

MATIZES DAS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO

Organização

Glebson Moura Silva

Roxane de Alencar Irineu

MATIZES DAS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO

Organização

Glebson Moura Silva

Roxane de Alencar Irineu



2021 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Higor Costa de Brito

Matizes das metodologias ativas de ensino está licenciado sob CC BY 4.0.



Esta licença exige que as reutilizações deem crédito ao criador. Ele permite que os reutilizadores distribuam, remixem, adaptem e construam o material em qualquer meio ou formato, mesmo para fins comerciais.

O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Editora Ampla. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores. Todos os direitos para esta edição foram cedidos à Editora Ampla.

ISBN: 978-65-88332-65-8

DOI: 10.51859/ampla.mma658.1121-0

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil
contato@amplaeditora.com.br
www.amplaeditora.com.br



2021

CONSELHO EDITORIAL

Andréa Cátia Leal Badaró – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Andréia Monique Lermen – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Antoniele Silvana de Melo Souza – Universidade Estadual do Ceará
Bergson Rodrigo Siqueira de Melo – Universidade Estadual do Ceará
Bruna Beatriz da Rocha – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Caio César Costa Santos – Universidade Federal de Sergipe
Carina Alexandra Rondini – Universidade Estadual Paulista
Carla Caroline Alves Carvalho – Universidade Federal de Campina Grande
Carlos Augusto Trojaner – Prefeitura de Venâncio Aires
Carolina Carbonell Demori – Universidade Federal de Pelotas
Cícero Batista do Nascimento Filho – Universidade Federal do Ceará
Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Daniela de Freitas Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Denise Barguil Nepomuceno – Universidade Federal de Minas Gerais
Dylan Ávila Alves – Instituto Federal Goiano
Edson Lourenço da Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí
Elane da Silva Barbosa – Universidade Estadual do Ceará
Érica Rios de Carvalho – Universidade Católica do Salvador
Gilberto de Melo Junior – Instituto Federal do Pará
Higor Costa de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Italan Carneiro Bezerra – Instituto Federal da Paraíba
Ivo Batista Conde – Universidade Estadual do Ceará
Jaqueline Rocha Borges dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Jessica Wanderley Souza do Nascimento – Instituto de Especialização do Amazonas
João Henriques de Sousa Júnior – Universidade Federal de Santa Catarina
João Manoel Da Silva – Universidade Federal de Alagoas
João Vitor Andrade – Universidade de São Paulo
Joilson Silva de Sousa – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
José Cândido Rodrigues Neto – Universidade Estadual da Paraíba
Jose Henrique de Lacerda Furtado – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Josenita Luiz da Silva – Faculdade Frassinetti do Recife
Josiney Farias de Araújo – Universidade Federal do Pará
Karina de Araújo Dias – SME/Prefeitura Municipal de Florianópolis
Laíze Lantyer Luz – Universidade Católica do Salvador
Lindon Johnson Pontes Portela – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lucas Capita Quarto – Universidade Federal do Oeste do Pará
Lúcia Magnólia Albuquerque Soares de Camargo – Unifacisa Centro Universitário
Luciana de Jesus Botelho Sodrê dos Santos – Universidade Estadual do Maranhão
Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Luiza Catarina Sobreira de Souza – Faculdade de Ciências Humanas do Sertão Central
Manoel Mariano Neto da Silva – Universidade Federal de Campina Grande
Marcelo Alves Pereira Eufrazio – Centro Universitário Unifacisa
Marcelo Williams Oliveira de Souza – Universidade Federal do Pará
Marcos Pereira dos Santos – Faculdade Rachel de Queiroz
Marcus Vinicius Peralva Santos – Universidade Federal da Bahia
Marina Magalhães de Moraes – Universidade Federal de Campina Grande
Nadja Maria Mourão – Universidade do Estado de Minas Gerais
Natan Galves Santana – Universidade Paranaense
Nathalia Bezerra da Silva Ferreira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Neide Kazue Sakugawa Shinohara – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Neudson Johnson Martinho – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso
Patrícia Appelt – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Paulo Henrique Matos de Jesus – Universidade Federal do Maranhão
Rafael Rodrigues Gomides – Faculdade de Quatro Marcos

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Ceará
Rebeca Freitas Ivanicska – Universidade Federal de Lavras
Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília
Ricardo Leoni Gonçalves Bastos – Universidade Federal do Ceará
Rodrigo da Rosa Pereira – Universidade Federal do Rio Grande
Sabrynna Brito Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais
Samuel Miranda Mattos – Universidade Estadual do Ceará
Shirley Santos Nascimento – Universidade Estadual Do Sudoeste Da Bahia
Silvana Carloto Andres – Universidade Federal de Santa Maria
Silvio de Almeida Junior – Universidade de Franca
Tatiana Paschoalette Rodrigues Bachur – Universidade Estadual do Ceará
Telma Regina Stroparo – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Thayla Amorim Santino – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Virgínia Maia de Araújo Oliveira – Instituto Federal da Paraíba
Virginia Tomaz Machado – Faculdade Santa Maria de Cajazeiras
Walmir Fernandes Pereira – Miami University of Science and Technology
Wanessa Dunga de Assis – Universidade Federal de Campina Grande
Wellington Alves Silva – Universidade Estadual de Roraima
Yáscara Maia Araújo de Brito – Universidade Federal de Campina Grande
Yasmin da Silva Santos – Fundação Oswaldo Cruz
Yuciara Barbosa Costa Ferreira – Universidade Federal de Campina Grande



2021 - Editora Ampla

Copyright © Editora Ampla

Editor Chefe: Leonardo Pereira Tavares

Design da Capa: Editora Ampla

Diagramação: Higor Costa de Brito

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Matizes das metodologias ativas de ensino [livro eletrônico] / organização Glebson Moura Silva, Roxane de Alencar Irineu. -- Campina Grande : Editora Ampla, 2021.
202 p.

Formato: PDF

ISBN: 978-65-88332-65-8

1. Formação profissional. 2. Ensino superior em Saúde.
3. Docentes 4. Discentes. I. Silva, Glebson Moura Silva.
II. Irineu Roxane de Alencar II. Título.

CDD-378.013

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213
(SC Assessoria Editorial, SP, Brasil)

Índices para catálogo sistemático:

1. Educação profissional 378.013

Editora Ampla

Campina Grande – PB – Brasil

contato@amplaeditora.com.br

www.amplaeditora.com.br



2021

PREFÁCIO

A educação brasileira atravessa momentos difíceis, em que o negacionismo científico e a tentativa de desacreditar a educação do cidadão nos encaminha para uma instabilidade na formação de profissionais que por ora a sociedade precisa.

Muitas universidades, na expansão e interiorização do Ensino Superior por meio de Políticas Públicas implementadas a partir de 2007, adotaram uma concepção curricular que defende o envolvimento do aluno no processo de aprendizagem na busca efetiva pela construção da relação prática-teoria na perspectiva de formar um profissional humanizado

Essa metodologia na qual acreditamos e que está apresentada neste livro, não é a que hegemoniza práticas conteudistas e individualistas, mas a que preconiza a formação geral do profissional da saúde, tomando como centralidade as questões práticas, científicas e de valorização do ser humano em toda sua amplitude. Em síntese, a formação por meio da práxis crítica humanizada. Enfim, colocar o futuro profissional da saúde a serviço da educação em saúde e prevenção e romper com a prioridade econômica.

Esse livro *Matizes das Metodologias Ativas de Ensino*, produto de duas importantes pesquisas realizadas no Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe, emergiu do desafio desses pesquisadores em evoluir de uma formação hegemonicamente estabelecida para trilhar caminhos metodológicos nunca antes trilhados. Portanto, os autores buscaram compreender como as metodologias ativas de ensino, que emergem da problematização de situações reais, estão sendo entendidas pelos docentes e discentes e sua eficiência na formação do futuro profissional da saúde, ao assumirem o compromisso com o ensino superior e a efetiva implementação de uma nova concepção de ensino e de currículo tão necessária para o enfrentamento dos problemas da saúde no contexto político e social do nosso país da atualidade.

O que está apresentado nesta publicação é a materialização de um trabalho desenvolvido por dois pesquisadores sérios e comprometidos que refletindo sobre seus diferentes campos de ação pedagógica, apresentam relevantes contribuições à reflexão sobre as metodologias ativas de ensino no processo de implementação de um currículo

que busca formar profissionais da saúde conscientes de sua função social mediante sua formação técnica e científica.

Sinto-me honrada em prefaciá-lo, principalmente porque ver o produto acadêmico tomar espaços além dos muros da universidade. A relevância de obras como essa nos enche de esperança que a Ciência se fortalece e cumpre sua função social.

Assim, é com a satisfação e a certeza de que essa importante produção acadêmica tem muito a contribuir com a sedimentação das metodologias ativas e com o avanço do currículo de formação profissional, tão importantes para a sociedade.

Desejo a todos e a todas uma boa leitura.

Prof^a Dr^a Maria Inês Oliveira Araújo

Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo

Pós-doutora pela Universidade do Porto

APRESENTAÇÃO

Este livro é resultado de duas pesquisas de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGED da Universidade Federal de Sergipe (UFS), realizadas por dois professores pertencentes ao Departamento de Enfermagem e Fonoaudiologia do Campus de Ciências da Saúde Prof. Antônio Garcia Filho da referida instituição de ensino. São autores deste livro, portanto, o Prof. Dr. *Glebson Moura Silva*, enfermeiro de formação e a Prof^a Dr^a *Roxane de Alencar Irineu*, fonoaudióloga, que tiveram a orientação da Prof^a Dr^a Maria Inês Oliveira Araújo e Prof^a Dr^a Maria Helena Santana Cruz, respectivamente. As pesquisas de ambos os docentes se entrecruzaram por ter como objeto de estudo a Metodologia Ativa de ensino utilizada no referido campus. Ainda que tendo cada tese suas especificidades, será apresentado neste livro o que há de comum entre elas, suas intersecções, bem como as análises realizadas que se complementaram. Ambas tiveram como objetivo compreender a proposta metodológica na perspectiva dos docentes e discentes em associação com o discurso impresso nos documentos oficiais, tudo isso favorecido pela imersão profissional dos autores deste livro.

O Campus funciona no município de Lagarto e foi fruto de um protocolo de intenções firmado entre o Ministério da Educação, o Governo do Estado de Sergipe e a Universidade Federal de Sergipe em 2009 objetivando a instalação de oito (08) cursos de graduação na área de saúde. Este projeto teve como meta o Plano Nacional de Educação, a expansão e interiorização do ensino superior, além do fortalecimento da região de Lagarto com a formação de profissionais qualificados para atender as demandas regionais.

Um aspecto diferenciador no processo de ensino-aprendizagem do Campus foi a utilização das metodologias da Aprendizagem Baseada em Problemas e Problematização. Estas, buscam contemplar as orientações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em saúde, que apontam para a necessidade de novas maneiras de ensinar com vistas à formação de um profissional crítico, autônomo e com maior capacidade para resolução de problemas.

Dessa forma, o livro está organizado em seis capítulos permeados pelos estudos de ambos os autores. No **capítulo 1**, *“O mundo do trabalho e a formação profissional”*, é apresentada uma discussão sobre as mudanças neste cenário a partir da reestruturação produtiva e sua repercussão na formação profissional. O **capítulo 2**, intitulado *“Contexto histórico das metodologias ativas no ensino superior em saúde”*, demonstra uma análise histórica dos pressupostos teóricos e filósofos que fomentaram na idealização desta perspectiva educacional e traz, ainda, políticas de saúde e educação que embasaram as mudanças no ensino superior em saúde. No **capítulo 3**, *“Panorama da implementação das metodologias ativas na formação em saúde”*, é apresentada uma discussão orquestrada por meio de um processo de revisão integrativa, como forma de busca das produções e conhecimentos circundantes à temática que influenciaram diretamente no processo de formação profissional em saúde. No **capítulo 4**, *“As diretrizes curriculares nacionais e a formação em saúde”*, é exposta uma discussão em torno dos fundamentos do currículo formatado pelas metodologias ativas, passeando por categorias que permeiam a compreensão entre formação em saúde e questões legais, metodológicas e de aprendizagem. No **capítulo 5**, *“Metodologias ativas de ensino na perspectiva dos discentes”*, são apresentados os conhecimentos dos estudantes quanto ao uso das metodologias ativas, do saber em torno dos dispositivos adotados pela universidade para o processo de ensino e o significado adquirido diante da vivência acadêmica. E, por fim, no **capítulo 6**, *“Experiência docente mediatizada pelas metodologias ativas”*, traz-se a análise e discussão dos resultados das questões referentes à experiência docente diante da mudança dos métodos de ensino.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - O MUNDO DO TRABALHO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL	11
DOI: 10.51859/AMPLA.MMA658.1121-1	
CAPÍTULO II - CONTEXTO HISTÓRICO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE	27
DOI: 10.51859/AMPLA.MMA658.1121-2	
CAPÍTULO III - PANORAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE	46
DOI: 10.51859/AMPLA.MMA658.1121-3	
CAPÍTULO IV - AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE	99
DOI: 10.51859/AMPLA.MMA658.1121-4	
CAPÍTULO V - METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO NA PERSPECTIVA DOS DISCENTES	126
DOI: 10.51859/AMPLA.MMA658.1121-5	
CAPÍTULO VI - EXPERIÊNCIA DOCENTE MEDIATIZADA PELAS METODOLOGIAS ATIVAS	165
DOI: 10.51859/AMPLA.MMA658.1121-6	
SOBRE OS ORGANIZADORES	201

CAPÍTULO I

O MUNDO DO TRABALHO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

DOI: 10.51859/amplla.mma658.1121-1

Roxane de Alencar Irineu

Neste capítulo será discutido o “trabalho” como categoria central na construção identitária do sujeito em formação, bem como as transformações ocorridas nele no contexto da reestruturação produtiva e a conseqüente repercussão na formação profissional e no trabalho docente em saúde. Para tanto, serão apresentados alguns conceitos de trabalho, organização produtiva e sua articulação com a subjetivação do indivíduo e conseqüente interação social, refletindo no trabalho em saúde. Acredita-se que nesses conceitos encontram-se a fundamentação deste livro por ser o “trabalho”, seus significados e sentidos uma das categorias que permeiam o estudo que aqui se inicia.

O conceito central da filosofia idealista alemã é aquele que diz que o homem, o mundo e a cultura são o resultado da atividade humana. Essa filosofia considera o homem como aquele que produz a si mesmo por meio da sua auto atividade, inclusive exerceu uma influência significativa sobre o pensamento de Marx e na formulação do seu próprio conceito de atividade ou de trabalho. Para Marx, é por meio de sua atividade prático-sensível que o homem provê as suas necessidades cotidianas e por meio do seu próprio trabalho o homem produz a si mesmo. Isso quer dizer que o homem é o resultado de sua atividade produtiva, através do trabalho o homem constrói a si mesmo, mais ainda, mediante o trabalho o homem se torna um ser histórico, uma vez que esse nascimento é obra de suas próprias mãos (MOURA, 2012).

1. TRABALHO E SISTEMAS PRODUTIVOS

As forças produtivas (máquinas, energia e outras) geram as relações de produção que trazem conseqüências sobre as relações sociais, isto é, para a forma como os seres



humanos vivem em sociedade. Portanto, para Marx, o pensamento e as ideias nascem da forma como o homem trabalha e produz no mundo. O trabalho é a base da sobrevivência humana, o ato primário e pressuposto de toda a história humana, consolidou a cultura dos povos e a diferenciação política interna de suas comunidades. Na sociedade atual o trabalho tem papel central na constituição das classes sociais e constitui-se na base da formação da identidade de seus indivíduos, portanto considera-se como um alicerce da construção do sujeito e de sua rede de significados. (PINTO, 2007).

Em oposição ao pensamento dos autores citados acima, Offe (1989), em seu texto “Trabalho: a categoria-chave da sociologia?”, tenta desconstruir o senso comum de que o trabalho está na centralidade da dinâmica da sociedade. O autor argumenta inicialmente que nas tradições clássicas da Sociologia marxista, o trabalho constitui sim o fato sociológico fundamental, considerando a sociedade moderna e sua dinâmica central como uma sociedade do trabalho, e justifica esclarecendo que esta centralidade relaciona-se aos seguintes fatos: em virtude da experiência sociológica do século XIX (revolução industrial) que consolidou o estabelecimento e rápido crescimento quantitativo do trabalho em sua forma pura, separado de outras atividades e esferas sociais; através da “compulsão à acumulação”, estimulada pelo modo de produção capitalista; pelo fato de o trabalho assalariado ter sido vinculado à organização e à divisão capitalista do trabalho, assim como aos processos de pauperização, alienação, racionalização e a formas organizadas e desorganizadas de resistência intrínseca a estes processos.

Ainda segundo Offe (1989), estas questões tornaram-se central nas pesquisas e formação teórica em ciências sociais. Por outro lado, levanta a tese de que o trabalho não é o princípio mais importante de organização das estruturas sociais e que a dinâmica do desenvolvimento social não é concebida como nascendo dos conflitos do empreendimento industrial, nem tampouco o desenvolvimento social depende das relações entre meios e fins técnico-organizacionais ou econômicos. Importante mencionar que o autor se fundamenta no período pós-industrial e não mais no bojo do trabalho desenvolvido dentro das indústrias. E destaca seus argumentos para a não-centralidade do trabalho: 1. Pesquisas sociológicas sobre a vida cotidiana representam uma ruptura com a centralidade do trabalho (“mundo-da-vida cotidiano” – Frankfurt);



2. Erosão das tradições culturais religiosas ou leigas; 3. Ausência de reconhecimento e atuação moral do trabalhador; 4. Padrão de “taylorização” e consequente eliminação do “fator humano”; 5. Ausência de vocação para o trabalho, antes considerado precondição do trabalho assalariado, hoje discutível; 6. Estrutura temporal do trabalho; 7. Aumento do tempo livre que tornou as experiências, orientações e necessidades paralelas mais proeminentes do que as baseadas no trabalho; 8. Experiência do desemprego ou aposentadoria involuntária que possibilitou um maior tempo das pessoas fora do trabalho assalariado, e consequentemente a descoberta de que o trabalho não representava mais um foco suficiente de organização de suas vidas.

Offe (1989) finaliza seus argumentos citando Lane (1978) que reitera: “a satisfação com atividades não relacionadas com o trabalho contribui mais do que qualquer outro fator para a satisfação existencial”. (p.817). Desta maneira, supõe-se que a dimensão produtiva deixou de ser a base exclusiva da origem dos conflitos sociais e as esferas simbólicas e subjetivas ganharam maior espaço e legitimidade na análise social. Os embates passaram a ocorrer na política do reconhecimento. (ENNES & MARCON, 2014).

Esta pesquisa situa a valorização do trabalho como central e definidor, em um grau acentuado, mas não exclusivo, da vida cotidiana das pessoas em sociedade. Entende-se, portanto, que o trabalho sendo ou não central na dinâmica da sociedade, tem o papel de definir as relações sociais e a subjetivação dos sujeitos, bem como as relações sociais interferem na dinâmica do trabalho, num movimento de ir e vir sistemático.

