

A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello¹

Simone Tetu Moysés²

Samuel Jorge Moysés³

Introdução

O objetivo geral deste artigo é problematizar os pressupostos teóricos do debate contemporâneo sobre a educação, registrando-se aqui a proeminência do discurso da mudança neste campo (Gomes, 2002; Xavier, 1997) e, particularmente, da formação profissional em saúde (Machado et al., 2007; Pereira, 2003; Vilela, Mendes, 2003). O objetivo central é explorar a adoção dos referenciais amplos da Promoção da Saúde (PS) como um dos aspectos substanciais de mudança, reiteradamente enfatizado na educação e no trabalho, para fazer frente a certas características perturbadoras das sociedades contemporâneas, que afetam negativamente as relações profissionais e os desfechos em saúde.

Se o trabalho em saúde é primariamente determinado pelo perfil profissional, caberia perguntar se tal perfil apresenta traços gerais detectáveis em uma específica formação social, historicamente dada. A tarefa imputada por tal questionamento afigura-se intrincada, sobretudo quando se dá saliência ao fato de que não é apenas uma profissão (e seu respectivo perfil) envolvida nas práticas de saúde.

Isto engendra um heterogêneo universo de policompetências, já que a organização da prática de saúde moderna é necessariamente interativa, com profissionais de várias carreiras e níveis de escolaridade partilhando espaços de iniciativa e de corresponsabilização, com utilização de suas aptidões intelectuais e afetivas, com coordenação de tarefas e intercâmbios de comunicação e informação (Vasconcelos, 2005, Morin, 2004). As competências especializadas deixam de ser exclusivas e autônomas, na medida em que as policompetências as cruzam e articulam. Contudo, importantes assimetrias podem ocorrer na prática, decorrentes de nível de escolaridade e acumulação de poder técnico-científico e/ou social. Há que se considerar ainda que, mesmo após a obtenção regulamentar dos “passaportes” profissionais para o mundo do trabalho (certificados, bacharelados, licenciaturas, diplomas), a formação profissional segue seu curso diversificado, por processos formais e/ou informais, em algo que genericamente se caracteriza como “educação permanente”.

Todas as fases educativas implicadas na formação de uma equipe multiprofissional de saúde, seja em regime escolar ou não, são permeadas

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Rua Rosa, 159, Florianópolis, SC, Brasil. 88.040-270. alfm@terra.com.br

^{2,3} Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

atualmente pelo discurso da reorganização dos modelos de atenção e das práticas de saúde, sobretudo no âmbito das políticas que configuram o Sistema Único de Saúde (SUS) dos brasileiros.

Quando a formação é problematizada, observa-se relativo consenso, entre os críticos da educação dos profissionais de saúde, quanto ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, com fortes e distorcidas reminiscências flexnerianas (Flexner, 1910). Com sua ênfase no conhecimento experimental de base clínica e laboratorial, proveniente da pesquisa realizada geralmente sobre doenças infecciosas, reforça-se a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo (Paim, Almeida Filho, 1998). O modelo pedagógico que se torna hegemônico é conteudista e organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em partes estanques. Dissocia conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário ou ambulatório especializado, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a especialização precoce, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. O ensino é tecnicista e preocupado com a sofisticação dos procedimentos, favorecendo a agregação tecnológica intensiva e, muitas vezes, desprovida de avaliação de efetividade.

Movimentos de mudança em relação à educação e a saúde

Especificamente em relação à formação em saúde, há um instruído arcabouço legal presente tanto na Constituição Nacional (Brasil, 1988), como na Lei Orgânica da Saúde (Carvalho, Santos, 1995), passando pela Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (Brasil, 2002a), e culminando com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Brasil, 1996), com respectivas diretrizes curriculares nacionais (DCN) para as várias profissões (Fernandes et al., 2005; Pereira, 2003; Brasil, 1996; Pierantoni, 2001). Aprovadas, em sua maioria, entre 2001 e 2002, as DCN dos cursos de graduação em saúde (exceto Medicina Veterinária, Psicologia, Educação Física e Serviço Social) afirmaram que a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

