed. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Caxias do Sul: Ed. Universidade de Caxias do Sul, 2014b, pp. 335-351

INCONTRI, D.; BIGHETO, A.C. *Filosofia*. Construindo o pensar. 3.ed. São Paulo: Escala Educacional, 2010.

JÚNIOR, A.G.S.; ALVES, C.A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p.27-42. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>>. Acesso em: 28 abril 2016.

LAWN, C. *Compreender Gadamer*. Tradução Hélio Magri Filho. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

LIMA, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 369-379, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>>. Acesso em 24 maio. 2017

LUIZ, M.T. Cultura Contemporânea e Medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, v.7, n. 1, 1997, p. 13-43. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v7n1/02.pdf>> Acesso em: 09 nov. 2014.

MARANHÃO, E.A. A construção coletiva das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da Saúde: uma contribuição para o Sistema único de Saúde. In: ALMEIDA, M. (Org.). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Londrina: Rede Unida, 2003, p. VII-XVI.

MARIN, M.J.S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem.. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 13-

20, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a03v34n1.pdf>>. Acesso em 24 maio 2017.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em 24 maio 2017.

PAVIANI, J. *Uma introdução à Filosofia*. Caxias do Sul: Educs, 2014.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; DE MATTOS, R.A. (Org.). *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ; ABRASCO, 2006. p. 13-35.

RAMOS, M.N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 80, set. 2002, p. 401- 422. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12939.pdf>>. Acesso em 24 maio. 2017.

_____. Pedagogia das Competências. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009a. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pedcom.html>>. Acesso em 24 maio 2017.

_____. Currículo por Competências. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009b. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/curcom.html>>. Acesso em 29 maio 2017.

SACRISTÁN, J.G. Introdução. In: SACRISTÁN, J.G. et al (Orgs). *Educar por competências*. O que há de novo? Tradução Carlos Henrique Lucas Lima. Porto Alegre: Artmed, 2011, pp. 7-11.

STEDILE, N.L.R.; FRIENDLANDER, M.R. Metacognição e Ensino de Enfermagem: uma combinação possível? *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 792-799, nov./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600014&script=sci_arttext>. Acesso em 26 jun. 2014.

STEIN, E. *Inovação na Filosofia*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2011.

CIP – Catalogação na Publicação

M298d Maraschin, Renata

Diálogo ética e saúde : formação profissional na perspectiva hermenêutica / Renata Maraschin. – 2017.
112 f. ; 31 cm.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Almir Dalbosco.
Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de Passo Fundo, 2017.

1. Ensino superior. 2. Formação profissional - Saúde.
3. Hermenêutica. I. Dalbosco, Cláudio Almir, orientador.
II. Título.

CDU: 61:378

Catalogação: Bibliotecário Luís Diego Dias de S. da Silva – CRB 10/2241