Neste sentido, tentar-se-á compreender, a partir de então, a organização e divisão do trabalho, resgatando, por exemplo, o fato de que a luta pelo controle do trabalho humano na sociedade capitalista instaurou a clivagem técnica e social do trabalho o que, por sua vez, resultou em direitos e deveres dos trabalhadores diversos em relação aos empregadores. Em 1893, Émile Durkheim (*Da Divisão do Trabalho Social*) criou a expressão “divisão social do trabalho” ao discutir a complexificação das funções exercidas por diversos segmentos como caracterizadoras da diferenciação social e do desenvolvimento das sociedades modernas. Para o referido autor, diferente da ideia de Marx, a divisão social do trabalho é uma categoria importante para o desenvolvimento da sociedade. (DURKHEIM, 1978). Considera essa divisão como integrativa e finca o



termo “solidariedade orgânica” para a ideia de funções diferentes e complementares para pessoas diferentes. Todavia, foi Adam Smith (no Livro I de *A Riqueza das Nações*), em 1776, o primeiro a perceber a importância econômica dessa divisão do trabalho enquanto elemento-chave da prosperidade social e meio econômico ideal para produzir de forma mais eficiente e menos onerosa. Conceitualmente, a divisão social do trabalho designa a especialização produtiva e o intercâmbio entre diferentes unidades econômicas (empresas ou indivíduos). (SMITH, 2003).

Em meados do século XIX, começou a tomar forma uma novidade no capitalismo industrial: a empresa privada moderna. Os mercados se tornavam mais complexos e a eficiência gerencial não poderia mais valer-se do improvisado, uma vez que comprar insumos, armazená-los, trabalhar em equipe, estocar produção, vender e entregar produtos demandava planejamento. A empresa privada moderna verticalizou-se ao adotar uma estrutura hierárquica com processos burocráticos de controle, e diversificou-se ao reduzir os custos de produção e reunir num mesmo espaço todas as operações da cadeia produtiva. Além disso, permitiu que os empreendedores atendessem às necessidades produtivas e aos desejos de consumo da sociedade. Daí, conceitual e institucionalmente, surgiu o mercado de trabalho, as políticas de recursos humanos, o quadro permanente de empregados, as organizações sindicais e as conquistas socioeconômicas dos trabalhadores, as políticas de proteção do trabalhador e de regulação do mercado de trabalho, a formalização do emprego feminino e o Direito do Trabalho normatizando relações contínuas ou episódicas. (ZYLBERSTAJN, 2015).

A evolução dos principais sistemas de organização do trabalho utilizados no século XX trouxe inovações e benefícios ao mundo do trabalho, mas também consequências na saúde física e mental dos seres humanos a eles submetidos. Serão abordados abaixo reflexões sobre os sistemas taylorista, fordista e toyotista e suas respectivas transformações no cotidiano do trabalho e na subjetividade do trabalhador.

Frederick Winslow Taylor (1856-1915), estadunidense, aprendiz numa fábrica metalúrgica, percebeu que a capacidade produtiva de um trabalhador era sempre maior que a sua produção real na empresa, em decorrência da constante troca de operações, de ferramentas e dos deslocamentos dentro do espaço fabril. Concluiu, pois, que se subdividisse diferentes atividades em tarefas simples otimizaria a produção e, a partir de então, desenvolveu um sistema de organização do trabalho por meio da divisão



técnica do trabalho humano dentro da produção industrial. Estabeleceu uma divisão de responsabilidades e de tarefas, na qual, aos executores de um determinado trabalho, fossem delegadas apenas as atividades estritamente necessárias à execução deste trabalho em moldes extremamente rígidos. O elemento prático central era o estudo do tempo. (PINTO, 2007).

Em 1914, o empresário americano Henry Ford impulsionou o capitalismo industrial ao criar um sistema de produção baseado numa linha de fabricação em massa de automóveis (Ford), em que cada funcionário (homens ou mulheres) executava num ritmo célere e sem maiores qualificações somente uma etapa produtiva, reduzindo custos e barateando produtos. A produção em série ocorria com o objeto de trabalho colocado em um mecanismo automático que percorresse todas as fases produtivas, uma espécie de trilho, esteira ou ganchos, fator-chave que diferenciou o Taylorismo do Fordismo. Responsável pela produção massiva de diversas mercadorias, o Fordismo foi o sistema que mais se desenvolveu na primeira metade do século XX, prevalecendo enquanto modelo produtivo de integração vertical, com a empresa produzindo tudo ou quase tudo, tendo em vista que não havia um mercado amplo e confiável de bens e serviços que pudessem ser contratados ou terceirizados. Nesse ambiente de recente processo industrial, a divisão social do trabalho entre empresas distintas apresentava claros limites. (NÓBREGA, 2015). Contudo, conforme o filme *Tempos Modernos* dirigido por Charles Chaplin (EUA, 1936), o verticalismo fordista gerou uma atuação repetitiva e desgastante para os trabalhadores, com baixa qualificação profissional, parca remuneração salarial e falta de visão geral do corpo de funcionários sobre todas as etapas produtivas.

Na década de 1960, o Fordismo começou a perder espaço para um sistema produtivo mais racional, flexível, competitivo e eficiente: o Toyotismo. Idealizado no período pós-2ª Guerra Mundial pelo engenheiro japonês Taiichi Ohno, o sistema foi introjetado pela fábrica automobilística Toyota e denominado *just-in-time* (teoria da produção necessária, na quantidade necessária e no momento necessário) por fundamentar-se no menor custo da mão de obra e na produção de bens conforme os pedidos dos consumidores, evitando estoque de matérias-primas, excedentes produtivos, desperdício de tempo e queda nos lucros. Ao contrário do Fordismo, no sistema de organização do trabalho Toyotista o trabalhador é treinado para conhecer



várias etapas da produção e executar funções diversas. Utilizando o conceito de qualidade total, pesquisas de mercado e terceirizações de trabalhadores, o Toyotismo implicou na maior distribuição de lucros entre empresas e na modernização trabalhista, uma vez que uma única corporação deixa de comandar todo o processo produtivo. (DE MASI, 2000).

O Toyotismo baliza-se em três características estruturais: a) inovações tecnológicas trazidas pela informática e microeletrônica; b) descentralização empresarial e terceirização do trabalho com desmembramento de parte das atividades de uma empresa via aquisição de serviços e insumos de outras empresas; c) novos processos organizacionais na direção, produção e arquitetura empresarial com aumento da eficiência, diminuição da hierarquia, conhecimento completo da empresa, espaços de trabalhos com divisórias baixas e pulverização internacional dos parques industriais.

Com as inovações tecnológicas ocorridas a partir da década de 1960 foram criadas as condições para alterações nas formas de organizar a produção, com o computador, a internet e a logística permitindo que as empresas se organizassem com um núcleo “enxuto” que planeja cadeias produtivas à distância e até globalmente. Dessa forma, as novas redes produtivas horizontais (funcionais, flexíveis e competitivas) vêm substituindo as redes produtivas verticais (hierárquicas, burocráticas e centralizadas), com o formato competitivo na organização da produção da “empresa privada contemporânea” tendo repercutido, inclusive, nas relações trabalhistas através da mudança do emprego tradicional pela terceirização.

Para Roy (1999) a reestruturação produtiva Toyotista e a modernização da divisão internacional (e social) do trabalho resultam, por outro lado, no aumento da jornada de trabalho; aumento do ritmo de produção; diminuição da quantidade de trabalhadores, ampliando o desemprego; aumento do trabalho rotineiro e fatigante; arrocho salarial; alienação do trabalhador em relação ao que produz e com isso amplia a deterioração das condições de trabalho, com o aumento do desgaste físico e mental para os trabalhadores, além de novos tipos de doença no trabalho.

Nesse momento da reestruturação produtiva entra em cena o Programa de Qualidade Total que tem como tendência a focalização da produção: qualidade competitiva, redução de custos, controle dos trabalhadores, externalização das atividades-meio e concentração das atividades-fins (CRUZ, 2005). Na moderna fase da



divisão internacional do trabalho, o conceito de divisão social do trabalho situa-se como um processo pelo qual as atividades de produção e reprodução social são diferenciadas, especializadas e desempenhadas por diferentes pessoas e que pode implicar também numa conseqüente divisão sexual do trabalho pautada na separação das atividades de produção de bens e serviços de acordo com o sexo das pessoas que as realizam.

2. A FORMAÇÃO PROFISSIONAL COM BASE NO MODELO DE COMPETÊNCIAS

Para Durand (2001), com a globalizada organização social do trabalho instaurou-se a “lógica das competências”, ou seja, um processo voltado para a “especialização flexível”, considerada como um novo conceito de produção em que o posto de trabalho desaparece em benefício da atividade coletiva sobre determinado segmento produtivo. Entende-se, assim, a competência como uma qualificação a qual se acrescenta os comportamentos e as atitudes com respeito ao trabalho (*savoir-faire/saber-fazer*), ao seu ambiente (chefes, colegas, empresas) e a si mesmo (desejo de progressão e nível de aspiração). O trabalhador passa a receber não apenas por sua qualificação (saberes e experiências), mas também, pela maneira com a qual ele a põe em funcionamento a serviço da gestão da empresa, através da partilha de seu *savoir-faire* coerente com a natureza dos instrumentos sócio produtivos do modelo gerencial e organizativo *just-in-time*.

Observa-se, ainda, um redimensionamento das qualificações no interior dos processos de trabalho, que passam a privilegiar as atividades simbólicas e de abstração em detrimento das atividades ditas concretas e passíveis de codificação. Esse deslocamento provoca desqualificação de parte da força de trabalho, mas, diversamente dos períodos anteriores, uma parcela significativa dos profissionais desabilitados não consegue recolocação em outros segmentos da economia, levando a um consenso quanto à necessidade de implementação de ações direcionadas à reconversão e à qualificação profissional. (ARRUDA, 2000).

O indivíduo é colocado no centro do processo, sendo-lhe requisitado gerir sua “carteira de competências”, apropriar-se dela, completá-la e engajar-se na aquisição de novas competências. A competência por situar-se no foco de gestão da empresa é,



portanto, mais ampla do que qualificação, ou seja, um ramo de especialização, um potencial laboral, uma capacidade de fazer. Assim, de um lado os modos de gestão pelas competências oferecem as possibilidades e as escolhas amplas sobre as quais o indivíduo ajudado pela empresa pode se posicionar. De outro lado, as empresas podem fragilizar a posição de pessoas tidas como pouco competentes, dado o caráter individual da lógica de gestão e as novas formas de contratação: externalização de tarefas, subcontratação, trabalho em rede, por missão, à distância ou em domicílio. (DURAND, 2001).

A noção de competência é associada, entre outras questões, aos esquemas de operações mentais, à capacidade, ao fazer com saber, ao conhecer as consequências, à resolução de problemas, à mobilização, aplicação e contextualização dos conhecimentos e à formação profissional. Ter competências é mais do que ter conhecimentos, pois envolve também as habilidades e atitudes para identificar e articular recursos na busca de soluções e/ou inovações. A noção de competências se constitui, portanto, em conhecimento somado as habilidades e atitudes. Pressupõe destreza técnica; respeito aos princípios éticos; atuação articulada com os demais; consciência de uma identidade política na instituição; e busca permanente pela excelência. A competência não é um estado de formação profissional, nem tampouco um conjunto de conhecimentos adquiridos ou de capacidades aprendidas, mas, sim, a mobilização e aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes em situação específica, no contexto de recursos e restrições que lhe sejam próprios (DELUIZ, 2006).

Logo, o setor produtivo vem solicitando à área da Saúde e Educação um modelo de educação que contemple a nova conformação do mundo do trabalho. Dessa forma, o termo competência vem adquirindo destaque na área de Educação, na qual os debates acerca das novas concepções de currículo têm se intensificado e resultado em ajustes inclusive metodológicos, a exemplo da implementação da Metodologia Ativa na formação em Saúde. Muitas instituições de Ensino Superior têm procurado elaborar seus projetos de cursos não mais centrados em conteúdo, traduzidos em uma grade de disciplinas, mas tendo como foco o desenvolvimento de competências. No Brasil, dentro do campo da Educação, a noção de competência aparece em documentos oficiais na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/96) tendo sido afirmada através de regulamentação específica. A LDB extinguiu os antigos currículos mínimos e



conferiu maior flexibilidade e autonomia às instituições para a criação dos projetos político-pedagógicos dos cursos. A partir dessa disposição legal, é potencializada a adoção desse conceito como elemento organizador das ações nas instituições e das práticas docentes. (DUTRA, *et al*, 2013). Nessa lógica, o ensino superior também tem introduzido mudanças, visando a aproximá-lo da dinâmica do setor produtivo.

Pode-se pensar ainda a constituição das competências a partir dos chamados quatro pilares da educação, grosso modo, pode-se associar o saber-conhecer com o conhecimento, o saber-fazer com as habilidades e o saber-ser e saber-conviver com as atitudes. A competência não pode ser transmitida, ela deve ser construída de forma ativa, e nesse sentido, os modelos formativos baseados em metodologias ativas são uma referência para o desenvolvimento das competências dos alunos, tendo em vista que, em última instância, cada sujeito imprimirá sua marca pessoal ao seu processo de aprendizagem. Entre os muitos profissionais que venham a ser formados a partir de uma dada concepção curricular, haverá semelhanças, mas cada um terá a sua singularidade. Uma competência pode estar desenvolvida em diferentes níveis de complexidade e nunca é um produto final, acabado, mas um processo em permanente desenvolvimento.

Segundo Arruda (2000), os estudos sobre a competência revelam, ainda, suas diversas facetas e ramificações no que tange ao padrão educativo: a possibilidade de desvalorização da certificação escolar, tendo em vista a valorização na seleção para o trabalho de conhecimentos tácitos; os estudos sobre cognição ainda não apresentaram elementos que possibilitem o deslocamento autônomo dos indivíduos de um campo a outro do conhecimento; a demanda por um padrão educacional que privilegie a autonomia no aprendizado e a mobilização do conhecimento individual em função da velocidade das mudanças e da competitividade.

Nesse tipo de trabalho exigido a partir da reestruturação produtiva/especialização flexível, o lugar do sujeito e das relações intersubjetivas passa a ser absolutamente central, na medida em que a mobilização psíquica do indivíduo, sujeito do processo de trabalho, constitui a pré-condição mesma de toda a atividade produtiva. (HIRATA, 2002). A tendência deste conceito atribui mais importância à aquisição de qualificações tácitas no local de trabalho do que às qualificações expressas. Entendendo qualificações tácitas como àqueles componentes não organizados da



formação, ligada a trajetória subjetiva e a uma interpretação da história pessoal, socialmente construída.

Nesse sentido, as transformações do setor produtivo das sociedades contemporâneas se vinculam às mudanças na metodologia de ensino superior, pautadas em uma lógica de competências. Esse novo paradigma exige uma comunicação entre os profissionais das equipes de saúde e destes com os pacientes, modificando, portanto, as relações de poder, antes verticais e agora horizontais. Isso traz uma demanda de novos jeitos de fazer e atuar, especialmente no campo da saúde e conseqüentemente na docência em saúde.

3. TRABALHO EM SAÚDE E O TRABALHO DOCENTE

As transformações no trabalho trouxeram, então, uma revisão nos conceitos de qualificação e a noção de competência está sendo uma dimensão importante nas diretrizes curriculares de todos os níveis de ensino e, especialmente, do ensino em saúde, objeto deste livro. As transformações sociais constantes repercutiram também nas políticas de saúde, tanto a nível macro como também nas singularidades locais. Nos mais variados contextos são introduzidas novas estratégias, métodos e modelos de organização, que sofrem influências do campo político, econômico e social, sobretudo, no cenário da Atenção Primária à Saúde, estratégia prioritária de atenção à saúde do SUS.

Parte-se do princípio de que a concepção de saúde e doença variou no tempo e no espaço conforme os sistemas de crenças, concepções científicas, organização política e outros. A própria transformação da sociedade, durante a Revolução Industrial, induziu a associação das doenças às condições de vida e de trabalho, concepção sustentada pela Teoria Social da Medicina. Outros sistemas explicativos foram surgindo, a exemplo do modelo biologicista no final do século XIX, a partir da descoberta da existência das bactérias e outros microorganismos, o qual reforçou a supremacia do biológico sobre a condição humana. Nessa perspectiva, em um dado momento do desenvolvimento da Medicina e da clínica, houve uma excessiva cientificação e sofisticação tecnológica que culminou em uma “crise” de legitimidade caracterizada pelo uso indiscriminado de tecnologia, pela fragmentação da atenção ao indivíduo, pelo intervencionismo



exagerado e por uma desatenção aos aspectos psicossociais e culturais do adoecimento. O modo do profissional de saúde trabalhar passou por uma profunda crise de paradigmas, manifestos no distanciamento entre o seu interesse e dos usuários; no isolamento nas relações produzidas com outros trabalhadores; no desconhecimento das práticas de outros profissionais, e no forte investimento em intervenções centradas em “tecnologias duras”, focadas na produção de procedimentos de alta densidade tecnológica. (GARCIA, 2017).

Dessa forma, essa evolução histórica assume formatos que se refletem nas Políticas de Saúde que são, pois, compreendidas como a forma histórica como o Estado conduz o problema das condições sanitárias da população. (GARCIA, 2017). No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, com a produção teórica e crítica no campo da Saúde Coletiva, percebe-se a construção de novos modelos de atenção à saúde, em meio a uma luta de caráter contra-hegemônico. Esta nova concepção conquista espaço e acarreta mudanças no sistema de saúde, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988 e criação do SUS. A atenção volta-se para a família em seu território de vida, em uma lógica do cuidado considerando os distintos fatores contextuais, no qual a Atenção Primária à Saúde (APS) e o modelo baseado na Estratégia Saúde da Família são reordenadores das práticas.

De acordo com Garcia (2017) a APS parte da premissa de que o contexto e a sociedade interferem no modo de produção da saúde, visto que as pessoas adoecem e morrem em decorrência da forma como vivem. Ela apresenta diferenças fundamentais, quanto ao enfoque, em relação a atenção em saúde convencional, pois enquanto uma centraliza o cuidado na produção de saúde, a outra visa a extinção da doença. A APS procura a promoção, prevenção, recuperação e cura, enquanto a convencional busca apenas a cura. No que diz respeito a organização, a atenção primária tende a operacionalizar-se com clínicos gerais e equipes multiprofissionais, e em oposição, a atenção médica convencional conta com especialistas e consultórios individuais.

Vale mencionar, com isso, que um dos princípios do SUS intitulado como “Integralidade” implica na recusa ao reducionismo, recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo. Reflete uma noção ampliada de saúde, na qual a relação do sujeito com a comunidade, a família, o trabalho, o lazer e tantos outros elementos estão inter-relacionados e revela as diferentes expressões de suas



necessidades. O diálogo entre profissionais e usuários, portanto, não pode estar dissociado do território aonde vivem e atuam essas pessoas, trata-se da corresponsabilidade na tomada de decisão de um conjunto de ações. Por isso, a articulação de práticas de saúde, atrelada à noção de integralidade, exige uma “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. (GONZE, 2009).

Esse fato remete, por sua vez, à questão das ferramentas tecnológicas que o trabalho em saúde faz uso, denominadas de duras (os instrumentos), leve-duras (o saber técnico estruturado) e leves (as relações entre os sujeitos). O cuidado, que é essencialmente relacional, dependeria do modo como cada trabalhador articula tais ferramentas, visto que o trabalho em saúde é centrado no “trabalho vivo em ato”, à semelhança do trabalho docente; e a efetivação da “tecnologia leve” na saúde, expressa-se como processo de produção de “relações intercessoras” em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário final. Ele representa, em última instância, as necessidades de saúde, com sua intencionalidade, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, publicizar as distintas intencionalidades dos vários outros agentes na cena do trabalho em saúde. (MERHY, 2002).

Partindo da premissa de que um saber não exclui o outro, a formação do profissional de saúde deve incluir o desenvolvimento de certas habilidades e competências que o preparem para as relações pessoais, a formação de vínculos e a convivência humanizada com os pacientes e com a equipe de saúde, lembrando que o vínculo pode ser peça-chave no restabelecimento da saúde, pois envolve aposta no tratamento, fortalecimento da auto-estima e participação ativa do paciente. Enfim, trata-se de desenvolver as tecnologias relacionadas aos vínculos, intrínsecas a cada estudante, fato considerado central na Metodologia Ativa. A integralidade em saúde pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações, visando garantir promoção, proteção e reabilitação.