A educação é o setor que detém os instrumentos de gestão e a legitimidade de regulação da educação nacional, entretanto, as funções sociais do ordenamento, controle, fiscalização, auditoria e avaliação são, em última instância, funções de Estado e, assim, ganham igualmente importância no setor da saúde. Como lembram Ceccim e Feuerwerker (2004a), os dois setores, pela legitimidade e legalidade, ora de um, ora de outro, devem ocupar-se das funções de regulação de Estado no tocante à formação na área da saúde. Argumentam ainda estes autores que toda a regulação relativa à saúde deveria ser usuário-centrada, ou seja, voltada aos interesses de saúde dos cidadãos-usuários de serviços, sendo tais interesses motivos centrais para se ordenarem serviços de atenção e instituições de formação de profissionais de saúde.

Ao assumir o pressuposto anterior, ou seja, a importância finalística do processo de formação/atuação profissional, inexoravelmente atrelado ao potencial de vida e saúde das pessoas, isto nos remete à produção social da saúde (e da doença) e, por consequência, ao campo da PS. Na base do processo político de lutas pela criação do SUS encontra-se o conceito ampliado de saúde. Este conceito evoca a necessidade de se criarem políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população. Nesse sentido, o SUS dialoga criticamente e incorpora muitas das reflexões e ações que são reivindicadas pela PS, em âmbito nacional ou internacional. A PS, como uma das estratégias de produção social de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias de intervenção social promotoras de saúde, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (Brasil, 2006).

Simultaneamente, universidades também constituem espaços sociais estratégicos para a PS por sua contribuição potencial à saúde de grupos populacionais específicos a elas relacionados, com consequente impacto sobre a população geral. Promover saúde, seja no âmbito acadêmico, seja nos serviços, implica

proporcionar à população as condições necessárias para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo “paz, educação, moradia, alimentação, renda, um ecossistema saudável, justiça social e equidade”. Tal conceito baseia-se nos seguintes princípios: (I) que saúde deve ser parte integrante de ações voltadas para o desenvolvimento; (II) que saúde pode ser melhorada por meio da modificação do ambiente físico, social e econômico; (III) que as condições em espaços sociais como a casa, a escola, a universidade, a comunidade, o local de trabalho e a cidade influenciam profundamente a condição de saúde das pessoas; e (IV) que ações intersetoriais voltadas para a saúde são necessárias no nível local. Por isso, é essencial que pessoas e organizações assumam seu papel na criação de oportunidades, escolhas e ambientes saudáveis, mediante o comprometimento político com o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde (Moysés, Moysés, Krempel, 2004; Sícoli, Nascimento, 2003).

Ao se discutir o referencial estratégico para o desenvolvimento de projetos de ambientes saudáveis, tais como o projeto de Universidades Saudáveis, alguns aspectos importantes sobre o papel das universidades no século XXI, seu potencial para promover saúde e as justificativas para seu envolvimento neste processo podem ser apontados.

O papel das universidades no século XXI, sob a referência da promoção da saúde

O papel das universidades no século XXI vem sendo tema de muitas discussões. Alguns aspectos-chave que poderiam ser destacados incluem missões e papéis institucionais desejáveis e recomendados na literatura (Tsouros et al., 1998, p.33):

A universidade constituindo-se como um centro de aprendizagem e desenvolvimento, com ações em educação, treinamento e pesquisa;

A universidade também deve ser um centro de criatividade e inovação, expressa no processo de aprendizagem, na organização, junção e aplicação do conhecimento e na compreensão intra e interdisciplinar;

De modo amplo, a universidade caracteriza-se como um ambiente em que alunos deveriam desenvolver independência e aprender habilidades para toda a vida mediante vivências de experimentação e exploração;

As mudanças na educação superior têm oportunizado que as universidades tornem-se ambientes onde profissionais maduros também possam passar por processos de aprendizagem;

Uma universidade é um recurso e uma parceira para comunidades locais.