O entendimento de que o usuário/paciente é uma pessoa constitui-se no sentido novo requerido a assistência à saúde. A ação em saúde, tendo o conceito de cuidado como central, desenvolve espaços de encontros entre o profissional e o sujeito e isso implica na incorporação de outros saberes para além dos típicos da saúde, a exemplo da sociologia, antropologia, direito, psicologia e outros. A singularidade do encontro entre



sujeitos é carregada de imprevistos e o profissional deve ampliar seu espectro de ação. (GARIGLIO, 2012). Dentro desse contexto, as qualificações tácitas fazem parte das competências consideradas prioritárias para o profissional de saúde. Tais qualificações são, comumente, associadas às mulheres, em virtude de serem aprendidas no âmbito doméstico da família, e inerentes as práticas sociais das quais elas fazem parte. Sendo, dessa forma, possível a valorização do processo de feminização do trabalho em saúde e da docência. Não obstante, outrora, tendo sido bastante desvalorizados tais saberes tácitos, segundo Durães (2012), por referirem-se a “talentos” femininos em contraposição às “qualificações” masculinas. Os saberes tácitos ganham novo e valorado status em relação ao coletivo e o/a docente passa a ser reconhecido/a pelos diferentes processos que participaram e participam do *saber-ser* e *saber-fazer*.

O trabalho em saúde, bem como a docência são, nessa perspectiva, casos exemplares de trabalho imaterial, o que se produz são bens imateriais, como conhecimento, informação, comunicação, afetos, reações emocionais, relações. No contexto da saúde, constata-se, portanto, duas dimensões: a dimensão cognitiva/linguística, ligada a resolução de problemas, e a dimensão afetiva, vinculada a produção e manipulação de afetos. As duas dimensões valorizam, então, a habilidade de conversar, pois praticamente todas as profissões da saúde envolvem técnicas de conversa, a exemplo da anamnese utilizada no contato inicial com o paciente. Essa técnica visa sondar a história da queixa do indivíduo, a partir de conversas dirigidas e, normalmente, definem a pragmática do encontro entre profissional de saúde e paciente. No entanto, equivocadamente, se usa essa oportunidade conversacional, de forma mecânica, quase como um adestramento e se perde a possibilidade de construir uma efetiva relação. (TEIXEIRA, 2005). Por isso a Metodologia Ativa, objeto deste estudo, tem como estratégia de ação o desenvolvimento da habilidade comunicativa, a escuta qualificada, com vistas a preparar o futuro profissional de saúde ao “encontro” / relação com o paciente. Dessa forma, a partir da relação, que está no centro da atenção à saúde, abre-se a escuta para as demandas que o paciente julga importante.

Com isso, a identidade dos docentes das Instituições de Ensino Superior (IES) sofre repercussões tanto das transformações do mundo do trabalho em saúde, quanto das relativas ao perfil do egresso, o que exigiu novas estratégias metodológicas. A



universidade tem, pois, o grande desafio de estar em sintonia com os novos tempos, as tendências do futuro e estar pronta a responder às novas demandas.

A docência, portanto, engloba uma heterogeneidade de ações desenvolvidas pelos professores que vai além do espaço da sala de aula (CRUZ, 2012), volta-se à formação de futuros profissionais, sustentadas por conhecimentos e saberes próprios, e alicerçadas em relações interpessoais e vivências de cunho afetivo, valorativo e ético. A atividade docente não se esgota na dimensão técnica, mas, remete ao que de mais pessoal existe em cada professor, devendo ser valorizado a dimensão do sentimento, sob pena de provocar uma alienação, visto que é resultante de valores historicamente construídos nas relações vividas no interior da esfera pública, bem como nas relações sociais externas a ela.

Tardif (2002) esclarece que o “saber docente” se compõe de vários saberes vivenciados e provenientes de diversas fontes. Menciona a existência de um saber curricular, provenientes dos programas e dos manuais institucionais; o saber disciplinar, que constitui o conteúdo das matérias ensinadas; o saber da formação profissional, adquirido por ocasião da formação inicial ou contínua; o saber experiencial, oriundo da prática da profissão, e o saber cultural herdado de sua trajetória de vida e de sua pertença a uma cultura particular. Portanto, a diversidade do saber docente é produzida na prática e deve ser valorizada pela instituição, não se limitando ao conhecimento técnico específico dessa e daquela profissão. Grande parte do que os docentes sabem, advém da biografia pessoal de cada profissional, da experiência enquanto aluno e da socialização que ele viveu durante a jornada formativa. Este fato, acaba gerando o que Tardif classifica como “pluralismo de saberes”, que não podem ser medidos ou classificados.

4. CONSIDERAÇÕES

As transformações no mundo do trabalho e, especialmente no trabalho em saúde, trouxeram adequações nas práticas do cuidado em saúde e conseqüentemente na formação profissional. A valorização da dimensão afetivo-relacional no cuidado em saúde demanda um profissional de saúde com qualificações antes não reconhecidas pela ciência, a habilidade de saber-ser. Essa lógica aponta também para a importância



da articulação com a educação permanente para a indução de mudanças na formação de profissionais e gestores com características adequadas aos objetivos e princípios do sistema de saúde. Devendo a educação permanente ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. da C. C. Qualificação versus competência. **Boletim Cinterfor**. N. 149, maio-agosto de 2000.

CRUZ, M. H. S. **Trabalho, gênero, cidadania: tradição e modernidade**. São Cristovão: Editora UFS, 2005.

_____. **Mapeando diferenças de Gênero no Ensino Superior da Universidade Federal de Sergipe**. São Cristovão: Editora UFS, 2012.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo**. Disponível em: <<http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 25 maio 2016.

DE MASI, D. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

DURAND, J-P. O modelo de competência: uma nova roupagem para velhas ideias. **Revista Latinoamericana de Estudios Del Trabajo**. v. 7, n. 14, p. 203-228, 2001.

DURÃES, S. J. A. **Sobre algumas relações entre qualificação, trabalho docente e gênero**. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 33, n. 118, p. 271-288, jan.-mar. 2012.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Nova Cultural, 1978.

DUTRA, S. *et al.* **O conceito de competência e seus desdobramentos didático-pedagógicos na UNISINOS**. Disponível em: <http://unisinis.br/blogs/formacao-docente/files/2013/01/Ensino-por-competencias-na-Unisinis.pdf>. Acesso em: 11 de janeiro de 2018.

ENNES, M. A.; MARCON, F. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. **Sociologia**: Porto Alegre, v. 16, n. 35, p. 274-305, 2014.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas** / Gabriela Guerra Gonze. 2009. 158 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

GARCIA, M. M. A. **Pedagogias críticas e subjetivação: uma perspectiva foucaultiana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.



- HIRATA, H. **Nova Divisão Sexual do Trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2002.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MOURA, G. M. de. **O conceito marxiano de trabalho**. UFBA. Disponível em: <https://petsofiaufba.files.wordpress.com/2012/12/moura-gedec3a3o-o-conceito-marxiano-de-trabalho.pdf>. Acesso: 10 out. 2017.
- NÓBREGA, M. da. Riscos dos freios à terceirização. **Veja**, São Paulo, n. 2.418, p. 24, 25 mar. 2015.
- OFFE, C. “Trabalho: a categoria-chave da sociologia?”. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. ANPOCS. Associação nacional de pós-graduação e pesquisa em ciências sociais, v. 4, n. 10, junho, 1989.
- ROY, L. **O modo de ser trabalhadora na reestruturação produtiva**. Campinas: Atlas, 1999.
- SMITH, A. **A riqueza das nações**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis, R.J.: Editora Vozes, 2002.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.
- ZYLBERSTAJN, H. Promover os terceiros para ser os primeiros. **Época**, São Paulo, v. 1, n. 879, p. 70-72, 2015.



CAPÍTULO II

CONTEXTO HISTÓRICO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

DOI: 10.51859/ampla.mma658.1121-2

Roxane de Alencar Irineu

Este capítulo aborda a concepção de teóricos que fundamentaram as transformações metodológicas/pedagógicas da educação, bem como descreve as políticas de saúde e educação que fomentaram a implementação de metodologias inovadoras no ensino superior em saúde. Desta maneira, tenta-se fundamentar, aqui, sobre as demandas sociais e educacionais que propulsionaram as metodologias ativas nos cursos de graduação em saúde ao longo da história, visto que o conhecimento é histórico, parcial e interessado.

A construção de um projeto de educação efetivo e mais coerente com as demandas das pessoas e da sociedade implica em um movimento de ir e vir incessante e muitas tentativas e erros. Os caminhos são diversos, alguns mais fáceis e acessíveis, outros um tanto tortuosos e cheio de obstáculos. A educação é, por excelência, um campo do saber interdisciplinar que interpela a pluralidade de pontos de vista e de identidades disciplinares e mostra, a partir de sua história, as inúmeras transformações na forma de transmissão e assimilação de conhecimento, nas formas de acesso e ingresso, assim como em sua configuração metodológica. Os métodos de ensino, ações desenvolvidas pelo professor e responsáveis pela organização das atividades de ensino, tem o significado de ser “o caminho para chegar ao fim”, “trajeto para se chegar ao objetivo proposto”. (AURÉLIO, 2002). No caso da educação escolarizada, o fim último ou objetivo seria a aprendizagem do aluno de maneira eficaz. É exatamente isso que se objetiva entender neste trabalho, o porquê da opção metodológica considerada ativa no ensino superior em saúde, o modo como este fato se delineou especificamente nas Universidade Federal de Sergipe.



Cada método experimentado procurou promover aos educandos a apropriação dos conhecimentos necessários a cada momento histórico e são, normalmente, os momentos de crise social e política que impulsionam o repensar sobre a educação, logo a pedagogia é fruto das crises sociais e políticas. E assim conforme Charlot (2013, p.66) “O pensamento pedagógico só nasce em uma sociedade atravessada por conflitos. Quando uma sociedade coloca o problema da educação é porque se interroga sobre si mesma[...]”.

No ensino superior em saúde as transformações metodológicas estão ocorrendo como demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), implementado a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990), que traz nos seus princípios características de um nova forma de conceber e fazer a saúde, e conseqüentemente, um novo profissional se faz necessário. O SUS tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças, ações contidas na atenção primária à saúde, que objetiva maior resolutividade, eficiência e eficácia, e uma nova visão do processo saúde-doença, portanto, perpassa fundamentalmente pela discussão das competências profissionais e a incorporação de novas demandas ao processo de trabalho. Conseqüentemente houve uma reestruturação das políticas de educação culminando com a publicação das novas Diretrizes Curriculares no início do século XXI, de acordo com o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, Nº 583, de 04 de abril de 2001(BRASIL, 2001 - CNE/CES 583/2001). Esse processo de mudança das políticas da educação, no campo da Saúde, trouxe dentre tantos desafios, o de romper com modelos de ensino tradicionais a fim de formar profissionais de saúde diferenciados.

Sabe-se que a Pedagogia Ativa não é um consenso no meio, para Charlot (2013), por exemplo a pedagogia, seja ela tradicional ou renovada, mascara ideologicamente a significação política da educação. Considera que a pedagogia nova não constitui uma ruptura social e sim um “discurso generoso que desliza na realidade da educação” (CHARLOT, 2013, p.37), sem efetivamente mudá-la. Nesse sentido, se entende que a pedagogia pode, muitas vezes, ocultar o significado político da educação.

Diante disto, procurou-se neste capítulo, elucidar como surgiu a pedagogia ativa; as políticas educacionais que fundamentam essa metodologia; os pressupostos teóricos e filosóficos desta pedagogia. Para tanto, este capítulo está organizado em duas partes.



Na primeira são apresentadas as ideias de alguns teóricos considerados como precursores da pedagogia nova/ativa ao longo da história da educação, elencando suas convergências, divergências e complementariedade. Rousseau, Locke, Dewey, Pestalozzi, Montessori, Calkins, Freinet e Freire são citados como referências da dita pedagogia nova e, portanto, elucidaram esta análise. Além destes, apresenta-se o pensamento de Comenius, em sua *Didática Magna*, considerada como a grande obra da educação. E na segunda parte trata-se de algumas políticas, programas, portarias e leis que orientam o uso de metodologias ativas no ensino superior.

1. BASE HISTÓRICA E FILOSÓFICA DAS METODOLOGIAS ATIVAS

As metodologias apontam um caminho a ser seguido e, para tanto, necessitam de pressupostos teóricos, filosóficos, científicos e técnicos, que lhe deem sustentação e orientem sua operacionalização. Nesta perspectiva, antes de apontar as metodologias ativas e sua implementação convém entender as influências sofridas ao longo do tempo.

Iniciamos com Comenius (século XVII) quando questiona a rigidez dos métodos de ensino e sugere um método mais fácil para a educação infantil que proporcione a aproximação das crianças ao ensino e não o seu afastamento, que elas se sintam seduzidas por ele, a fim de que encontrem nos estudos um prazer não inferior ao que sentem quando passam o dia inteiro a brincar ou correr. O referido método e os princípios de tudo deveriam ser extraídos da própria natureza das coisas; a verdade demonstrada através de exemplos paralelos das artes mecânicas. Sugere que o homem seja guiado por sua própria razão e não pela de outra pessoa e que se habitue a ler e a entender nos livros as opiniões alheias e a guardá-las, e, ao penetrar por si mesmo na raiz das coisas, delas extraia o autêntico conhecimento e utilidade. (COMENIUS, 2006).

Locke (1632-1704) em seu “Ensaio acerca do entendimento humano” se prontifica a investigar sobre a origem e o alcance da compreensão humana. Considera as palavras como prioridade ontológica do pensamento da linguagem, essência real, prática, social e não natural. Para poder comunicar é necessário compartilhar o mesmo significado, senão não haverá comunicação. Para Locke a ideia é o objeto do pensamento e todas as ideias derivam da sensação ou reflexão e, portanto, todo o nosso conhecimento está fundado na experiência que deve ser empregada tanto nos objetos



sensíveis externos como nas operações internas de nossas mentes que são por nós mesmos percebidas e refletidas. A reflexão significa a mente observando suas próprias operações, como elas se formam e como elas se tornam as ideias dessas operações no entendimento. As ideias, portanto, derivam das sensações das coisas materiais externas e das operações de nossa própria mente, a reflexão, que nos garante a ideia de percepção das coisas. Por fim, o conhecimento decorre da percepção de acordo ou desacordo de qualquer ideia, é fruto da investigação. (LOCKE, 1983).

Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) na obra *Emílio*, considerada o primeiro tratado sobre filosofia da educação no mundo ocidental, apresenta o que se pode ter por prenúncio dos métodos ativos. Nela este pensador valoriza a experiência, devendo esta preceder a teoria, assim como o concreto à abstração. Diz que para sustentar a curiosidade do aluno não se deveria ter pressa em responder às perguntas, por isso propõe, ao invés disso, oferecer-lhe questões a resolver. Comenta ainda que não há dúvidas de que se adquirem noções mais claras e seguras das coisas quando se aprende por si mesmo do que quando se aprende pelo ensino dos outros. Segundo este autor “A educação não é certamente senão um hábito” (ROUSSEAU, 2004, p.12). Valoriza os sentidos por acreditar que tudo que entra no conhecimento humano entra pelos sentidos, a primeira razão do homem é uma razão perceptiva; ela é que serve de base à intelectual: “[...] nossos primeiros mestres de filosofia são nossos pés, nossas mãos, nossos olhos” (p 121). Criticava a educação impositiva e partia do pressuposto de que o homem nasce naturalmente bom e que a sociedade é quem o corrompe. Rousseau sistematizou toda uma nova concepção de educação, depois chamada de escola nova, foi considerado um precursor da pedagogia de Maria Montessori (1870-1952) e John Dewey (1859-1952).

Na mesma linha de raciocínio, Pestalozzi (1746-1827) já enfatizava a não transmissão de conteúdo, mas em aproveitar o conhecimento prévio das crianças, critério hoje muito difundido, aceito e praticado nas metodologias ativas, pois “a atenção de uma criança se extingue com longas explicações, ao passo que se ativa com perguntas vivas” (PESTALOZZI, 2006, p.120), fazendo com que a pessoa desenvolva a autonomia necessária na produção do conhecimento. Este autor é considerado o pai da ciência educacional moderna, cujas ideias provocaram modificações nas concepções de ensino e método. Pestalozzi sugere um método em que se evitem longas explicações,



pois a atenção da criança logo se extingue, ao passo que se ativa com perguntas vivas. Os assuntos não devem ser tratados de modo exaustivo, e sim a partir de perguntas sobre o assunto procurando que o mesmo encontre a resposta e a corrija. O educador seria como um jardineiro e deveria tratar a educação não meramente como uma questão de palavras, mas sim de ação, de atividade. Desta forma o conhecimento seria, em grande parte, conduzido pelo próprio aluno, com base na experimentação prática e na vivência intelectual, sensorial e emocional. Valoriza o “aprender-fazendo”. Para ele a primeira regra seria ensinar sempre se servindo de coisas mais do que de palavras, mostrar o objeto e fazer a criança senti-lo. Ainda para que se formasse um conceito, seria crucial além de expor o objeto aos sentidos, explicar sobre as propriedades do mesmo, sua origem, utilidade, eficácia e valor. Quando não se puder mostrar o objeto, apresentar-lhes desenhos dos mesmos. Pestalozzi foi contra o adestramento mecânico da memória.

Outro autor que contribuiu neste caminho foi Calkins (1822-1885) quando vislumbrou uma pedagogia onde o sujeito fosse um ativo colaborador de sua própria instrução, com foco na realidade, intuição, observação e sentidos para vencer os processos verbalistas e o formalismo da escola. Sua proposta condena as nomenclaturas e repudia as noções a priori, esboçando um ensino que parte do interesse dos alunos e a partir dele se desenvolve com método adequado. Possui forte influência de Pestalozzi em seus escritos ao estabelecer que a observação é a base de todo o conhecimento, portanto, a prática reflexiva para construção do conhecimento e educação do homem, ao afirmar que “graças a observação, comparação e classificação das experiências e dos fatos, alcançamos o conhecimento” (CALKINS, 1886, p.4).

Entretanto, somente no Século XX, segundo Gal (1960), com a contribuição da psicologia e de pensadores como Dewey (1859-1952), Piaget (1896-1980), entre outros, é que surgiram contribuições mais sistematizadas para configurar o que hoje denominamos métodos ativos. Inicialmente foram utilizados na educação de crianças e são precursores desse método Maria Montessori (1870-1952, Itália), Celestin Freinet (1896-1966, França) e Jean Ovide Decroly (1871-1932, Bélgica) e Kerchensteiner (1854-1932, Alemanha).

Freinet também sofreu influências do movimento da Escola Nova, entendia a necessidade de se rever a educação mundial, no entanto fez também duras críticas, pois,



segundo o mesmo, a pedagogia nova era por demais exibicionista, atraente na aparência, mas vazia no fundo. Comparava a uma escola nova burguesa que levava ao individualismo e a um reforço da competição. A pedagogia de Freinet tem na sua bagagem fundamentos do socialismo e é considerada uma educação pelo trabalho, tem como princípios o tateamento experimental, a cooperação e a expressão livre. Para Freinet é a partir da ação e da relação homem-natureza-cultura que se fomentam as aprendizagens necessárias ao ser humano. (DIAS, 2012).

Dewey critica a educação tradicional em que os alunos são deliberadamente levados a repetir a matéria exatamente como os mais velhos a concebem, pois aquilo que é instintivamente original na individualidade se perde. Sugere um trabalho individual enquanto ideia de educação genuína, singular, original, maneiras como os alunos se aproximam do tema e como as coisas os atingem – algo incapaz de ser antecipado por completo mesmo pelo professor mais experiente. O indivíduo intelectualmente livre é aquele que tem uma dúvida, instiga sua curiosidade, alimenta seu ímpeto de informação que o ajuda a lidar com ela, dando-lhe o comando do equipamento para efetivar seus interesses. Caso contrário, sua atenção aparente, sua docilidade, suas memorizações e suas reproduções serão contaminadas pelo servilismo intelectual – indivíduos sem ideias próprias, manobrados pela autoridade social. Uma sociedade democrática admite a liberdade intelectual. Propõe formar indivíduos relacionados e integrados, entendendo que sociedade significa associação. (DEWEY, 1998). Para ele conhecer não pode ser atividade de um mero observador ou espectador, por isso propõe o método experimental que considera ser a grande força para a transformação na teoria do conhecimento, onde o pensamento é útil quando a antecipação de consequências se faz com base na completa observação das condições presentes. Esse método pressupõe o pensamento reflexivo que visa produzir alteração em algo, portanto faz-se a observação sistemática dos fatores envolvidos; em seguida, elaboram-se hipóteses, norteadoras de ações; testam-se as hipóteses. Modifica especialmente não as coisas, mas quem o utiliza. Diz que a função do conhecimento é tornar uma experiência livremente aproveitável em outras experiências. O conhecimento tem caráter transformador, visa o futuro, difere do hábito que fixa. Portanto, ter conhecimento é agir livremente em face de novos problemas, tendo em vista o que foi experimentado antes.



Dentre as ideias centrais do método de Dewey, as quais identifica-se grande afinidade no método ativo aqui investigado, pode-se citar: aluno no centro do processo pedagógico; professor como mobilizador; educação centrada na capacidade do raciocínio e espírito crítico do aluno; educação deve servir para resolver situações da vida. O educador não deve estabelecer seus próprios objetivos como adequados ao desenvolvimento dos alunos, da mesma forma que não seria adequado um fazendeiro fixar um ideal agrícola independentemente das condições reais. A educação deve basear-se nas atividades e necessidades intrínsecas de determinado indivíduo a ser educado. Dewey critica o método imposto de cima para baixo de maneira autoritária, e propõe uma educação significativa que não estabelece fins abstratos para o futuro, mas focaliza os problemas do presente e que reconcilie a educação liberal com o treinamento para a utilidade social, com capacidade de participar eficiente e alegremente das ocupações produtivas. Sociedade e indivíduo são conceitos integrados, a sociedade não teria importância sem a participação dos seus membros individuais, assim como o indivíduo só passa a ser um conceito significativo quando considerado como parte inerente de sua sociedade.

Não haveria aprendizagem genuína em processos divorciados da experiência, onde se memorizam fatos sem perceber os relacionamentos, gerando então um conhecimento superficial e destituído de significado pessoal para quem aprende. A aquisição de significado, portanto, é essencial para uma experiência educativa e requer um ato de reflexão. A reorganização da experiência pelo pensamento muda sua qualidade. O que antes estava oculto na intimidade da natureza torna-se explícito através do pensar. A experiência reflexiva é o sustentáculo de todo processo de aprendizagem; o problema derivado da experiência é o ponto de partida desta aprendizagem (ABREU, 2009).

As contribuições de Dewey anteciparam as ideias de outros autores, do que é conhecido como Escola Ativa, Escola Nova ou Escola Progressiva, proposta ativista, absolutamente antagônica ao movimento da escola tradicional. Exponente deste movimento na América e inserida no Brasil em 1882 por Rui Barbosa (1849-1923) em busca de renovação no ensino. Um dos méritos do movimento da Escola Nova foi valorizar no educando a liberdade de ação, algo oposto aos preceitos da Escola Tradicional, onde o aluno era cerceado em toda a sua espontaneidade e livre expressão.



Para Dewey (1998) a escola não pode ser uma preparação para a vida, mas sim, a própria vida. Portanto, a educação tem como eixo norteador a vida-experiência e aprendizagem, fazendo com que a função da escola seja a de propiciar uma reconstrução permanente da experiência e da aprendizagem dentro de sua vida. Ou seja, a educação teria uma função democratizadora de igualar as oportunidades.

Já Paulo Freire pertence a outra corrente de pensamento. Conforme Zitkoski (2006) esse teórico e educador se preocupou com a problemática da libertação das pessoas e de suas vidas desumanizadas pela opressão e dominação social. Suas contribuições constituem a base do que se convencionou denominar "educação libertadora". Desenvolve seu pensamento na esperança de que a educação possa contribuir para emancipação social em sociedades com fortes traços de exclusão.

Enquanto Dewey (1998) apostava nas possibilidades da democracia que ainda não existia, conforme ele mesmo acreditava em 1916 em meio a primeira guerra mundial, Freire já tendo vivido os insucessos da democracia idealizada, educava para uma ação transformadora (ABREU, 2009). Este reconhecia as mudanças sociais (sobretudo nas últimas décadas) e as novas formas de opressão pelo capital financeiro, e o instrumento para sua proposta de uma educação libertadora era o diálogo: através do diálogo radical entre a reflexão e a ação, amparado pela dialética, problematiza-se a realidade. Assim, Paulo Freire defendia esta pedagogia problematizadora (que se contrapõe à educação bancária), de caráter reflexivo e que implica em um constante desvelamento da realidade (ZITKOSKI, 2006).

Nesse sentido, pode-se inferir que as metodologias ativas utilizam a "problematização" como uma das estratégias de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (PENAFORTE, 2001).

Nesse sentido, Zanotto (2003) discute a problematização em Dewey e Freire. Para o primeiro, é enfatizado o sujeito ativo, que precisa ter uma situação autêntica de



experiência, com propósitos definidos, interessantes e que estimulem o pensamento. Após observar a situação, irá buscar e utilizar as informações e instrumentos mais adequados, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática. Para Freire, a ação de problematizar enfatiza a práxis, na qual o sujeito busca soluções para a realidade em que vive e o torna capaz de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Nessa ação, ele detecta novos problemas num processo ininterrupto de buscas e transformações (COUTINHO, 2011).

Arelado a este entendimento, convém salientar a importância das reformas do ensino superior e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2001, que sucederam estudos em relação às metodologias de ensino nas universidades em diversas áreas do conhecimento, principalmente naquelas que formam profissionais do campo da saúde, no intuito de discutir o perfil, as competências e habilidades desses profissionais dentro das novas propostas de política de atenção e assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) (COUTINHO, 2011).

Feuerwerker e Ceccim (2004) já enfatizavam que as metodologias ativas têm relação com a mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade (disposto nas DCN), sendo uma questão de ordem jurídica, técnica, e política para a formação dos profissionais de saúde, em conformidade com as necessidades da saúde da população, ao destacar as competências em educação e saúde dos setores nessa construção.

Essa abrangência é vista como o principal impulso para propor e apoiar as necessárias mudanças na formação de profissionais com conhecimento interdisciplinar e práticas dialógicas, assim como o intercâmbio com os usuários do sistema de saúde, que visam à inovação das práticas em todos os cenários de cuidados de saúde e gestão. Tudo isso fundamenta a discussão em torno das bases que sustentam ou refletem as metodologias ativas aplicadas na contemporaneidade.

Importante destacar que a história da Pedagogia é muito sexista, comumente se lê nela a referência aos meninos e homens e quase nada as meninas e mulheres. No entanto, vale lembrar que há, na literatura educacional, confirmações da ocorrência de processo de feminização na área da educação em certos países, a exemplo da Inglaterra e País de Gales, Estados Unidos, Espanha, Portugal e Brasil. A atividade docente foi progressivamente passando de trabalho de homem a trabalho de mulher, sendo a



inserção destas na educação consolidada pelo abandono dos homens em decorrência da sua desvalorização. Da mesma maneira outras ocupações, como a saúde, passaram por um processo de desqualificação e conseqüente feminização. (DURÃES, 2012).

2. BASE POLÍTICA DAS METODOLOGIAS ATIVAS

2.1. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

Todas as transformações metodológicas mencionadas têm sua fundamentação em documentos oficiais, como por exemplo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 20 de dezembro de 1996, que objetiva disciplinar a educação escolar em instituições nos diversos níveis acadêmicos e estabelece algumas orientações e diretrizes gerais do ensino. A LDB institui que a educação deve vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social e, portanto, deve preparar o aluno para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. No seu artigo 3º estabelece os princípios do ensino:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; II - liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar a cultura, o pensamento, a arte e o saber; III - pluralismo de idéias e de concepções pedagógicas (grifo do pesquisador); IV - respeito à liberdade e apreço à tolerância; V - coexistência de instituições públicas e privadas de ensino; VI - gratuidade do ensino público em estabelecimentos oficiais; VII - valorização do profissional da educação escolar; VIII - gestão democrática do ensino público, na forma desta Lei e da legislação dos sistemas de ensino; IX - garantia de padrão de qualidade; X - valorização da experiência extra-escolar; XI - vinculação entre a educação escolar, o trabalho e as práticas sociais; XII - consideração com a diversidade étnico-racial. (BRASIL, 1996).

No capítulo 4º que trata da educação superior propriamente estabelece as prioridades desse nível de ensino:

I - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo; [...] VI - estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade (grifo do pesquisador); VII - promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição; [...](BRASIL, 1996).

Vê-se nos capítulos 3 e 4 da LDB, citados, considerações gerais sobre o ensino superior que vislumbram um repensar metodológico quando cita, por exemplo,



a liberdade de aprender e ensinar; o pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo, que são as bases fundantes da Metodologia Ativa e também as bases que estruturam as políticas de gênero. Orientações estas que são detalhadas amiúde nas Diretrizes Curriculares Nacionais do ensino superior como veremos a seguir.

Além disso, a noção de competência passa a aparecer nos documentos oficiais dentro das novas concepções de currículo, tendo a LDB extinto os antigos currículos mínimos e conferido maior flexibilidade e autonomia às instituições para a criação dos projetos político-pedagógicos dos cursos. A partir dessa disposição legal, é potencializada a adoção do conceito de competência como elemento organizador das ações nas instituições e das práticas docentes. (DUTRA, *et al*, 2013).

Dessa forma, o termo competência vem adquirindo destaque na área de Educação, na qual os debates acerca das novas concepções de currículo têm se intensificado e resultado em ajustes inclusive metodológicos, a exemplo da implementação da Metodologia Ativa na formação em Saúde. Muitas Instituições de Ensino Superior têm procurado elaborar seus projetos de cursos não mais centrados em conteúdo, traduzidos em uma grade de disciplinas, mas tendo como foco o desenvolvimento de competências. No Brasil, dentro do campo da Educação, a noção de competência aparece em documentos oficiais na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/96) tendo sido afirmada através de regulamentação específica. Nessa lógica, o ensino superior também tem introduzido mudanças, visando a aproximá-lo da dinâmica do setor produtivo.

2.2. Diretrizes Curriculares Nacionais

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das



condições de exercício profissional, e ainda, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino superior em saúde foram elaboradas por curso e teve como base de fundamentação a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde 8.080 de 19/9/1990; a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) 9.394 de 20/12/1996; a Lei que aprova o Plano Nacional de Educação 10.172 de 9/1/2001; o Parecer CNE/CES 776/97 de 3/12/1997; o Parecer CNE/CES 583/2001 de 4/4/2001; a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; o Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; o Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; os Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA e todos os Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde. São abordados neste capítulo àqueles documentos que tratam mais diretamente das mudanças metodológicas.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde apontam as características do profissional a ser formado – generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe –, para que as escolas adaptem seus projetos político-pedagógicos para formar profissionais com competência para atender às necessidades de saúde na dinâmica do contexto (BRASIL, 2001). As escolas devem se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de forma coerente e sinérgica com o prescrito na Constituição, segundo a qual o Sistema Único de Saúde (SUS) deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde (BRASIL, 1988).

Todos esses aspectos dão coerência às DCN que orientam as instituições de ensino para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo (LAMPERT et al, 2009). Nesse sentido, se entende que a Metodologia Ativa em questão, facilita ainda a reflexão e inserção das questões de gênero nos conteúdos



programáticos, pois no contexto dos determinantes sociais o gênero é um elemento normativo da vida de homens e mulheres. Dizem respeito, igualmente, às políticas de saúde, às formas de prestação e aos prestadores de cuidados, mas também às práticas educativas nos vários contextos de socialização, em particular na escola e na universidade. Por mais que em nenhum documento oficial das políticas educacionais se observe especificamente a expressão “gênero”, subentende-se que ele esteja implicitamente presente.

O SUS é uma conquista da reforma sanitária junto a Constituição Federal Brasileira de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080 conferiu legitimidade aos princípios de: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) integralidade da assistência (compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema); c) equidade na disponibilização de recursos e serviços (de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais precisam); d) participação social como direito e dever (a sociedade é chamada a participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular, cabendo ao poder público garantir condições para a participação); e) descentralização (processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios em atendimento às determinações constitucionais e legais, estabelecendo-se atribuições comuns e competências específicas para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios); f) divulgação de informação (quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário); g) igualdade da assistência à saúde (sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie); h) participação da população (BRASIL, 1990).

No processo de implantação desta ampla e democrática reforma sanitária, coube à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDBN (2001) orientar os cursos de graduação das profissões de saúde no Brasil, para uma formação discente voltada a contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do SUS. O projeto pedagógico deveria ser coletivo, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como um facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2011).



A construção/adequação dos novos currículos deveria responder aos desafios do novo século, desenvolver uma visão do todo e promover redes de mudanças sociais (com base numa ampliação da consciência individual e coletiva) por meio de métodos inovadores (capazes de compreender o homem como um ser histórico) e do cumprimento de uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (MITRE et al, 2008).

Para atender as necessidades de adequação no campo das políticas pedagógicas e atingir os resultados esperados passou-se a fomentar o uso de metodologias ativas como estratégias e/ou recursos de ensino-aprendizagem. Estas metodologias, fundadas numa dinâmica de problematização, visavam/visam “alcançar” e motivar o discente a, diante de um problema, se deter, examinar, refletir, relacionar a sua história e ressignificar suas descobertas (MITRE et al, 2008).

Passados alguns anos de efetivação, essas práticas encontram-se disseminadas e identificadas por diferentes nomenclaturas: “técnica de ensino”, “método de ensino”, “metodologia”, “pedagogia”, “modelo dialógico de Educação em Saúde”, “proposta pedagógica”, “proposta curricular”, “estratégia de ensino PBL”, “procedimento metodológico”, “metodologia problematizadora”, entre outras.

A partir das novas DCN e LDBN descritas surgiram programas e respectivas portarias que tinham como meta viabilizar as transformações ora requeridas. Citam-se como exemplos:

2.3. Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas – PROMED

O PROMED foi regulamentado pela portaria interministerial Nº. 610, de 26 de março de 2002 e teve como objetivo incentivar a promoção de transformações dos processos de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à comunidade, por meio de inovações curriculares, baseadas nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Medicina, aprovadas pelo Ministério da Educação. Dentre os seus objetivos, destaca-se: inovar o processo de formação médica, de modo a propiciar profissionais habilitados para responder às necessidades do sistema de saúde brasileiro, e favorecer a adoção de metodologias pedagógicas, centradas nos estudantes, visando prepará-los para a autoeducação continuada.



2.4. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde – PRÓ-SAÚDE

O PRÓ-SAÚDE, por sua vez, contemplou todos os outros cursos de saúde, foi regulamentado pela Portaria Interministerial Nº 3019/2007 e teve inspiração na avaliação do Promed, que foi dirigido às escolas médicas, e incentivou e manteve processos de transformação em 19 escolas médicas brasileiras. O Pró-Saúde tem a perspectiva de que os processos de reorientação da formação ocorram simultaneamente em distintos eixos, em direção à situação desejada apontada pela IES, que antevê uma escola integrada 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 de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS. O Pró-Saúde é fruto de uma parceria de grande importância entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2005).

A proposta formulada leva em conta as Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação para essas profissões, bem como o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pela Lei n.º 10.861, de 14 de abril de 2004, que é o novo instrumento de avaliação da educação superior do MEC/Inep. Para a formulação desse programa, foi levado em conta a dificuldade de concretização das propostas do Programa Saúde da Família. Três cursos foram inicialmente contemplados no Pró-Saúde – Medicina, Enfermagem e Odontologia, sendo posteriormente ampliado para contemplar todos os cursos na área da saúde, cujos egressos fazem parte da estratégia do Programa Saúde da Família em todo o Brasil. A experiência do Promed, seus erros e acertos serviu de base para a elaboração do Pró-Saúde. No nosso País, com educadores da estirpe de Paulo Freire, fica claro que a capacidade de se construir alternativas nacionais já faz parte de nossa história, em que a problematização da prática certamente sugere a abordagem de solução de problemas. (BRASIL, 2005).

O Pró-saúde foi planejado em três eixos, a saber: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais envolvem vetores específicos. O eixo orientação pedagógica visa estruturar o processo de ensino-aprendizagem e comporta três vetores, que são a análise crítica da atenção básica, a integração básico-clínica e a



mudança metodológica. Diz especificamente que o processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem 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.

Um conceito-chave de um modelo pedagógico consequente é o de aprender fazendo, que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, assumindo que ele acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. Pretende-se a integração entre os atuais ciclos básico e clínico. A problematização orientará a busca do conhecimento e habilidades que respaldem as intervenções para trabalhar as questões apresentadas, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva. Considerando-se a velocidade vertiginosa com que se produzem e são colocados à disposição conhecimentos e tecnologias no mundo atual, um dos objetivos fundamentais de aprendizagem do curso de graduação é o de aprender a aprender. Isso requer o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo a advinda de sua própria experiência profissional. O vetor nove desse programa traz a mudança metodológica como foco e orienta que seja o ensino baseado majoritariamente em problematização, em grupos pequenos, ocorrendo o ensino em ambientes diversificados, IES, serviços públicos de saúde, associações, entre outros. As atividades são estruturadas a partir das necessidades de saúde da população. Utiliza-se a avaliação formativa e somativa na Metodologia Ativa na perspectiva de avaliar todos os aspectos da formação do estudante (conhecimentos, atitudes e habilidades).

3. CONSIDERAÇÕES

As instituições de ensino nos dias de hoje sentem os impactos da atual conjuntura mundial em um contexto de globalização, vivência em redes, contradições e incertezas e buscam integrar na reflexividade o desafio de repensar coletivamente seu papel na sociedade e na formação de recursos humanos adequados às necessidades do



país. Nesse sentido, os cursos de graduação em saúde tem se adequado na intenção de formar profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, capaz de trabalhar em equipe, devendo as IES se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de forma coerente e sinérgica como prescrito na Constituição. O Sistema Único de Saúde (SUS) deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, J. R. P. de. **Contexto atual do ensino médico:** metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas. 2009. Dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Sula, Porto Alegre, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. Orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Parecer CNE/CES nº583, de 4 de abril de 2001. Disponível em: www.portal.mec.gov.br. Acesso em: 22/06/2012, 11:54.

_____. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. 1996.

_____. CNE/CEB. Atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília: CNE.CEB, 2011.

_____. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior. Parecer nº 1.33, de 07 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.

_____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

CALKINS, N. A. **Primeiras lições de coisas.** Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1886.