Todos estes papéis oferecem oportunidades para uma universidade influenciar a saúde e a qualidade de vida de seus membros e a comunidade externa, contribuindo para o conhecimento e o reforço da cidadania. Universidades Promotoras de Saúde integram o comprometimento com a sociedade, em seu amplo aspecto, nas políticas e práticas universitárias.

A abordagem da PS em ambientes sociais tem o potencial de ampliar a contribuição das universidades de várias formas:

1 Universidades são instituições onde muitas pessoas vivem e experimentam diferentes aspectos de suas vidas: pessoas aprendem, trabalham, socializam e aproveitam seu tempo de lazer, além de, em muitos casos, utilizarem serviços oferecidos. Universidades, portanto, têm um amplo potencial para proteger a saúde e promover o bem-estar de estudantes, funcionários (acadêmicos e não-acadêmicos) e a comunidade, em toda sua abrangência, pelas políticas e práticas empregadas;

2 Universidades formam estudantes que são ou serão profissionais e formuladores de políticas com o potencial de influenciar as condições que afetam a qualidade de vida de pessoas. Mediante o desenvolvimento do projeto político-pedagógico e de pesquisa, universidades podem ampliar o conhecimento e o comprometimento com a PS de um vasto número de sujeitos capacitados e educados em várias áreas de atuação. Isto inclui, portanto, o comprometimento não apenas de profissionais da área de saúde, mas também aqueles dos cursos das áreas sociais, tecnológicas e humanas;

3 Sua ação comunitária dá oportunidade, para servir de exemplo, de boas práticas em relação à PS e de usar sua influência em benefício da saúde e qualidade de vida da comunidade local, nacional e internacional.

Em síntese, universidades possuem potencial para contribuir com a saúde em três áreas distintas: a) Criando ambientes de trabalho, aprendizagem e vivências saudáveis para estudantes e funcionários; b) Ampliando a importância da saúde, promoção da saúde e da saúde pública no ensino e na pesquisa; c) Desenvolvendo alianças e parcerias para a promoção da saúde e atuação comunitária.

Além disto, problematizar a formação a partir da PS é interrogar, de saída, um de seus alicerces mais densos: a intersetorialidade. Sim, pois a tarefa constitucional designada pela reforma sanitária brasileira de formular políticas de formação para a área da saúde remete à ação intersetorial de coalizão com as tarefas do setor da educação. Dentre as várias possibilidades de abordagem sobre o campo da PS e suas inter-relações com a formação profissional, a reflexão produzida a seguir enfatizará a intersetorialidade como um dos elementos de base na formação profissional em nível universitário.

A intersetorialidade como fundamento da formação profissional com base na promoção da saúde

Nas últimas décadas, instituições multilaterais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), bem como governos nacionais, regionais e locais, e mesmo organizações do terceiro setor, têm disseminado o conceito e apoiado a estratégia de criação de Ambientes Saudáveis (OPAS, 2003; WHO, 1998). Estimulam-se agentes nacionais e internacionais, comunidades, organizações governamentais e não governamentais e o setor privado a investirem em estratégias, tais como a Escola Promotora de Saúde e a Universidade Saudável, pelo seu potencial em promover a saúde de estudantes, trabalhadores, famílias e demais membros da comunidade (PUC-PR, 2008; University of Toronto, 2007; Moysés et al., 2003).

Fundamentalmente, o próprio processo formativo de novos profissionais para a sociedade pode ocorrer de modo precocemente atrelado aos conceitos e práticas da PS; ou seja, além de uma vivência interiorizada individualmente pelo profissional em sua aprendizagem, o próprio ambiente da aprendizagem atuaria como uma exterioridade contextual influenciando a absorção de valores e práticas vinculadas à PS. O desenvolvimento de projetos de PS dentro do espaço das universidades tem sido reconhecido como uma alternativa intersetorial viável, que resulta em melhores processos formativos e na melhoria da qualidade de vida de uma importante parcela da população. Especificamente, ações promocionais voltadas para estudantes favorecem uma formação integral, estimulando a prática profissional responsável, engajada com a realidade social (Tsouros et al., 1998).

Tal estratégia oportuniza ações de PS que reforçam a compreensão e aplicação dos compromissos assumidos internacionalmente, tanto na área específica da saúde, quanto nas áreas de direitos sociais e de desenvolvimento sustentável, amplamente discutidos em eventos/declarações internacionais de PS (Brasil, 2002b): na Declaração de Alma Ata (1978), na Carta de Ottawa (1986), nas Conferências de Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), na Declaração de Jacarta (1997), na Conferência do México (2000), na Conferência de Bangkok (2005), bem como em outros eventos/declarações como a Agenda 21 (1992), Carta do Caribe (1993) e na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente (1995).

A Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) já propusera uma definição em 1990, segundo a qual a Promoção da Saúde é: "a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva" (De Salazar, 2004, p.21). Tais ações são categorizadas por Green e Kreuter (1990, p.321) quando afirmam que a PS é uma "combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades". Ou seja, mais uma vez, reafirma-se a relação indissociável entre políticas e ação planejada que inclui a esfera formal da educação e a esfera do trabalho em saúde, repercutindo na sociedade.

Ocorre que o mundo da formação pode ser mais ou menos permeável ao mundo do trabalho, e vice-versa, conforme a força histórica dos intercâmbios presentes na realidade. A formação dos profissionais de saúde é um projeto educativo que extrapola o domínio técnico-científico de uma dada profissão e se estende para outras esferas de ação com profundo impacto social (Ceccim, Feuerwerker,

2004b). Enquanto a mudança na graduação e a implementação das diretrizes curriculares na área da saúde não entrarem na agenda institucional, incluindo as pró-reitorias de graduação, o potencial dos movimentos de mudanças será sempre limitado. Será mais difícil atingir o núcleo duro da organização da graduação e, em consequência, as mudanças serão ainda periféricas. E mais, as políticas de saúde e de educação, para favorecer a formação de profissionais com perfil adequado à atenção à saúde de qualidade, também não podem se restringir à graduação. Precisam atingir também as políticas de especialização, de residência, de pós-graduação *stricto sensu*. Não é demais lembrar o poder, o impacto e a influência que as pós-graduações detêm sobre a graduação, com seu *status* de produtoras de conhecimento.

Por que as universidades deveriam se envolver?

Universidades envolvidas com projetos de PS podem obter muitos benefícios, desde a valorização de sua imagem pública, sua importância para a saúde local, regional e nacional, a melhoria dos projetos institucionais e pedagógicos, incluindo a melhoria da qualidade de vida dos envolvidos, e as condições de atividade e de permanência das pessoas que ali trabalham, estudam, vivem e socializam.

Em termos acadêmicos, um projeto como este tem o potencial de reforçar as discussões sobre saúde em várias áreas acadêmicas. Pode ampliar a credibilidade de pesquisas inovadoras na área, além de dar suporte para uma mudança no foco das pesquisas, direcionando-as mais para ações ampliadas, interdisciplinares, voltadas para a busca de soluções de impacto sobre a qualidade de vida e o combate às desigualdades sociais e de saúde.

O principal desafio de uma Universidade Saudável é integrar a PS nas políticas e práticas universitárias. Isto pode ser obtido por intermédio de: desenvolvimento de políticas saudáveis e planejamento sustentável na universidade; criação de ambientes saudáveis de trabalho; oferecimento de ambientes de suporte social e cuidados primários em saúde; facilidades para o desenvolvimento pessoal e social; encorajamento da ampliação do interesse acadêmico por PS, e desenvolvimento de parcerias com a comunidade.