- CHARLOT, B. **A mistificação pedagógica: realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação**. Ed. Ver. E ampl. São Paulo: Cortez, 2013.
- COMENIUS, J. A. **Didática Magna: tratado universal da arte de ensinar tudo a todos**. Tradução: Joaquim Ferreira Gomes. 5a. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006.
- COUTINHO, G. C. **Metodologias ativas de ensino na graduação em terapia ocupacional: estratégias que possibilitam a integração das disciplinas no modelo departamental**. 2011. 240f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade del Mar, Chile, 2011.
- DEWEY, J. **Democracia y Educación: una introducción a La Filosofía de La Educación**. Madri: Morata, 1998.
- DIAS, M. A. **O corpo na pedagogia Freinet**. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2012.
- DURÃES, S. J. A. **Sobre algumas relações entre qualificação, trabalho docente e gênero**. Educ. Soc., Campinas, v. 33, n. 118, p. 271-288, jan.-mar. 2012.
- DUTRA, S. *et al.* **O conceito de competência e seus desdobramentos didático-pedagógicos na UNISINOS**. Disponível em: <http://unisinios.br/blogs/formacao-docente/files/2013/01/Ensino-por-competencias-na-Unisinios.pdf>. Acesso em: 11 de janeiro de 2018.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. **Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 14, p. 41- 65, 2004.
- LAMPERT, J. B. *et al.* **Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras**. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. (1 Supl. 1), p. 19-34, 2009.
- LOCKE, J. **Ensaio acerca do entendimento humano**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os Pensadores).
- MITRE, S. M. *et al.* **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais**. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. (Supl 2), p.2133-44, 2008.
- PESTALOZZI, J. H. **Cartas sobre Educación Infantil**. Madri: Tecnos, 2006.
- PENAFORTE, J. **John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas**. In: MAMEDE, S. *et al.* Geraldo Augusto. **A organização do trabalho no século XX: taylorismo, fordismo e toyotismo**. São Paulo: Expressão popular, 2007.
- ROUSSEAU, J. J. **Emilio ou Da Educação**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.



ZANOTTO, M.; ROSE, T. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Rev Educação e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 45-54, 2003.

ZITKOSKI, J. J.; FREIRE, P. **Educação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006.



CAPÍTULO III

PANORAMA DA IMPLEMENTAÇÃO DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

DOI: 10.51859/amplla.mma658.1121-3

Glebson Moura Silva

A questão da implementação das metodologias ativas no cotidiano acadêmico de saúde consiste, em si mesma, numa medida de apreensão e medição dos resultados almejados nas últimas décadas desde a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Assim, para o alcance de uma formação mais integral, as metodologias ativas de ensino foram postas como fundamentais para incitar o processo de aprendizagem nos estudantes, nos quais o discente assume o papel de instituidor de seu conhecimento, contrapondo-se ao papel de receptor de informações (KUENZER, 2006).

Diante desta premissa, foi realizada uma extensa pesquisa sobre o uso de metodologias ativas para formação dos profissionais de saúde, permeados pela dita ‘necessidade’ de reforma do processo de ensinar, a validade das metodologias adotadas e a realidade na qual estão sendo inseridas. Acredita-se que a implementação destas metodologias, pode indicar problemas e dificuldades, ou ainda, complexidades e desafios que necessitam ser compreendidos para que se possam alcançar novos patamares nos caminhos da formação integral.

Para expor tais argumentos, foi necessário fugir do lugar comum da revisão de literatura narrativa, considerada, por alguns pesquisadores, demasiadamente empírica, obscura e/ou inconclusiva (SEGURA-MUÑOZ et al, 2002) para apresentar uma revisão integrativa, que consiste em uma forma de síntese dos resultados de pesquisas relacionados a um problema. Constitui-se enquanto uma forma de conhecimento atrelada ao novo século, onde a era da informação tem causado grande impacto na vida das pessoas e, por consequência, no sistema de saúde, pois o fluxo contínuo de informações transforma o processo de ensinar e aprender (GALVÃO et al, 2004).



Neste caso específico, são evidenciadas as metodologias ativas usadas na graduação em saúde na perspectiva da integralidade, elucidando sua fundamentação enquanto método embebido de significados e determinantes de processos educativos. Chegou-se a cinco categorias de análise descritas a seguir - Metodologias ativas, Aprendizagem baseada em problemas, Saúde e Educação, Aprendizagem significativa e Formação Integral.

1. METODOLOGIAS ATIVAS

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido igual a dos demais profissionais de nível superior, pautada no uso de metodologias conservadoras, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiano-newtoniana, fragmentado e reducionista (CAPRA, 2006). Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica. Essa fragmentação do saber se manifestou no aguçamento das subdivisões da universidade em centros e departamentos e dos cursos em períodos ou séries e em disciplinas (BEHRENS, 2005; CAPRA, 2006). Nesse sentido, o processo ensino, tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, e, para passar da consciência ingênua para a consciência crítica requer a curiosidade criativa, indagadora e sempre insatisfeita de um sujeito ativo, que reconhece a realidade como mutável (FREIRE, 2005; DEWEY, 2011).

Imagina-se que foi baseado neste entendimento que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde surgiram no cenário da educação superior definindo, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço qualificado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema Único de Saúde - SUS (COTTA, MENDES & MUNIZ, 1998; ALMEIDA, 2007; CECCIM & FEUERWERKER, 2004). É neste cenário que as instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus docentes e discentes a tecerem novas redes de conhecimentos.



Adotam-se então as metodologias ativas que se configuram, do ponto de vista teórico e político, numa proposta pedagógica não diretiva, com sua origem na denominada escola ativa ou escola nova, que emerge em reação ao autoritarismo do professor da escola tradicional, que ainda orienta reformas no sistema escolar. Essa corrente tem como princípio norteador a valorização do indivíduo como ser livre, ativo e social (LUCKESI, 1994).

Em sua origem, alguns educadores na tentativa de resgatar a relevância dada ao saber elaborado e historicamente acumulado, desencadearam o movimento da pedagogia crítica, que ganhou força no final da década de 1970 e início da década de 1980. Usada pela escola de Frankfurt, na atualidade abriga um amplo espectro de reflexões filosóficas com algumas diferenças em suas bases conceituais (TOZONI-REIS, 2007). Todas, porém, compartilham ideias: a de que a escola é o local de lidar com as contradições sociais e problematizar a realidade; de que a decisão do que saber e do que fazer depende das necessidades sociais vividas; procuram a superação da dicotomia entre “trabalho intelectual e trabalho manual”, e a proposta delas é a de formar o homem pelo e para o trabalho (ARANHA, 1989).

Neste contexto, novas formas de ensino-aprendizagem e de organização curricular podem ser adotadas. As disciplinas e/ou atividades das diferentes profissões da área da saúde, além de buscar desenvolver a capacidade de reflexão sobre problemas reais e a formulação de ações originais e criativas, deverá ser capaz de transformar a realidade social. Neste contexto, vêm ganhando destaque a metodologia de ‘Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)’ (MARIN et al, 2010).

Os métodos de aprendizagem ativa podem ser notados na exposição do Quadro 1, e apontam para o fato de terem em comum a forma de trabalhar intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensino e valorizarem o aprender a aprender (BERBEL, 1998).



Quadro 1 - Síntese dos estudos referentes ao tema Metodologias Ativas

AUTORIA	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS ACHADOS
HAFNER et al, 2010	Avaliar um curso de medicina com o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Qualitativo e descritivo. N: 17 egressos do curso de medicina.	O curso avaliado se aproxima da formação do médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, que pode intervir tanto nos diferentes níveis de atenção de saúde quanto no enfoque individual e coletivo.
ANDRADE et al, 2011	Analisar o uso de metodologias ativas para aquisição e evolução de atitudes dos discentes da Escola Superior de Ciências da Saúde.	Transversal, quali-quantitativo. N: 120 alunos de medicina.	As atitudes positivas predominaram. A atenção primária em saúde obteve maior percentual positivo. As metodologias ativas pode possibilitar uma prática médica de qualidade.
TEÓFILO; DIAS, 2009	Conhecer a concepção de docentes e discentes acerca das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.	Estudo exploratório do tipo estudo de caso. N: 9 alunos e 8 professores.	Inferiu-se a necessidade de incorporação de metodologias ativas e de uma relação dialógica que permita superar o poder estabelecido e a dissonância entre teoria e prática.
SOBRAL; CAMPOS, 2012	Identificar e analisar publicações científicas sobre o uso das metodologias ativas no ensino e assistência de Enfermagem no Brasil.	Revisão integrativa de literatura. N: 28 artigos.	A problematização como a principal metodologia ativa utilizada, a falta de referenciais teóricos para planejar a ação pedagógica e o uso excessivo de técnicas de ensino que nem sempre caracterizam a inovação do método.
MAIA et al, 2012	Descrever as metodologias ativas usadas pelos acadêmicos de Enfermagem em ações de promoção da saúde de crianças do Ensino Fundamental.	Estudo de validação de tecnologias educacionais. N: 25 alunos.	As metodologias utilizadas favoreceram o desenvolvimento de competências dos estudantes na promoção da saúde infantil.
BACKES et al, 2012	Relatar a vivência de ensino-aprendizagem em metodologias ativas, vinculada a um projeto ampliado de ensino, pesquisa e extensão na Enfermagem.	Relato de experiência.	Desenvolveu um conhecimento capaz de dialogar e integrar os diferentes saberes, pelo desenvolvimento de práticas em consonância com o exercício da cidadania e transformação social.



AUTORIA	OBJETIVO	MÉTODO	PRINCIPAIS ACHADOS
LIMBERGER, 2013	Abordar a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação do Farmacêutico.	Estudos de caso. N: 7 alunos.	A formação de um aluno capaz de intervir e construir o próprio futuro com responsabilidade e comprometimento com a formação humanística e generalista.

Legenda: N – número de artigos ou de sujeitos de pesquisa

De acordo com os sete artigos selecionados com foco nas metodologias ativas, se observou que três deles tiveram enquanto sujeitos do estudo alunos de graduação em saúde com foco na formação de atitudes em saúde, processo de formação teórico-prático do sujeito e compromisso social. Ou seja, questões vinculadas à concepção do método como ferramenta para formação de profissionais de saúde. Tais achados foram explicitados por Limberger (2013) quando enfatizou que a utilização de metodologias ativas permitiu, aos acadêmicos, construírem o próprio caminho, mais seguros de seu potencial, com maior autoestima, autonomia e motivação, uma vez que ampliou a consciência dos estudantes acerca da tolerância, da ambiguidade e da complexidade, e estimulou o respeito a opiniões e experiências diversas. Também enfatizou que as práticas baseadas em problemas exigem momentos de reflexão para a melhoria da didática frente às dificuldades apresentadas, constante autoavaliação e replanejamento; além de habilidade comunicativa, exercício de liderança, e observação de aspectos referentes à interdisciplinaridade e a complexidade dos indivíduos.

Teófilo e Dias (2009) apontaram que os estudantes acreditavam nas metodologias ativas e geravam espaços democráticos que contribuíram para a formação de um sujeito mais crítico. Nestes, os mesmos foram considerados indivíduos que compartilham informações e buscam a aprendizagem significativa por meio da discussão e da troca de saberes. Identificou-se, nos argumentos discentes, uma consciência da necessidade de estratégias destinadas à interação entre professor-estudante e o objeto do conhecimento em sua razão de ser, seu significado.

Um destes estudos teve enquanto sujeitos os egressos do curso de medicina, concluindo que a formação condizia com as diretrizes curriculares nacionais para o médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, que poderia intervir tanto nos



diferentes níveis de atenção de saúde quanto no enfoque individual e coletivo. No Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde direcionam para estas características profissionais e sugerem que as universidades adaptem seus projetos político-pedagógicos para formar profissionais com competência para atender às necessidades de saúde na dinâmica do contexto (BRASIL, 2001). As escolas devem se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de forma coerente e sinérgica com o prescrito na Constituição, segundo a qual o SUS deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde (BRASIL, 1988).

Hafner et al (2010) apontaram que ao se comparar a fala dos egressos, expressas durante a entrevista, e as suas ações, pode-se identificar a incorporação de princípios de uma clínica ampliada por parte deles. Isso se evidencia, principalmente, pela valorização da relação médico-paciente, o respeito pelo sujeito, tanto do ponto de vista biológico, psicológico e social, como de sua autonomia e nas ações curativas, preventivas e de reabilitação. Concluem que os profissionais formados por meio das metodologias ativas estão se aproximando do perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo que pode intervir nos diferentes níveis de atenção de saúde, considerando o indivíduo e coletividade. Assim se daria um novo patamar de diálogo, centrado não apenas na doença, mas na situação do doente, no seu sofrimento e nas suas condições psicossocioexistenciais.

O estudo de Maia et al (2012), focou na construção e desenvolvimento de competências dos estudantes para a promoção da saúde. Eles apontaram que o emprego de metodologias ativas de ensino-aprendizagem favoreceu o desenvolvimento de competências profissionais nos discentes envolvidos no processo educativo, possibilitando-lhes uma abordagem mais coerente com o papel de futuros profissionais de saúde.

Esta assertiva dialoga com Ferraz (1999) quando abordou que a oferta de um processo ativo e dinâmico, no qual o indivíduo e grupos sociais sejam incentivados a ser responsáveis pela mudança de hábitos e aumento do seu bem-estar, incorporando a importância e o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde, reconhecendo ainda que a promoção desta não se limite exclusivamente ao setor saúde, constitui atividade eminentemente intersetorial. Assim



como dão coerência às DCN que orientam as escolas para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais (LAMPERT et al, 2009).

Tais fatos não se distanciam do relato de experiências selecionadas, pois este concluiu dando ênfase na necessidade de dialogar e integrar os diferentes saberes, pelo desenvolvimento de práticas em consonância com o exercício da cidadania e transformação social. Ainda apontou que desenvolver um processo educativo permite relativizar as verdades hegemônicas do saber tradicional, por meio do desenvolvimento de competências capazes de dialogar e integrar os diferentes saberes. Significa protagonizar novas possibilidades de intervenção social, pelo desenvolvimento de práticas sociais proativas e comprometidas com a formação articulada e inserida na realidade social (BACKES, 2008; ERDMANN et al, 2008).

E neste processo de formação, a universidade aparece como espaço de outros sentidos e significações para o estudante, configurando-se simbolicamente em um lugar de segurança, apoio, estímulo, oportunidades, conquistas e rupturas. Pautada em valores humanos, éticos, políticos e ecológicos, espera-se da universidade um lugar que promova a integração dos diferentes saberes, pela valorização das singularidades humanas (MORIN, 2003). Backer et al (2012) então finaliza apontando que na formação do profissional é preciso viabilizar a construção do conhecimento de forma inovadora e transformadora, pela valorização do diferente, do incerto e aleatório, voltado para a realidade concreta, tal como recomenda as diretrizes curriculares para o ensino da saúde. Pode ser concebido, também, como um modelo pedagógico que institui uma nova proposta formativa, capaz de ressignificar e reorganizar o saber, embasando novos referenciais, capazes de criar espaços educativos favoráveis à construção de sujeitos pensantes, solidários e protagonistas de uma nova sociedade.

Uma das evidências deste estudo é uma revisão integrativa, que explanou existir no processo de desenvolvimento das metodologias ativas a falta de referenciais teóricos para planejar a ação pedagógica e o uso excessivo de técnicas de ensino que nem sempre caracterizam a inovação do método. Os autores apontaram que predominam as



experiências de metodologia ativa aplicadas isoladamente em disciplinas ou atividades de ensino e assistência, motivadas por interesses pessoais e, raramente, institucionais. E explicitou que a falta de apoio das esferas governamentais e instituições formadoras inviabilizam mudanças radicais na educação, obrigando o professor a adaptar a metodologia ativa aos recursos disponíveis na sua realidade de trabalho (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Corroborar-se assim, com o estudo de Luckesi (1991) quando referiu que setores dominantes da sociedade não têm interesse em investir em programas educacionais que desenvolvam o senso crítico do aluno, porque a aquisição de conhecimento confere maior capacidade de compreensão e crítica. Quando o saber atinge grande parte da população, gera um potencial de mudança e as novas metodologias podem auxiliar na superação de modelos conservadores e possibilitar revoluções sociais.

Portanto, a construção e adequação do conhecimento e dos novos currículos deveriam responder aos desafios do novo século, desenvolver uma visão do todo e promover redes de mudanças sociais (com base numa ampliação da consciência individual e coletiva) por meio de métodos inovadores (capazes de compreender o homem como um ser histórico) e do cumprimento de uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (MITRE et al, 2008).

Nessa ótica, o conhecimento é construído pelo movimento de agir sobre a realidade, uma vez que no plano do pensamento esta é refeita pela reflexão, a qual orienta o sujeito em sua transformação por meio da práxis. A inserção crítica na realidade confere significado à aprendizagem (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Aprendizagem esta que, embora esteja relatada e refletida pelos estudos aqui expostos enquanto condizente com as diretrizes curriculares nacionais e as necessidades do sistema de saúde vigente no país, apresenta grandes deficiências de compreensão e condução destas metodologias, principalmente por falta de apoio governamental e institucional. Isto gera uma grande lacuna na compreensão desta temática, pois, na maior parte das experiências, o que ficou evidente foram tentativas de implementação das metodologias ativas enquanto um modelo híbrido aplicado nas escolas ou como tentativas isoladas de profissionais em disciplinas ou atividades específicas. Faltam estudos que retratem experiências institucionais com uso destas



metodologias enquanto mudança curricular, sem adaptações para que represente o quanto elas podem ser importantes ou não para a melhoria da formação em saúde.

Para que isto aconteça, as metodologias de ensino precisam estar solidificadas no saber-fazer docente e discente em busca de firmar e dar sentido ao princípio da integralidade, retratado nos discursos enquanto significativo e almejado. Uma vez que a educação atual pressupõe um discente capaz de autogerenciar seu processo de formação e que ele seja resultado da fusão das suas experiências de vida, onde as experiências acadêmicas (cognitivas, afetivas e psicomotoras) estão inseridas, mas não se limita a elas. Pelo contrário, se amplia pela subjetivação, que para Garcia (2002) é a produção de novas possibilidades de existência e de estilos de vida. E, ao considerá-los, amplia-se a possibilidade de construção dos conhecimentos durante o processo formativo, “priorizando o entendimento do indivíduo a partir das subjetividades que o compõe” (FELDENS et al, 2015, p. 140).

2. APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

As metodologias ativas carregam em seu interior vários caminhos teórico-metodológicos. Esta, aqui explicitada é a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (ABP), conhecida mundialmente como PBL – Problem-Based Learning. Encontra suas origens na Teoria da Indagação de John Dewey, filósofo, psicólogo e educador norte-americano, citado como um dos precursores do pensamento pedagógico contemporâneo. Para Dewey, a aprendizagem parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais. A partir deste ponto de vista, o método de ensino enfatizaria a descoberta, a experimentação e a reflexão, e os docentes apresentariam os conteúdos pragmáticos por meio de problemas ou questionamentos (GOMES; CASAGRANDE, 2002). As concepções desse filósofo e teórico influenciou o surgimento do método aqui exposto enquanto categoria de análise.

A ABP utilizada na UFS, enquanto método estruturado de ensino, foi concebida no Canadá nos anos 1960, na Universidade de McMaster, seguida da Universidade de Maastricht, na Holanda, sendo posteriormente difundida em países da Ásia, África e América Latina (BERBEL, 1998). No Brasil, algumas escolas vêm adotando a ABP, sendo



a Faculdade de Medicina de Marília (Famema) e a Universidade Estadual de Londrina (UEL) as duas pioneiras no processo. No Estado do Rio de Janeiro, o Curso de Graduação em Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (Feso) — atual Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso) — foi pioneiro na adoção da dinâmica da ABP, em 2005 (FESO, 2002; SIQUEIRA-BATISTA; SIQUEIRA BATISTA, 2009). Na atualidade, conta com expressivo número de instituições como as Universidades Estaduais Baianas, e, mais recentemente a Universidade Federal de Sergipe.