Limites e possibilidades para a mudança

Segundo os depoimentos e experiências variadas dos participantes de oficina de trabalho no V Congresso Nacional da Rede Unida, para discutir a PS nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde (Teixeira et al., 2005), ainda há pouca atenção dispensada à PS nos cursos de graduação das profissões superiores da área da saúde. O marco inovador do movimento mundial pela PS, desdobrado a partir da Carta de Ottawa e iniciativas subsequentes, fala de um espaço institucional e social transformado para a PS florescer. Dentro de um novo marco definidor, seria possível uma agenda teórico-operativa de intervenção potente na realidade, com vistas à construção de sujeitos em luta pela conquista de sua cidadania, o que exige o empoderamento de tais sujeitos, copartícipes na construção social da saúde como vetor para a melhoria da qualidade de vida.

Teixeira et al. (2005) identificam forças restritivas ou impulsionadoras para que uma agenda propositiva da PS ganhe materialidade nas instituições formadoras e nas instituições prestadoras de serviços.

Dentre as forças restritivas, podem ser mencionadas: a) muitas experiências tradicionais, autodenominadas como “promotoras de saúde”, ainda são realizadas de modo tópico, isolado, microdisciplinar, com baixa sustentabilidade institucional, sendo extremamente dependentes do voluntarismo de poucos docentes com poder de vocalização e influência quase marginal no âmbito da política pedagógica das instituições de Ensino Superior; b) a PS deve necessariamente ser diferenciada da atuação do setor saúde na prevenção de doenças ou da “educação sanitária” convencional, no sentido estrito, para desfazer confusões conceituais frequentes, que geram reducionismos incompatíveis com o nível teórico já alcançado hoje, mundialmente, com o conceito ampliado de PS; c) resistências culturais dentro das instituições, arraigadas há muitas décadas ao modelo cartesiano e positivista que induz à fragmentação, mecanização e disciplinarização; d) alta valorização ideológica de componentes assistencialistas e/ou clínicos curativos e baixo *status quo* conferido às práticas

promocionais de saúde; e) *ethos* institucional dominado pela cultura de “corporações”, com foco no mercado e na prática privada, o que dificulta a integração com a esfera pública; f) uma relativa ambiguidade e/ou confusão conceitual, em que muitos concordam em tese com as propostas, muitas vezes considerando-as “nobres” ou “simpáticas”, sobretudo aquelas relacionadas com a formação em consonância com as necessidades do SUS, mas revelando grande desconhecimento (ou desinteresse) em sua operacionalização; g) pouca e nenhuma identificação de muitos docentes, alunos e dirigentes universitários com a proposta constante nas referidas diretrizes. Segundo depoimentos relatados em Teixeira et al. (2005), inclusive em situações que envolviam avaliações oficiais realizadas pelo Ministério da Educação (INEP), muitos dirigentes universitários, professores e alunos entrevistados revelavam profundo desconhecimento sobre as reformas educacionais em curso no Brasil, sobretudo relativas aos novos projetos político-pedagógicos. Alguns desconheciam as bases referenciais mínimas para uma efetiva implantação de ações de PS; outros se mostraram francamente contrários à implementação de DCN em sintonia com o SUS.

Para fazer frente a tais dificuldades históricas, epistemológicas e ideológicas, sem dúvida as novas diretrizes curriculares nacionais, ao respeitarem o espírito da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior no Brasil, apresentam-se como dispositivos muito avançados e úteis. Assim, algumas forças impulsionadoras também são identificadas: a) a análise cuidadosa das DCN permite perceber a transversalidade com que a PS é concebida, não mais como uma disciplina ou um “conteúdo” dentro de uma disciplina, mas uma visão transdisciplinar que perpassa toda a formação, não subsistindo apenas na área da saúde, mas na visão da universidade como um todo; b) o estabelecimento de projetos político-pedagógicos e de desenvolvimento institucional que avancem para uma relação e integração intercurso (ciência biológicas e da saúde, ciências sociais e humanas, ciências jurídicas, ciências exatas), bem como para a constituição da própria universidade como um “ambiente” saudável e promotor da saúde da coletividade com ela envolvida; c) a vinculação orgânica da universidade com as comunidades locais, onde projetos intersetoriais sejam implementados; d) esta nova relação da universidade para dentro de si mesma e para o mundo social que a atravessa pode criar dispositivos potentes para vencer resistências dentro de setores públicos e privados, particularmente nos serviços que prestam atendimento direto ao público – em especial nos serviços de saúde; e) o estabelecimento de projetos intercurso que contextualizem e potencializem abordagens pedagógicas nos quais a interdisciplinaridade, a integralidade, a humanização e a construção da autonomia dos sujeitos colocam-se como pilares da construção de projetos político-pedagógicos; f) ênfase especial deve ser dada à possibilidade concreta de diversificação de cenários pedagógicos, em processos ativos de aprendizagem, em que a realidade social, com suas profundas iniquidades, seja apreendida precocemente pelos acadêmicos, no processo de construção de sua própria cidadania. Este, aliás, é um dos principais trabalhos de facilitação de educadores comprometidos.

Se a qualidade de vida e a saúde são determinadas e condicionadas pelo processo social, não resta dúvida de que projetos integrados (intercurso) de intervenção na realidade social, seja por meio de iniciação científica, de pesquisa pós-graduada, de prestação de serviços, de aprendizagem por projetos ou de aprendizagem baseada em problemas, qualquer destas intervenções pode conduzir a uma percepção valorativa da PS como eixo explicativo que busca a raiz dos problemas e suas respectivas soluções.

As potencialidades presentes nas DCN podem ser sinteticamente descritas a seguir:

1 Genericamente, nas diretrizes dos cursos da saúde, a PS aparece como um campo de competências e habilidades que devem ser desenvolvidas, incluindo a competência individual e coletiva de compreender e se situar criticamente frente a uma realidade em transformação;

2 O entendimento de que os profissionais da saúde, além de técnicos competentes em suas atribuições específicas, devem ser cidadãos participantes, que contribuem socialmente para a melhoria da qualidade de vida da comunidade em geral;

3 O reconhecimento de que a diversidade de cenários em que a PS opera conduz ao maior respeito ao pluralismo e à diversidade cultural, embora isto não deva conduzir a um “relativismo” inócuo e vazio, ou seja, a um “vale-tudo” conceitual;

4 Fica patente que a PS estabelece um compromisso com a autodeterminação das pessoas, ou que pode trazer a benéfica consequência do autocuidado e da (des)medicalização cara e ineficaz;

5 A utilização plena de tecnologias de informação e comunicação produz um ambiente menos contaminado por “ruídos” e mal-entendidos, ou seja, a PS em sua dimensão comunicativa estabelece relações mais horizontalizadas, trabalhos em equipes multiprofissionais que produzem em redes colaborativas, o que reduz barreiras comunicativas entre profissionais e destes com a população, bem como a superação de estreitamentos corporativos;

6 Estímulo às dinâmicas de trabalho em grupo por favorecerem discussão coletiva e relações interpessoais;

7 Um marco ético regulatório fundamental se estabelece com o pleno desenvolvimento da PS em uma política institucional ou interinstitucional.

Teixeira et al. (2005) apresentam algumas sugestões de natureza estratégica para o atual momento de implementação das DCN, muitas já assimiladas na atual política de gestão do trabalho e da educação em saúde (por exemplo, presentes nas agendas do Ministério da Saúde, da Educação e da Ciência e Tecnologia), incluindo: (i) os estágios em unidades do SUS, o incentivo a mudanças curriculares e novos projetos pedagógicos que levem em conta as necessidades locais - particularmente da população pobre e excluída; (ii) a imbricação da universidade com os serviços, potencializando a formação em serviço, com base em estratégias tais como a Saúde da Família, que, a partir do cadastro familiar, avança para o diagnóstico comunitário integrado; (iii) a capacitação de professores e gestores universitários, em temas como gestão participativa no SUS ou em política pública para docentes; (iv) busca do fortalecimento das lutas sociais por mais qualidade de vida, implicando que a universidade também assuma tal compromisso; (v) as DCN constituem, atualmente, o único instrumento normativo disponível, além da avaliação institucional, para induzir mudanças na formação dos profissionais da saúde, convergentes com os interesses da sociedade brasileira. Tais diretrizes deveriam ser consideradas na avaliação das condições de ensino, como estratégia de indução reflexiva para que gestores universitários, docentes e alunos incorporem a PS.