Os principais fundamentos pedagógicos são: a aprendizagem por descoberta, a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o currículo integrado, a valorização da autonomia do estudante, o trabalho em pequeno grupo e a avaliação formativa, proporcionando o desenvolvimento de um profissional cooperativo, respeitoso, com capacidade de escuta do outro, habilitado a trabalhar em equipe, autônomo, crítico e reflexivo, tendo como eixos centrais de funcionamento o espaço de trabalho em grupo tutorial e a busca ativa individual pelo estudante (NTYONGA-PONO, 2006; WOOD, 2003). Este faz relação com os documentos oficiais e traz consigo uma noção de currículo para formação de sujeitos determinados a viver numa determinada realidade, pois os autores não têm informado até que ponto o desenvolvimento destas competências e/ou habilidades apontam para a formação de sujeitos integrais.

Os estudos acrescentam que a metodologia ativa centra o aprendizado no aluno, sendo o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de muitas escolas. Tem caráter formativo, estimulando a busca do conhecimento, a autonomia intelectual e o compartilhar do conhecimento construído, já que estudantes em pequenos grupos trabalham na resolução de situações-problemas que servem de mote para a busca de conteúdos, conceitos e habilidades cognitivas (SAKAI; LIMA, 1996). Neste aspecto, o foco é no aprendiz, mas concentrado nos conteúdos enquanto indispensável promotor da autonomia acadêmica e cognitiva, o que pode representar um contrassenso quando se fala em metodologias ativas, sem desmerecer a importância do conteúdo, porém considerando as experiências divulgadas.

Na operacionalização da ABP, há a formação de um grupo tutorial, onde o professor apresenta aos alunos um problema pré-elaborado por uma comissão de especialistas. Os problemas contêm os temas essenciais para que os alunos cumpram o



currículo e estejam aptos para o exercício profissional. Nesse método, os conteúdos ou áreas de conhecimento são tratados de modo integrado. Os alunos estudam o problema de forma coletiva e individual. Posteriormente, o grupo se reúne novamente para rediscutir o problema. Trata-se de uma proposta que direciona toda a organização curricular e exige mudanças estruturais complexas (BERBEL, 1998). A ABP tem como inconveniente a existência de um cenário de estudo onde se tenta articular os conteúdos pré-definidos, o que nem sempre representa uma realidade fidedigna (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Talvez estes fatos, necessários à operacionalização do método, devam ser atendidos e compreendidos para que tenhamos um cenário com possibilidade de avaliação e validação.

Espera-se que a ABP torne o discente um agente potencial de transformação social, capaz de detectar problemas e de criar soluções adequadas com base nos conteúdos teóricos trabalhados em sessões de tutoria. Importante também é o contato, desde os primeiros períodos, estabelecido entre os estudantes e a comunidade, por meio da inserção nas unidades básicas de saúde, permitindo contextualizar a teoria na prática vivenciada. Questões que podem ser percebidas na exposição realizada no Quadro 2.

Quadro 2 - Síntese dos estudos referentes ao tema de Aprendizagem Baseada em Problemas

AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
AMANTO; NOVALES-CASTRO, 2009	Analisar a associação entre a estratégia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a percepção dos alunos acerca de sua aprendizagem.	Quanti-qualitativo N: 334 alunos	Os resultados evidenciaram a boa aceitação do método ABP e da avaliação entre pares pelos estudantes, com uma percepção de maior aprendizagem.
GOMES et al, 2009	Analisar estudos que comparam a Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica com o currículo tradicional.	Revisão de literatura N: 7 artigos	O uso da ABP na graduação médica pode ser uma alternativa viável e com bons resultados na implementação das diretrizes brasileiras para a formação médica.



AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
LEWIS et al, 2009	Investigar se existem diferenças de estressores relacionados ao curso de medicina sobre a aprendizagem baseada em problemas (PBL) e programas não-PBL no Reino Unido.	Cross-seccional N: 280 alunos	Existem diferenças significativas entre os estressores que afetam os estudantes de medicina com PBL e programas não-PBL. Cursos e serviços de apoio ao estudante devem, portanto, adaptar seu trabalho para minimizar, ou ajudar os alunos a lidar com os estressores específicos de cada tipo de curso para garantir a aprendizagem.
JOHNSTON et al, 2009	Testar a eficácia da aprendizagem com os dois métodos de ensino: Medicina Baseada em Evidencia vs. Aprendizagem Baseada em Problemas.	Cruzado randomizado controlado e qualitativo N: 129 alunos	Os alunos encontraram dificuldades no PBL, pois eles não tinham o conhecimento necessário para apoiar uma discussão, não conseguiram entender conceitos fundamentais, e perderam a direção. O ensino da EBM deve adotar um formato que facilita a investigação.
NEVILLE, 2009	Avaliar os benefícios do PBL para a formação em saúde.	Revisão sistemática N: 30 artigos	Currículos PBL demonstram competências profissionais equivalentes ou superiores em comparação com os graduados de currículos tradicionais.
SCHLETT et al, 2010	Avaliar as diferenças na educação da escola médica entre graduados de currículos baseados em PBL e convencional.	Quantitativo N: 37 escolas médicas	Entre médicos formados na Alemanha, a PBL demonstrou benefícios no que diz respeito às competências que foram altamente necessárias no trabalho dos médicos.
PEIXOTO et al, 2011	Comparar a atitude do estudante de Medicina a respeito da relação médico-paciente de uma escola de currículo tradicional com outra de PBL.	Quantitativo N: 274 alunos	Este estudo encontrou atitudes mais centradas no paciente na escola de ABP, que poderiam ser atribuídas ao modelo curricular, uma vez que as escolas estudadas diferem basicamente em relação a esse aspecto.
GOMES; REGO, 2011	Apresentar o método de ABP e as avaliações de seus resultados na busca do médico crítico e reflexivo.	Revisão de literatura N: 38 artigos	Os resultados apontam insuficiência da mudança pedagógica isolada como resposta a uma formação médica capaz de aliar competências técnicas e ético-humanísticas.
TAVAKOL; TAVAKOL, 2012	Identificar a percepção de alunos e educadores em torno da aprendizagem baseada em problemas.	Quanti-qualitativo N: 33	Muitos participantes valorizaram a importância da abordagem PBL na prática e formação de médicos. Porém houve opiniões contrastantes do que o método representa ou é implementado.



AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
GRANT et al, 2012	Comparar o efeito do contexto em aprendizagem baseada em problemas (PBL) em diferentes escolas médicas do Reino Unido.	Quanti-qualitativo N: 30 alunos	As duas escolas preveem que o que se aprende na escola não-PBL é provável que seja através de uma abordagem superficial e não integrada. Em escolas PBL é melhor a acessibilidade e sustentabilidade da aprendizagem.
LIM, 2012	Defender que a mistura de duas filosofias educacionais opostas pode minar a PBL e anular os seus benefícios.	Debate	Currículos PBL híbridos sem supervisão por pessoal especializado para a educação médica pode degenerar em currículos disfuncionais inferiores até mesmo para a abordagem tradicional.
MILLAN et al, 2012	Avaliar a percepção dos alunos de Medicina quanto ao seu preparo para cursar o internato, dentro de duas experiências metodológicas.	Quantitativo N: 100 alunos	Os alunos do método tradicional se julgam melhor preparados para as atividades do internato do que os do ABP: analisando-se as respostas de cada questão, agrupando-as em dimensões e calculando-se a média de respostas do questionário inteiro.
COSÍN et al, 2012	Avaliar o impacto da prática clínica na implantação da metodologia da ABP.	Caso-controle N: dois grupos de intervenção	O grupo controle obteve melhor pontuação. O uso da ABP na formação acadêmica de Enfermagem não modificaram a pontuação obtida em sua prática clínica, mostrando a mesma evolução.
BERGMAN et al, 2013	Obter uma visão de como o conhecimento teórico é transformado em habilidades clínicas na Medicina.	Grupo focal N: 78 alunos	Uma abordagem PBL em si não foi suficiente para garantir a aprendizagem, e suportam a hipótese de que os princípios educacionais como tempo-tarefa e repetição, têm um forte impacto sobre os alunos.
HEIJNE-PENNINGA et al, 2013	Analisar a retenção de conhecimento a longo prazo dos alunos do currículo PBL e tradicional.	Quantitativo N: 1648 alunos	Os resultados sugerem que uma abordagem de ensino baseado no problema, em particular, pode estimular a retenção do conhecimento a longo prazo.

Legenda: N – número de artigos ou de sujeitos de pesquisa.

De acordo com 10 dos estudos verificados em relação à Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), ela se mostrou eficaz no que se refere à sua aplicação nas instituições de ensino de graduação na área de Saúde. Vale ressaltar, de todos os estudos, aqueles que não utilizaram somente ABP, mas diferentes estratégias de ensino,



se tornando um modelo híbrido de ensino, apresentaram resultados insatisfatórios (5 estudos). Esclarece-se que, para o ensino, é importante que o estudante tenha um conhecimento prévio adquirido em disciplinas anteriores sobre o conteúdo que será abordado em um grupo tutorial baseado na ABP, fato contribuinte para a aprendizagem significativa e enfatizado por Johnston et al (2009) quando expôs que os alunos encontraram dificuldades na ABP, pois eles não tinham o conhecimento necessário para apoiar uma discussão, não conseguiram entender conceitos fundamentais, e perderam a direção.

O mesmo autor chama a atenção para a importância de localizar os métodos de ensino dentro da vida social e cultural do aluno, de forma a tirar partido das crenças epistemológicas existentes. Pois em seu estudo descobriu que a ABP foi menos eficaz na construção de conhecimentos do que o habitual programa de ensino, por ele denominado de aprendizagem dirigida. As entrevistas revelaram que os estudantes estavam menos satisfeitos com o método de ensino ABP, talvez porque eles acharam esse modelo educacional frustrante e ineficiente, uma vez que ficou sob a responsabilidade deles a responsabilidade pela aquisição do conhecimento. Tais atitudes talvez reflitam um ambiente de aprendizagem social e cultural concentrado na aquisição e transferência de conhecimento em vez de gerar hipóteses, novas ideias ou contradizer a autoridade (GWEE, 2008; TWEED; LEHMAN, 2002). Ou seja, talvez os alunos deste estudo estivessem sofrendo exigências e cobrado responsabilidades que não eram suas, e, em processos de mudança, o conhecer, qualificar e empoderar podem ser peças-chave para a subjetivação e adesão.

Dentre as quinze publicações referentes à Aprendizagem Baseada em Problemas foram possíveis observar que: 3 artigos são do tipo revisão de literatura (GOMES; REGO, 2011; NEVILLE, 2009; GOMES et al, 2009); 10 relatam efeitos positivos quanto à aplicação da ABP no currículo de cursos da área da Saúde, em maior proporção para cursos de medicina e enfermagem; 2 artigos (GOMES et al, 2009; LIM, 2012) destacaram a importância de reformas curriculares no que tange à organização do período de formação acadêmica, salientando a necessidade da inserção de uma educação problematizadora, que incite a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas.



Por esta razão, a organização de um curso não pode mais ser vista como um conjunto neutro de conhecimentos e uma mera divisão entre aspectos técnicos e aspectos humanos envolvidos na formação. É preciso ultrapassar a visão dicotomizada do ensino e ter uma visão integradora na formação do profissional de saúde (RONZANI; RIBEIRO, 2003; RODRIGUEZ et al, 2004). Nesse sentido, a viabilidade de se produzirem inovações nos currículos está diretamente ligada à concepção de mundo e de homem sustentada pelos atores do âmbito escolar e sua disponibilidade para o exercício da ação com reflexão. Formar profissionais, tendo como eixo norteador as noções de integralidade e a pretensão de inovar, pressupõe que gestores e docentes reconheçam os limites da ciência biomédica e comecem a trabalhar nas interfaces entre os saberes que se comunicam com a saúde (CIUFFO; RIBEIRO, 2008).

Apenas 4 das publicações (GOMES; REGO, 2011; NEVILLE, 2009; SCHLETT et al, 2010; PEIXOTO et al, 2011) enfatizaram o efeito da ABP aplicada durante a formação em saúde após a graduação, com benefícios em relação às dimensões cognitivas e sociais no campo profissional. Um desses estudos relatou a prática da ABP, relacionando os dados da literatura com a aquisição de habilidades de comunicação, bem como atitudes profissionais no que se refere ao trabalho em equipe, liderança e postura humana frente às situações de trabalho com atitudes centradas no paciente/usuário dos serviços de saúde (PEIXOTO et al, 2011). Todavia, eles não exploram os conflitos estabelecidos no contexto deste profissional e como se chegou a estas conclusões, deixando uma lacuna que não permitiu auferir as categorias postas como ganhos na formação por ABP.

Este resultado tem relação com os estudos realizados em escolas que adotam o modelo pedagógico de ABP e mostraram que ele possibilita aos estudantes desenvolver habilidades e atitudes como trabalho em equipe, liderança de grupo, capacidade de escuta, cooperação, respeito pelo ponto de vista do outro, estudo autodirigido e habilidades de comunicação (DOLMANS et al, 2005; NUNES et al, 2008). Estas seriam competências exigidas pelo mercado de trabalho, o que me levou a questionar onde encontrar a inovação, uma vez que no processo histórico de construção da profissionalização da Enfermagem esta relação sempre existiu.

Ainda nesse contexto, 7 estudos realizaram uma comparação entre a educação com o ensino tradicional e com a ABP (GOMES et al, 2009; SCHLETT et al, 2010; PEIXOTO et al, 2011; LEWIS et al, 2009; GRANT et al, 2012; MILLAN et al, 2012; HEIJNE-PENNINGA



et al, 2013). Em um destes, o pesquisador apontou efeitos negativos com a aplicação da ABP (MILLAN et al, 2012) e nos outros, os autores afirmam diferenças de desempenho de aprendizagem entre a ABP e o ensino tradicional, com ênfase na cognição.

Outros estudos notaram diferenças de atitude entre médicos formados em escolas tradicionais em relação ao modelo de ABP. Matsui et al (2007) avaliou a opção de trabalho de médicas formadas em duas escolas com modelos curriculares diferentes, currículo tradicional (CT) e ABP. Encontrou que os profissionais formados pelo currículo ABP mostravam mais interesse em cuidados primários e medicina comunitária quando comparadas aos profissionais formados em escolas tradicionais. Informação que faz conexão com as DCN para a formação do profissional de saúde, uma vez que esta orienta a formação para o SUS com foco na atenção primária à saúde.

Na revisão desenvolvida por Gomes et al (2009) no que se refere aos resultados positivos dos cursos com ABP, observou-se que os graduados se sentiram mais preparados ou foram avaliados mais positivamente por seus supervisores do que os graduandos dos cursos tradicionais, principalmente na dimensão social. Nessa dimensão, destacaram-se de forma recorrente as competências de: comunicar-se de forma eficiente (HOFFMAN et al, 2006; JONES et al, 2002; WATMOUGH et al, 2006) efetivar relacionamento interpessoal (HOFFMAN et al, 2006); lidar com pacientes de culturas diferentes (JONES et al, 2002; WATMOUGH et al, 2006); levar em conta os aspectos psicossociais no adoecimento e no tratamento (PETERS et al, 2000; JONES et al, 2002); atuar em equipe (HOFFMAN et al, 2006; JONES et al, 2002; WATMOUGH et al, 2006) e lidar com questões éticas (JONES et al, 2002; WATMOUGH et al, 2006).

Tais achados comungam com Koh et al (2008) quando, com base em sua revisão sistemática, constataram que a ABP desenvolvida nas escolas de Medicina tinham efeitos positivos na competência médica após a graduação, principalmente na dimensão social. Informação que tem relação com o referido por Cardoso Júnior (2006):

O significado de competência não se restringe à aquisição de um considerável corpo de informações, mas se refere, também, ao desenvolvimento de um conjunto de capacidades expressas no profissionalismo, nas habilidades de comunicação, no trabalho colaborativo e, especialmente, na efetividade da resolução dos problemas cotidianos. (p.21)

Tornou-se, portanto, um contrassenso da abordagem clássica da formação em saúde, com foco no ensino tecnicista e preocupado com a sofisticação dos



procedimentos e dos equipamentos auxiliares do diagnóstico, tratamento e cuidado, planejado segundo o referencial técnico-científico acumulado pelos docentes em suas respectivas áreas de especialidade ou dedicação profissional. Infere-se que a perspectiva clássica do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com protagonismo ativo dos estudantes, ignorando a acumulação existente na educação relativamente à construção das aprendizagens e acerca da produção e circulação de saberes na contemporaneidade, com formação para a sociedade (COUTINHO, 2011).

A importância desta constatação repousa no fato de que o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos, organizado de maneira compartimentada e isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimentos das áreas básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica geralmente no hospital universitário, adotando sistemas de avaliação cognitiva por acumulação de informação técnico-científica padronizada, incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde a muito superadas pelas demandas da nova sociedade (FEUERWERKER, 2003).

Argumentos que servem para justificar a adoção de novas metodologias que tenham como eixo central a problematização do conhecimento. Por isso a ABP é posta como uma alternativa viável, embora os estudos aqui expostos tenham apontado inúmeros hiatos. Dessa forma, torna-se interessante averiguar estudos que realizam essa comparação. Por isso, apresento uma pesquisa que deu ênfase na análise ABP aplicada, porém não avaliou seus efeitos em relação ao conhecimento adquirido, mas realizou uma comparação entre os agentes estressores para estudantes que tiveram aulas baseadas na ABP e estudantes que tiveram aulas tradicionais (LEWIS et al, 2009). Dessa forma, foi aplicado um questionário com várias opções de agentes estressores e os pesquisadores verificaram não haver diferenças significativas entre as opiniões das duas turmas e as opções mais marcadas foram problemas pessoais e financeiros, ou seja, esses fatores podem afetar o desempenho acadêmico e bem-estar de ambos os grupos. Evidencia-se assim, que muitas vezes, o foco educativo centra-se na cognição e se desmerece a aprendizagem também enquanto social e cultural.



Neste contexto, pode-se inferir que dos estudos de maior evidência científica (JOHNSTON et al, 2009; NEVILLE, 2009; LEWIS et al, 2009; COSÍN et al, 2012) por serem respectivamente, estudo randomizado, revisão sistemática, cross-seccional e caso-controle, apenas um não demonstrou diferença significativa entre a aplicabilidade dos métodos de ensino, apontando que o uso da ABP na formação acadêmica dos estudantes não modificaram a sua prática clínica, mostrando a mesma evolução de estudantes com ensino clássico (COSÍN et al, 2012).

Em relação às capacidades que não mostraram diferenças significativas entre os cursos com ABP e os de currículo convencional, as de maior concordância entre os estudos foram: lidar com as próprias limitações, usar laboratório e outros serviços de diagnóstico, elaborar registros exatos, realizar ressuscitação cardiopulmonar e usar oxigenoterapia com segurança (JONES et al, 2002; WATMOUGH et al, 2006).

Ainda quanto às diferenças estatisticamente não significativas entre o curso com ABP e o de currículo tradicional, destaca-se o achado de Distlehorst et al (2005), que não encontrou diferenças na primeira e segunda fase do Exame de Licença Médica dos Estados Unidos. Isto significa que o novo formato de formação, embora não tenha resultados superiores aos do formato tradicional, não pesou negativamente na certificação profissional de seus egressos.

Diante deste contexto, pode-se inferir que os estudos trouxeram evidências de que certas competências recomendadas pelas diretrizes brasileiras sobre formação em saúde, a exemplo das relacionadas à área social, foram mais facilmente alcançadas nos cursos que adotaram o modelo pedagógico da ABP do que naqueles que seguem um modelo tradicional. Todavia, estas competências não deixaram de ser formadas pelos currículos convencionais, mesmo assim, os autores que defendem a adoção da ABP apontaram que esta metodologia pode ser um caminho para a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração curricular, já recomendada pelas diretrizes curriculares nacionais, enquanto justificativa para a formação de um novo profissional para a saúde.