Considerações finais

Há que se assumir as dificuldades na realização das mudanças anunciadas no plano legal e discursivo, em relação à formação profissional. De fato, não parece possível produzir a mudança pretendida sem interferir simultaneamente no mundo da formação e no mundo do trabalho. A agenda dos processos de mudança vai se tornando mais complexa na medida em que as diferentes experiências se materializam para além dos discursos e possibilitam uma compreensão mais abrangente e sistemática sobre a natureza da mudança, suas implicações, as relações entre a formação e a organização do trabalho em saúde. Aí surgem: as especificidades educacionais envolvidas, a complexidade das instituições de ensino e de saúde, a diversidade dos atores, as distintas culturas desafiadas, os tensionamentos frente às relações de poder instituído, os enfrentamentos que transcendem o espaço do particular e alcançam o espaço coletivo amplo dos projetos societários.

A presença da universidade, com seus respectivos cursos e projetos pedagógicos, no ambiente local onde atua, estreitando laços com a comunidade em geral e com as políticas públicas, pode ser um caminho para a concretização do diagnóstico situacional participativo e do enfrentamento comum dos problemas, onde as soluções já nasçam integradas. Neste ambiente, a PS tem grandes chances de frutificar.

Uma das conclusões a que se pode chegar é que mudanças duradouras e profundas somente serão construídas de maneira ampla se houver políticas públicas saudáveis operando nesse sentido. Então, uma das bandeiras dos movimentos de mudança deveria ser a reivindicação de políticas públicas de saúde e de educação que favoreçam, apoiem, estimulem os processos de transformação das práticas no sentido da adoção dos referenciais amplos da Promoção da Saúde (PS).

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006)
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)**. Quarta versão, 2002a. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Normas/NOB_RH_SUS.pdf>. Acesso em: 12 set. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.
- _____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2001.
- _____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico, 1988.
- CARVALHO, G.; SANTOS, L. **Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90) - Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.5, p.1400-10, 2004a.
- _____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004b.
- DE SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud**. Guía de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPAS, 2004.
- FERNANDES, J.D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.39, n.4, p.443-9, 2005.
- FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. Bulletin number four (the Flexner report). New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- GOMES, J.B.; CASAGRANDE, L.D.R. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.10, n.5, p.696-703, 2002.
- GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. Health promotion as a public health strategy for the 1990s. **Annu. Rev. Public Health**, v.11, p.319-34, 1990.
- MACHADO, M.D.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2, p.335-42, 2007.
- MORIN, E. ¿Podemos reformar la administración pública? In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA EL DESARROLLO (CLAD) SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 9., 2004, Madrid. **Annales ... Madri**, 2008. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/congreso/morinesp.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2008.
- MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.3, p.627-41, 2004.
- MOYSES, S.T. et al. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. **Health Prom. Int.**, v.18, n.3, p.209-18, 2003.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Municípios e comunidades saudáveis. **Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida**. Brasília: OPAS/W.K. Kellogg Foundation, 2003.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.D. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saude Publica**, v.32, n.4, p.299-316, 1998.
- PEREIRA, A.L.D.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saude Publica**, v.19, n.5, p.1527-34, 2003.
- PIERANTONI, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.2, p.341-60, 2001.
- PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA. **Projeto Universidade Saudável**. Disponível em: <<http://www.universidadesaudavel.com.br/>>. Acesso em: 3 maio 2008.
- SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R.D. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.7, n.12, p.101-22, 2003.
- TEIXEIRA, A.V. et al. A promoção da saúde nas diretrizes curriculares dos cursos de saúde e nos novos projetos pedagógicos. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, 6., MOSTRA DE PRODUÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE MINAS GERAIS, 1., FÓRUM NACIONAL DE REDES EM SAÚDE, 2., REUNIÃO DE PÓLOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, 2005, Belo Horizonte. **Relatório final...** Belo Horizonte, 2005. (Oficina 48).
- TSOUROS, A.D. et al. **Health promoting universities: concepts, experience and framework for action**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
- UNIVERSITY OF TORONTO. **Centre for Health Promotion**. University of Toronto. Disponível em: <<http://www.utoronto.ca/chp/>>. Acesso em: 3 mai. 2007.
- VASCONCELOS, C.M.D. **Paradoxos da mudança no SUS**. 2005. Tese (Doutorado) - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas. 2005.
- VILELA E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.11, n.4, p.525-31, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO's Global School Health Initiative: Health Promoting Schools; a healthy setting for living, learning and working**. Geneva: WHO, 1998. (Report nº: WHO/HPR/HEP/98.4).
- XAVIER, O.S. A Educação no Contexto das Mudanças. **Rev. Bras. Estud. Pedag.**, v.78, n.188/189/190, p.285-304, 1997.

Discute-se a Promoção da Saúde (PS) na perspectiva de um arranjo teórico-político, organizativo e prático capaz de influenciar processos de mudança na formação profissional em saúde. Com foco no conceito de Universidade Promotora de Saúde, particularmente em aspectos como intersetorialidade e ambientes saudáveis, discutem-se os movimentos históricos e institucionais de mudança, apresentando alguns limites e possibilidades, relativos aos processos de mudança em curso no setor da educação e da saúde, no Brasil contemporâneo. A incorporação da PS no cotidiano profissional faz emergir possibilidades e espaços de mudança, particularmente aqueles relativos ao processo de implementação de novos projetos pedagógicos e diretrizes curriculares nacionais. A construção do conhecimento e das novas práticas indica mudanças ainda tímidas, mas aponta para novas estratégias que poderão orientar a condução de ações pedagógicas mais potentes, voltadas para a PS e melhoria da qualidade de vida, e para a implementação de políticas públicas mais saudáveis e efetivas.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Universidade. Educação. Políticas públicas.

The health-promoting university and changes in professional training

This paper discusses health promotion (HP) from the perspective of a theoretical-political, organizational and practical arrangement that is capable of influencing change processes within professional healthcare training. Focusing on the concept of the health-promoting university, and particularly on the matters like intersectorality and healthy environments, historical and institutional movements for change are discussed, presenting some limits and possibilities relating to change processes in course, in the education and health sectors in contemporary Brazil. Incorporation of HP within professional routines allows some possibilities and spaces for change to emerge, particularly those relating to the process of implementing new pedagogical projects and national curriculum guidelines. The knowledge and new practices constructed indicate that the changes still lack strength, but point towards new strategies that may guide pedagogical actions into more potent directions, aimed towards HP and improvement of quality of life, and towards implementation of healthier and more effective public policies.

Keywords: Health promotion. University. Education. Public policies.

La universidad promotora de la salud e los cambios en la formación profesional

Se discute la Promoción de la Salud (PS) en la perspectiva de un arreglo teórico-político, organizativo y práctico capaz de influir en procesos de cambio en la formación profesional en salud. Enfocando el concepto de Universidad Promotora de Salud, particularmente en aspectos como inter-sectores y ambientes saludables, se discuten los movimientos históricos e institucionales de cambio en curso en el sector de la educación y de la salud en el Brasil contemporáneo. La incorporación de la PS en el cotidiano profesional hace emerger posibilidades y espacios de cambio, particularmente los relativos al proceso de implementar nuevos proyectos pedagógicos y directrices curriculares nacionales. La construcción del conocimiento y de las nuevas prácticas indica cambios todavía tímidos pero apunta nuevas estrategias que podrán orientar la conducción de acciones pedagógicas más potentes vueltas a la PS y la mejora de la calidad de vida y para la implementación de políticas públicas más saludables y efectivas.

Palabras clave: Promoción de la salud. Universidad. Educación. Políticas públicas.

Recebido em 03/08/2008. Aprovado em 27/07/2009.