Este caminho tem seu sustentáculo nos princípios da educação progressiva, onde o cultivo da expressão da individualidade se opõe à imposição de cima para baixo; a atividade livre se opõe à disciplina externa; aprender por experiência em oposição à aprendizagem transmissiva; a aquisição de habilidades e técnicas como meio para



atingir fins que correspondem às necessidades diretas e vitais do aluno em oposição à sua aquisição através de exercício e treino; aproveitar ao máximo as oportunidades se opõe à preparação para um futuro mais ou menos remoto; o contato com um mundo em constante processo de mudança em oposição a objetivos e matérias estáticas (COUTINHO, 2011).

Segundo Dewey (1998), apesar desses princípios serem de natureza abstrata, eles se tornam concretos nas consequências que resultam de sua aplicação. São fundamentais e de imenso alcance, dependendo da interpretação que se dá quando são colocados em prática. Argumentou que a filosofia geral da nova educação pode ser sólida e certa, mais ainda assim não será a diferença em princípios abstratos que decidirá a maneira como as preferências morais e intelectuais neles contidas serão concretizadas na prática. Em um novo movimento, dizia: há sempre o perigo de que, ao rejeitar os objetivos e métodos daquilo que quer suplantá-lo, tal movimento possa desenvolver seus princípios negativamente e não de maneira positiva e construtiva.

Com isso, acredita-se ser fundamental que o eixo norteador do trabalho das instituições de ensino seja formar um profissional sensível ao ser humano, em condições de prestar assistência integral, humanizada, apto a trabalhar em equipe. Mas a imersão quase exclusiva dos estudantes em apenas um cenário de prática, em geral hospitalocêntrico, distanciado da vida cotidiana e dos demais dispositivos de assistência, acaba por afastar grande parte dos estudantes do reconhecimento de que as dimensões subjetivas, culturais e sociais devem, também, ser parte integrante de sua formação (COUTINHO, 2011).

Portanto, os estudos analisados trazem um panorama extremamente rico em informações e reflexões, tentando provar a superioridade da aprendizagem baseada em problemas sobre o método convencional de ensino, com poucas experiências enfatizando o contrário. Todavia, expõem lacunas que devem ser observadas de acordo com a particularidade e complexidade do que deve ser apreendido. Os fatos que precisam ser ressaltados dos estudos são a dimensão humana/humanizadora dos profissionais formados por ABP, com maior compreensão crítica da sociedade, capaz de trabalhar em equipe, com princípios éticos, porém com limitações cognitivas em sua formação. Estas, não se referem apenas a áreas específicas da formação em saúde, mas ao reconhecerem os limites das ciências biomédicas, apontam a necessidade de



expansão dos conhecimentos para os saberes que se comunicam com a saúde, como as ciências humanas e sociais.

Outro aspecto que precisa ser destacado e que não permitiu encerrar o entendimento sobre a ABP na realidade brasileira foi a apresentação desta, enquanto um modelo híbrido de metodologia que adotou o conceito de integração, na perspectiva de conteúdos. Não há subsídios para ir além do óbvio, como o interesse em cuidados primários, uma vez que estes sujeitos têm experiências comunitárias, desde o início de seu curso, assim como um bom relacionamento interpessoal, visto que a maioria de suas atividades na graduação, é realizada em grupo, ou seja, o que ficou foram competências profissionais muito próximas, metodologicamente falando, em atenção a um mercado de trabalho referido pelas DCN, enquanto determinante de um perfil de formação. Todavia, fica o anseio de entender os conflitos estabelecidos nas realidades profissionais citadas, como se deu o processo de resolução dos problemas reais vivenciados pelos acadêmicos e como se desenvolveu a formação na perspectiva da integralidade.

3. EDUCAÇÃO E SAÚDE

A Educação em Saúde no Ensino Superior vem sendo pauta de muitos debates ao longo de décadas, principalmente após a institucionalização da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) em 1996 e da regulamentação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001, onde se discutiu a necessidade de transformações no que se refere à reflexão crítica dos profissionais de saúde, a fim de atender as atuais conformidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste aspecto, objetivou-se formar profissionais competentes e cidadãos conscientes de seus direitos e deveres, além de capacitá-los a transformar uma determinada situação de acordo com a realidade em que se encontram.

As DCN para os cursos de graduação em saúde apontaram as características do profissional a ser formado, para que as escolas adaptem seus projetos político-pedagógicos para formar profissionais com competência para atender às necessidades de saúde na dinâmica do contexto (BRASIL, 2001). As escolas deveriam se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de



forma coerente e sinérgica com o prescrito na Constituição, segundo a qual o SUS deveria regular a formação em saúde (BRASIL, 1988).

Todos esses aspectos dão coerência às DCN que orientam as escolas para inserir em seus currículos, conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo (LAMPERT et al, 2009).

O SUS é uma conquista da reforma sanitária junto a Constituição Federal Brasileira de 1988. A criação do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 8.080 conferiu legitimidade aos princípios de: a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; b) integralidade da assistência (compreendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigida para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema); c) equidade na disponibilização de recursos e serviços (de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais precisam); d) participação social como direito e dever (a sociedade é chamada a participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular, cabendo ao poder público garantir condições para a participação); e) descentralização (processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios em atendimento às determinações constitucionais e legais, estabelecendo-se atribuições comuns e competências específicas para a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios); f) divulgação de informação (quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário); g) igualdade da assistência à saúde (sem preconceito ou privilégio de qualquer espécie); h) participação da população (BRASIL, 1990).

No processo de implantação desta reforma sanitária, coube à LDBEN orientar os cursos de graduação das profissões de saúde no Brasil, para uma formação discente voltada a contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do SUS. O projeto pedagógico deveria ser coletivo, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como um facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2001).



À luz da Reforma Sanitária Brasileira e com base na nova LDBEN, o desafio que se lançava à formação na área de saúde (na forma de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos) era o de levar o aluno a aprender a aprender, condição para que ele adquirisse/desenvolvesse a autonomia e o discernimento necessários para assegurar a integralidade da atenção, qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

A construção/adequação dos novos currículos deveria responder aos desafios de seu tempo, desenvolver uma visão do todo e promover redes de mudanças sociais (com base numa ampliação da consciência individual e coletiva) por meio de alternativas capazes de compreender o homem como um ser histórico e do cumprimento de uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (MITRE et al, 2008).

Para atender as necessidades de adequação no campo das políticas pedagógicas e atingir os resultados esperados, passou-se a fomentar o uso de metodologias ativas como estratégias e/ou recursos de ensino-aprendizagem. Estas metodologias, fundadas numa dinâmica de problematização, visam alcançar e motivar o discente a, diante de um problema, se deter, examinar, refletir, relacionar a sua história e ressignificar suas descobertas (MITRE et al, 2008).

Passados alguns anos de efetivação, essas práticas encontram-se disseminadas e identificadas por diferentes nomenclaturas: “técnica de ensino”, “método de ensino”, “metodologia”, “pedagogia”, “modelo dialógico de educação em saúde”, “proposta pedagógica”, “proposta curricular”, “estratégia de ensino PBL”, “procedimento metodológico”, “metodologia problematizadora”, entre outras.

Portanto, diretrizes são orientações para o pensamento e a ação educacional (CIAVATTA; RAMOS, 2012). Então, para falar de Metodologia e Aprendizagem atreladas a estas diretrizes, convém entender em que época e para quem ela foi escrita, assim considerar-se-á as manifestações culturais próprias de uma sociedade, os jogos de poder, argumentos, justificativas e contradições emanadas.

Os autores citados enfatizaram, no período de publicação das diretrizes, sobre a tendência global à regulação curricular que articulasse as reformas internas da educação com as reformas internacionais, deixando clara a influência das novas metodologias modeladas fora do país, com decisões unilaterais, fora dos debates e fóruns democráticos (SHIROMA; MORAES; EVANGELISTA, 2003). Nossas DCN foram



influenciadas pelas quatro grandes necessidades de aprendizagem ou os quatro pilares da educação dispostos pela Unesco: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (DELORS, 1998). Questões passíveis de discussão conforme exposto no Quadro 3.

Quadro 3 - Síntese dos estudos referentes ao tema de Educação e Saúde

AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
HANLEY et al, 2009	Formar profissionais com uso de programas de prevenção baseado em evidências.	Quantitativo N: 1.721 escolas públicas dos EUA	É necessário mais trabalho para garantir que esses currículos sejam executados. A preparação eficaz de professores desempenha um papel fundamental na consecução desse objetivo.
NOBRE e GICO, 2009	Discutir o uso da imagem fotográfica para a interpretação do contexto sociocultural do qual foi captada, refletindo-se sobre a compreensão do seu significado.	Qualitativo N: 30 alunos de graduação em Enfermagem	O conteúdo revelado pelos signos supõe ter enriquecido a experiência das interpretações e evidenciado a possibilidade de interpretação e discussão da fotografia como mediação para o conhecimento e a aprendizagem.
MOGFORD et al, 2010	Apresentar uma alternativa de currículo de educação em saúde, desenvolvido nos EUA com base na saúde crítica como um passo no sentido de capacitar as pessoas para alcançar a equidade na saúde.	Qualitativo Análise curricular segundo recomendações da OMS e da Carta de Ottawa.	O quadro de saúde para alfabetização crítica tem sido projetado para educar os indivíduos e comunidades sobre os determinantes sociais em saúde, ajudá-los a tornar-se advogados e ensinar as habilidades necessárias para tomar ação sobre os determinantes em saúde individual e coletivo.
GARRISON et al, 2010	Descrever o desenvolvimento do teste piloto de um programa de educação de pesquisa sobre o câncer para alunos de graduação.	Quanti-qualitativo N: 22 alunos de graduação	O currículo foi adaptado para uma nova prevenção e controle do câncer. Em última análise, as pessoas apresentaram maior comprometimento com a prevenção e controle do câncer.
GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010	Refletir as diversas iniciativas pró-mudança na formação superior em saúde implantadas no Brasil.	Qualitativo Análise curricular brasileira.	Novas políticas públicas pró-mudança na formação necessitam ser construídas coletivamente, focando os sujeitos envolvidos, professores, estudantes e usuários do SUS.



AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
FORNAZIERO et al, 2010	Apresentar alternativas de solução, na Universidade Estadual de Londrina, para integração das relações.	Pesquisa-ação Uma turma de estudantes universitários	A formação educacional se elabora por meio de um trabalho de flexibilidade crítica e de construção contínua de identidade entre o professor e estudantes, considerando a realidade social da população regional.
FERREIRA et al, 2010	Analisar a percepção de docentes acerca do papel que a Atenção Básica de Saúde desempenha na formação profissional dos estudantes.	Qualitativo Grupos focais	Considera-se fundamental o papel exercido pela atenção básica, notadamente na formação profissionais críticos e reflexivos, destacando-se o papel transformador e emancipador que o docente exerce nessa formação.
MASON-JONES et al, 2011	Caracterizar os alunos com potencial para se tornarem educadores de pares em programas na África do Sul.	Qualitativo N: 15 escolas	Mais pesquisas são necessárias para explorar as características dos educadores de pares específicos e abordagens de recrutamento e seleção que estão associados com intervenções eficazes de prevenção de doenças.
MIALHE; SILVA, 2011	Avaliar as representações em educação em saúde de graduandos de um curso de odontologia.	Quanti-qualitativo N: 67 estudantes	O conceito de educação em saúde dos acadêmicos está fortemente ligado ao conceito de instrução e prevenção de doenças, pautados na ideia de informação.
FORSYTHE et al, 2012	Fomentar um ambiente interativo, trocar ideias e aumentar a criação de redes para prevenção do câncer na atualidade.	Qualitativo N: 24 estudantes	Os grupos de discussão proporcionaram uma nova oportunidade de expandir a investigação de ponta na prevenção do câncer para um público diversificado de investigadores e profissionais de saúde.
ELLERY et al, 2013	Identificar e analisar as experiências nacionais e internacionais que postulem a integração ensino, pesquisa e serviços de saúde.	Revisão da literatura N: 8 experiências no continente americano, sendo 1 canadense; 1 cubana; 2 latino-americanas e 4 brasileiras.	Em seis experiências a integração ensino, pesquisa e serviços já aparecem como estratégia de educação permanente. A aproximação entre essas três funções persiste como um campo de disputas. Novos investimentos precisam ser feitos na assistência em saúde, que demandam práticas interprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais.



AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
JACQUE et al, 2013	Aumentar a literatura científica e influenciar as decisões relacionadas com a saúde.	Qualitativo Análise curricular – relação entre escolas médicas e educadores	Os professores e estudantes mostraram ganhos no conhecimento do conteúdo e habilidades de pensamento crítico, ao passo que os cientistas aumentaram os seus conhecimentos pedagógicos e apreço pela comunicação da ciência relacionados com a saúde.
OPPONG ASANTE; OTI-BOADI, 2013	Avaliar como o conhecimento é produzido entre estudantes de graduação e como ela pode ser usada em estratégias de prevenção em Gana.	Estudo transversal N: 324 estudantes	Os dados ressaltam a necessidade urgente de esforços de educação e prevenção de saúde destinada aos estudantes, com desfragmentação do conhecimento, bem como grupos etários mais jovens em Gana.

Legenda: N – número de artigos ou de sujeitos de pesquisa

No quadro manifesto se observa que a totalidade dos estudos expostos apontam para um processo de educação em saúde baseado em metodologias de ensino-aprendizagem essencialmente práticas, com sujeitos inseridos nos ambientes de formação para problematizar situações ou conteúdos. E, dentro desta proposição, três trabalhos postularam para efeito do processo educativo à integração entre ensino, pesquisa e serviços de saúde (ELLERY et al, 2013; HANLEY et al, 2009; JACQUE et al, 2013) com demandas para práticas interprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais, com vistas a superar a crise de conhecimentos e de valores da saúde no mundo. Algo muito interessante de se encontrar, pois a proposta era de uma formação para além da acadêmica onde o processo educativo possibilitaria esta superação com ênfase no pensamento crítico a ser desenvolvido no estudante (JACQUE et al, 2013), no saber científico (HANLEY et al, 2009), assim como na necessidade da integração de ensino, pesquisa e serviços de saúde (ELLERY et al, 2013).

Hanley et al (2009) atrelou estes conceitos à técnica de Ensino Baseado em Evidências, dando ênfase à pesquisa e expondo uma maior adesão dos sujeitos envolvidos neste tipo de estudo do que por meio de outro método de ensino-aprendizagem, pois fomentou a busca e interesse pelo conhecimento e estimulou o sujeito a novos desafios, mantendo o desejo e a atenção. Esta defesa fez relação com a



articulação da pesquisa com o ensino e os serviços de saúde, considerada um princípio pedagógico para o desenvolvimento da capacidade de produzir conhecimento próprio, assegurando uma assistência de qualidade e com rigor científico (FERNANDES et al, 2005). Para esses autores o foco se deu na construção de um processo de ensino dialógico e investigativo que viabilizou a troca de experiências e a construção, reconstrução e significação dos conhecimentos.

Sendo possível inferir que o ensino por evidências tem um enfoque problematizador na busca de uma resposta inovadora frente aos desafios propostos e àqueles inerentes à formação dos profissionais da saúde. Por isso, a necessidade de usar este método e reconhecer o potencial da pesquisa para responder às demandas que se apresentam em um determinado momento e fortalecer a transformação das práticas educativas em saúde (BATISTA et al, 2005). Proposta que reforça as DCN e converge aos métodos adotados porque o foco no conhecimento cientificamente estruturado permanece inalterado.

Jacque et al (2013) também fez um adendo ao atrelar a esta parceria, o efeito do processo nas escolas públicas como benefício para o processo educativo. Estes concluíram que o processo colaborativo resultou em ganhos para todos os sujeitos, tanto em conteúdos como em habilidades e pensamento crítico, tendo como consequência o melhor trabalho na comunidade, pois o conhecimento foi compartilhado de forma eficaz e gerou multiplicadores do conhecimento em saúde. Embora sem muitos detalhes enquanto processo de ensino, sinaliza-se cautela diante destes achados, uma vez que não deixou claro qual conhecimento foi compartilhado e quem foram os multiplicadores do mesmo. Talvez, venha a fortalecer os achados anteriormente citados.

Dessa forma, a integração ensino, pesquisa e serviços se apresentaram como estratégica para aperfeiçoar os modelos de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento na saúde, construindo sistemas de saúde na escola. Referida concepção foi reforçada por estudo realizado por pesquisadores de diversos países que analisaram três gerações de reforma nos sistemas de formação dos profissionais de saúde (FRENK et al, 2010). Os autores consideraram ser a tendência da educação sua integração aos sistemas de cuidados em saúde (Health-Education Systems), de forma a



tornar a educação contextualizada, significativa, com impactos na melhoria dos programas de saúde.

Nesta lógica de formação, outros três estudos (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; FERREIRA et al, 2010; MOGFORD et al, 2010) expuseram sobre os movimentos de mudança na formação em saúde apontando para as DCN e formação para o SUS com ênfase na atenção primária na formação dos profissionais de saúde, notadamente profissionais críticos e reflexivos, destacando-se o papel transformador e emancipador.

Eles justificaram estas mudanças por estarem ocorrendo transformações sociais, éticas, econômicas e políticas em âmbito mundial. Em nosso país, a saúde veio passando por um significativo processo de reforma social e política, cuja ação foi fundamental à continuidade e ao avanço do movimento da Reforma Sanitária, bem como à construção efetiva do SUS. Por isso, vários segmentos do SUS devem cumprir um papel condutor de mudanças no campo tanto das práticas de saúde, como da formação profissional (MACHADO et al, 2007).

Diante disso, enfatizam que o estudante de graduação necessita de uma estrutura educacional que facilite o trânsito entre prática e teoria, onde a unidade de prática profissional se presta a este propósito, e, novas políticas públicas pró-mudança na formação necessitam ser construídas coletivamente, focando os sujeitos envolvidos, professores, estudantes e usuários do SUS. O apoio a novas lideranças e o estímulo qualificador, não só financiador, é um dos caminhos para a reforma da educação superior em saúde.

Na tentativa de justificar estas mudanças, Mialhe e Silva (2011) apontaram para as representações dos estudantes em torno do processo de educação em saúde. Estes autores identificaram que as ações em educação devem ser repensadas, de forma a se trabalhar o “poder com” em vez de o “poder sobre”, por meio de práticas dialógicas, visando empoderar as pessoas (Empowerment Education), de modo que as mesmas possam superar as estruturas de opressão e os macrodeterminantes políticos e sociais que incidem sobre seus processos de saúde-doença, numa visão promotora de saúde e não mais de culpabilização da vítima. Isto é uma reflexão importante, pois na atualidade está ocorrendo substituição do sistema dominante de atenção à saúde, centrado na doença, hospitalar e superespecializado, por modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde. Ela traz em seu bojo, a



necessidade de formação de profissionais com perfil capaz de atuar com qualidade e resolutividade no SUS, colocando no setor de educação o desafio de estabelecer projetos político-pedagógicos adequados à realidade social e epidemiológica brasileira (KRIGER et al, 2005)

Intimamente atrelado às categorias de “trabalho” e “educação” como dois temas que sempre foram vistos como tábua de salvação nacional, conduziram à organização do trabalho, e conseqüentemente, da educação com foco na organização e disciplina. Assim, se estruturou o funcionamento do ensino em atenção aos interesses públicos e privados, minando a base da educação que seria a participação da sociedade no processo decisório – ‘solapa-se a concepção de bases para a educação pública que acabou, mais uma vez, subsumida à ideia de diretrizes’ (CIAVATTA; RAMOS, 2012).

Tais diretrizes assumiram a função de nortear a formação do profissional com ênfase na interdisciplinaridade e o entendimento de currículo focado em competências profissionais, ou seja, o trabalho se tornou o princípio educativo. As DCN constituem em sua engrenagem a concepção orientadora do currículo para a formação em saúde, justificado por todo um aparato jurídico, histórico e filosófico para dar operacionalidade às suas orientações conceituais.

As competências (conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e emoções) tornou-se o centro das diretrizes e apontou para o futuro profissional, todavia, ao invés de propor uma flexibilidade curricular fomentou a fragmentação camuflada pela diretriz que apontou para a formação de um sujeito integral, crítico, reflexivo, ético e humano, capaz de saber, saber fazer, saber ser e saber conviver. A competência seria expressa quando esses saberes fossem mobilizados e articulados para a resolução de problemas, visando ao desempenho eficiente e eficaz (CIAVATTA; RAMOS, 2012). Portanto, um “saber operativo, dinâmico e flexível” (BRASIL, 2001).

Cenário que faz conexão com outros autores desta seleção de estudos (NOBRE; GICO, 2009; FORSYTHE et al, 2012; GARRISON et al, 2010; FORNAZIERO et al, 2010; OPPONG-ASANTE; OTI-BOADI, 2013; MASON-JONES et al, 2011), pois, demonstraram na prática algumas alterações implementadas focadas em áreas específicas do conhecimento para refletir a importância das mudanças metodológicas na construção destes saberes. Assim, enquanto Nobre e Gico (2009) focaram no uso de imagens para representar a metodologia ativa adotada para melhorar o processo de aprendizagem



dos graduandos; Forsythe et al (2012) e Garrison et al (2010) enfatizaram a relação do processo de ensino voltados para o câncer e o uso de metodologias ativas; Fornaziero et al (2010) destacou a prática pedagógica no ensino de anatomia; Oppong Asante e Oti-Boadi (2013) e Mason-Jones et al (2011) evidenciaram o processo de aprendizagem sobre o vírus da imunodeficiência humana, os processos preventivos e sua associação com a formação de educadores.

Estes defenderam que, com as frequentes vertentes transformadoras observadas na conjuntura mundial, a universidade tem o dever de proporcionar ao estudante uma formação ímpar para que ele possa almejar tornar-se um profissional livre da visão unilateral que absolutiza valores e crenças dos grupos sociais, com um perfil crítico e criativo frente às distintas situações do cotidiano, com bom domínio da tecnologia em vigência, de dinâmica em grupo e destreza na comunicação (FORNAZIERO; GIL, 2003). Estas características requerem uma pessoa com espírito questionador, capaz de iniciativas inovadoras para criar soluções eficazes em questões complexas.

Uma vez que a prática pedagógica se encontra em processo acelerado e irreversível de transformações técnicas e científicas, sendo indiscutível a necessidade de um planejamento minucioso para que a atividade educacional não esteja embasada em improvisos. O processo de construção curricular exige um trabalho multidimensional, em que os saberes estejam integrados (MANATA, 2004).

Portanto, acreditando que um dos principais objetivos do ensino é lutar contra a artificialidade da escola e aproximá-la da realidade da vida, é preciso, cada vez mais, orientar procedimentos e conferir motivação, permitindo que o estudante participe de maneira responsável do seu processo de aprendizagem (BORDENAVE; PEREIRA, 2007) com flexibilidade crítica para uma construção contínua de subjetividade entre professor e estudantes (FORNAZIERO et al, 2010).

Diante disso, convém inferir que o currículo proposto não pode antecipar a experiência profissional; pode, no máximo, representá-la (CIAVATTA; RAMOS, 2012). Silva (2010) enfatiza que, definições de currículo não revelam sua suposta essência. Segundo ele, há questões enfrentadas em todo currículo, como: qual conhecimento deve ser ensinado e quais identidades construir.



O que está em pauta é a noção de identidade proposta pelas DCN para a formação de profissionais de saúde, que nos leva a questionar qual o profissional ideal e se é possível formá-lo? O currículo baseado na metodologia e na aprendizagem atenderá a este profissional ideal? O currículo proposto está contribuindo para emancipação do sujeito ou fortalecendo a lógica econômica?

Nesta perspectiva, busca-se atrelar o perfil do profissional a ser formado, disposto pelas DCN, ao currículo posto para as escolas de formação. É perceptível, em todo o texto legal, a posição do método e da aprendizagem como contributos indispensáveis para formação da identidade deste sujeito. O que torna evidente quando nas diretrizes se enaltece os conceitos de autonomia, criticidade e relações sociais, ou seja, busca-se um sujeito com formação para o trabalho, porém com competências técnicas, éticas e humanísticas.

Ciavatta e Ramos (2012) evidenciaram esta ênfase na metodologia com destaque aos conhecimentos adquiridos na prática como novos conteúdos de ensino, complementado pela defesa da valorização da experiência dos alunos que, quando oposta ao conhecimento científico, tomado somente como recurso para o desenvolvimento de competências, a valorização da experiência do aluno leva à reificação do saber prático em detrimento da compreensão dos fenômenos e dos próprios fundamentos, pertinência e limites desse saber. Tal afirmativa expõe alguns contrassensos das metodologias ativas, pois embora seja tida como necessária para mudança no perfil profissional, negligencia uma característica elementar: formação intelectual.

Para tanto, as escolas continuam sendo direcionadas na ênfase dada nas metodologias ativas como princípio para a formação de um sujeito que reflita sua prática e desenvolva competências técnicas atreladas a competências relacionais, pois está orquestrado nestes princípios, logo, o foco seria mobilizar saberes para resolução de problemas. E, ao permitir esta orientação, a seleção e o ordenamento de conteúdos terão como fim os desempenhos profissionais, e não a compreensão do exercício profissional como mediação de relações sociais de produção e dos processos produtivos como particularidade da realidade social (CIAVATTA; RAMOS, 2012).

Todavia, trabalhar na lógica de relações sociais, poder e emancipação dos sujeitos, traz à tona uma nova perspectiva para a formação destes profissionais e uma



nova identidade a ser construída. Uma vez que as DCN enfatizam a ampliação da consciência individual e coletiva para o empoderamento da sociedade, o que remete a reforma sanitária brasileira (LEI 8080/90 e 8142/90) quando regulamenta a participação popular de forma colegiada nas decisões de saúde. Sendo este profissional, o responsável por fomentar tal participação e engajamento, portanto, a atuação vai para muito além da técnica. Visa à transformação, o que supõe a compreensão das relações sociais subjacentes a todos os fenômenos (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005).

O trabalho é princípio educativo nessa formação, o que equivale a afirmar que o ser humano é produtor de sua realidade e, por isso, se apropria dela e pode transformá-la (CIAVATTA; RAMOS, 2012). Por acreditar nesta afirmativa, é que se deve fomentar a redução das dicotomias entre o desenvolvimento das capacidades para o trabalho técnico e o intelectual, pois só assim se formará sujeitos reflexivos e conscientes de seu papel na vida individual e coletiva.

Sujeitos que aprendam a “conhecer” e a “fazer” por meio de um processo problematizador de conteúdos, habilidades e competências que transcendam a lógica teoria-prática, avancem para a interseção e imersão de processos os quais não se sabe quando um começa e outro termina, mas reflitam um meio sinérgico de formação do sujeito, no qual os saberes para a resolução de problemas estejam intrínsecos ao profissional formado, não como um receptáculo, mas com consciência para mobilizá-lo, buscá-lo e transformá-lo, fazendo das evidências em saúde apenas um aspecto de sua prática.

E assim, aprendam a “aprender a conviver”, enquanto atores sociais que precisam estar integrados nesta sociedade que o representa através de um processo dialógico que viabilize a troca de experiências para a ressignificação de conhecimentos e produção de subjetividades. Onde finalmente ele se “reconhecerá ser” humano, profissional, usuário, ético, crítico e reflexivo, capaz de se emancipar e transformar realidades.

Contudo, apesar da reflexão desenvolvida, a maioria dos estudos aqui expostos, enfatizou a lógica econômica do mercado de trabalho, por meio dos desempenhos profissionais como eixo determinante do currículo, e colocou em cena algumas situações: formar por meio das evidências científicas; o processo colaborativo com objetivo da formação de multiplicadores; políticas de educação verticalizadas e



unilaterais; associação teoria e prática. Ou seja, ainda não se pensa numa formação na perspectiva integradora, pois a ênfase está na execução profissional, formação de transmissores de informações - essencialmente científicas - e na relação de atividades, muitas delas disciplinares. Nenhuma experiência abordou um currículo integrado e interdisciplinar de conhecimentos e experiências que levem à compreensão de seu exercício profissional para além do desempenho ou resolutividade.

4. APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

A aprendizagem significativa é citada como um dos grandes objetivos no processo de ensino por metodologias ativas, principalmente a Aprendizagem Baseada em Problemas que tem como princípio norteador a apreensão de conteúdos, uma vez que a classificação e caracterização dessa aprendizagem estão relacionadas com a mudança ou evolução da estrutura cognitiva do indivíduo (BUCHWEITZ, 2001). Existem distintos referenciais teóricos que abordam a aprendizagem significativa, porém darei ênfase à aprendizagem proposta por David Ausubel (1982). Para o autor é essencial que haja uma interação entre a nova informação e os conhecimentos prévios existentes na estrutura cognitiva do sujeito, definidos como subsunçores, assim quando há essa interação, a nova informação adquire significado para a pessoa, sendo assimilada e contribuindo para a sua diferenciação, reconciliação e retenção, o que a torna uma aprendizagem significativa.

Esta teoria afirma que um sujeito consegue aprender significativamente determinado conteúdo, no momento em que consegue incorporar e agregar novas informações àquelas que já estavam presentes em sua estrutura cognitiva. Assim, para que haja aprendizagem significativa, são necessárias duas condições: disposição para aprender e que o conteúdo exposto seja significativo para o aprendiz. Nesse processo, no qual os conceitos se tornam mais abrangentes, a interação entre o novo conhecimento e o previamente adquirido faz com que ambos se modifiquem e se tornem mais consistentes para o indivíduo (GOMES et al, 2008).

O autor anteriormente citado apontou que Ausubel propôs uma rede de conhecimento construída através da associação da nova informação, a qual estava sendo vista pela primeira vez, a conhecimentos já aprendidos e vivenciados, isto é, a



nova informação deveria ser incluída em um cabedal de conhecimentos prévios. Após essa relação, consolidada pela agregação aos “subsunçores”, criar-se-ia um novo e/ou mais abrangente conceito. Ao se somar, nesse processo, a experimentação ao estímulo e interação com o aprendiz, tem-se maior chance de obtenção de uma aprendizagem realmente significativa (HASSAD, 2003; AUSUBEL, 1982; KEARSLEY, 2006). Neste ponto, vale ressaltar que o equilíbrio cognitivo é certamente um estado dinâmico, sendo capaz de construir e manter a ordem funcional e estrutural do sistema, num eterno processo de construção-desconstrução-reconstrução (PIAGET, 1976).

Aprender significativamente seria, portanto, o grande objetivo. Todavia, ainda seria necessário romper com os padrões dogmáticos de uma educação disciplinadora, na qual a relação professor/aluno se transformaria em uma relação mestre/aprendiz, sem a rigidez de papéis pré-fixados (FREIRE, 2004). Esta relação aponta para uma possível flexibilização da participação dos sujeitos, na medida em que o aprendiz é também mestre e vice-versa. Ademais, o professor se comportaria como modelo para os alunos, ao incentivá-los ao exercício da aprendizagem significativa, tendo sempre em mente, que o ser humano é um sujeito em constante elaboração (MICHAEL, 2001; FREIRE, 2004). Nesses processos, a interação entre o novo conhecimento e o já existente faz com que ambos se transformem. O conhecimento adquirido terá mais consistência, já que será modificado, integrado e usado, não apenas no momento da aprendizagem, mas em futuras situações de ensino e de vida (MICHAEL, 2001). Pode-se inferir que tal aprendizagem, idiossincrática e particular, se relaciona com a estrutura de cada indivíduo e, que, ao mesmo tempo, exerce o poder de mudança sobre ele, assim como sofre o poder de ser mudada (AUSUBEL, 1982).

Estudiosos da aprendizagem significativa enfatizam que podem ter inúmeras possibilidades de aplicação em diferentes áreas, incluída a formação profissional em saúde, colaborando para o ganho cognitivo do estudante e, para o alcance do ideário do professor: contribuir para a formação do homem (JAEGER, 1995). Ela não é somente utilizável, mas essencial como instrumento para que se dê o ganho cognitivo buscado em um contexto onde o estudante é agente ativo da construção de seu saber. Logo, seria pungente a necessidade de professores atuantes nas diversas áreas do conhecimento — essenciais na constituição do saber-fazer em saúde — mergulharem nas águas da pedagogia, importante auxílio para a constituição da complexa rede de



conhecimentos, habilidades psicomotoras e demais competências a serem adquiridas pelo profissional em sua fase de formação (GOMES et al, 2008).

Diante desta abordagem, pode-se inferir que todos os estudos relacionados à Aprendizagem Significativa (Quadro 4) corroboraram na utilização de metodologias ativas de aprendizagem para que o estudante adquira o conhecimento necessário à prática profissional. Dessa forma, esta teoria se configura como uma importante corrente pedagógica a ser abordada nos cursos da área da saúde, de forma que o discente consolide seu conhecimento e este seja parte de sua vida pessoal e profissional.

Quadro 4 - Síntese dos estudos referentes ao tema de Aprendizagem Significativa

AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
LIMA, 2010	Expor uma aprendizagem significativa através de uma experiência de ensino em epidemiologia e bioestatística no curso de Medicina.	Relato de experiência	A epidemiologia e a bioestatística podem ser trabalhadas no curso de Medicina com o mesmo sucesso de outras disciplinas da clínica, desde que seja favorecida a aprendizagem significativa dos acadêmicos.
LIFSCHITZ, 2010	Avaliar a aprendizagem significativa por meio do método de ABP no ensino de microbiologia em comparação com os métodos tradicionais.	Caso-controle N: dois grupos de alunos	Não se observou diferença significativa quanto aos conhecimentos adquiridos em ambos os grupos. O grupo de ABP mostrou maior compromisso e motivação para desenvolver as atividades designadas, mas essa diferença não foi estatisticamente Significativa.
BELMONT, 2010	Compreender o processo da aprendizagem significativa dos alunos matriculados na disciplina Biomecânica, do curso de Licenciatura em Educação Física.	Qualitativa e descritiva N: 13 alunos	Os alunos demonstraram pouca intencionalidade para aprender e, dentre aqueles que a apresentavam, a qualidade da aprendizagem significativa ficou prejudicada, porque tais alunos pareciam priorizar uma aprendizagem mecânica ou porque seus conhecimentos prévios estariam ausentes e/ou fragmentados.
CUNHA, 2011	Compreender a qualidade da aprendizagem e seu significado por meio da Biologia.	Estudo de intervenção N: 76 alunos	Apesar da evolução do conhecimento dos alunos, estes ainda trabalham num contínuo, tendendo para a aprendizagem mecânica, com poucas relações literais do tema em sua estrutura cognitiva.



AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
PRADO et al, 2012	Apresentar o significado da aprendizagem pelas vivências no desenvolvimento de um seminário durante uma disciplina do mestrado, no curso de Pós-Graduação em Enfermagem, ao abordar o tema Metodologia Ativa.	Relato de experiência	A prática pedagógica precisa levar em conta as potencialidades dos alunos, contribuindo para a formação de profissionais mais bem qualificados e mais humanos; oportunizando o resgate de suas necessidades e valorizando seu contexto e individualidade, minimizando as falhas e desigualdades das políticas de saúde e educação de nosso país.

Legenda: N – número de sujeitos de pesquisa

A aprendizagem significativa tem se mostrado uma corrente pedagógica importante na saúde, devendo ser considerada no processo de educação. O olhar, dirigiu-se a essa formação e como esta aprendizagem ganhou força e se inseriu neste contexto. Foram selecionadas cinco publicações, sendo duas de relato de experiência e três estudos de intervenção com alto nível de evidência. É notório que todas reafirmam a necessidade da aprendizagem ser um processo contínuo, tanto no meio acadêmico quanto no meio profissional. Dois destes estudos (BELMONT, 2010; CUNHA, 2011) salientaram a necessidade de maior participação do estudante no seu processo ensino-aprendizagem, abolindo a transmissão mecânica de conhecimentos pelo professor, assim como a importância do conhecimento prévio para vencer o mecanicismo e o conhecimento repousar na estrutura cognitiva do sujeito. Tais achados tem íntima relação com Pelizzari et al (2002) quando afirmou que:

Para haver aprendizagem significativa são necessárias duas condições. Em primeiro lugar, o aluno precisa ter uma disposição para aprender: se o indivíduo quiser memorizar o conteúdo arbitrariamente e literalmente, então a aprendizagem será mecânica. Em segundo, o conteúdo escolar a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser lógico e psicologicamente significativo: o significado lógico depende somente da natureza do conteúdo, e o significado psicológico é uma experiência que cada indivíduo tem. Cada aprendiz faz uma filtragem dos conteúdos que têm significado ou não para si próprio (p. 37).

Outros dois estudos (LIMA, 2010; PRADO, 2012) apresentaram uma discussão sobre narrativas da experiência e apontaram a necessidade de levar em conta as potencialidades dos alunos, contribuindo para a formação de profissionais mais bem



qualificados e mais humanos em atenção as Diretrizes Curriculares Nacionais, assim como as necessidades da sociedade. Isto significa que os estudantes devem possuir habilidades pessoais capazes de adquirir e compartilhar conhecimento, com ênfase na relação que deve ser estabelecida entre saúde e educação durante a graduação. Diante dessa prerrogativa da Aprendizagem Significativa, está a importância da Educação em saúde, não só no período de formação acadêmica, mas durante toda a vida profissional, de forma a garantir a veracidade das informações expostas e facilitar o aprendizado.

Limberger (2013) afirmou que o profissional de saúde deve ter condições não apenas de reproduzir informações recebidas em sala de aula, mas também, e, sobretudo, de produzir seu próprio conhecimento ao longo de sua vida profissional, ampliando seu campo de aprendizagem. Busca-se a mudança de um paradigma em relação ao estudante e ao processo de ensino/aprendizagem. Por isso, o autor associou a utilização de metodologias ativas como meio para uma aprendizagem significativa aos acadêmicos, capazes de construir o próprio caminho, mais seguros de seu potencial, com maior autoestima, autonomia e motivação, uma vez que ampliou a consciência dos estudantes acerca da tolerância, da ambiguidade e da complexidade, e estimulou o respeito a opiniões e experiências diversas.

Todavia, no estudo de Lifschitz (2010) não foi observada diferença significativa quanto aos conhecimentos adquiridos ou significados diferentes no processo de aprendizagem. Os sujeitos formados por meio do uso de metodologias ativas apenas mostraram maior compromisso e motivação para desenvolver as atividades designadas, sem ênfase alguma no processo de aprendizagem e como ela modificou a vida das pessoas. Em contrapartida, Buchweitz (2001), apontou que o grande destaque de uma aprendizagem significativa coube à participação ativa como fator decisivo na aprendizagem e na aquisição do conhecimento. No entendimento dos estudantes, além de ter essa influência determinante, ela está mais presente nas atividades do cotidiano, sendo este um dos aspectos que teria contribuído para o relato de um número de situações de aprendizagem significativa que ocorreram fora da sala de aula. Assim, como modos de participação ativa apareceram ações como vivenciar, sentir, aplicar, fazer, praticar e interagir.

Estes estudantes mostraram que as aprendizagens consideradas significativas não foram apenas cognitivas, mas também de atitudes e de habilidades e



caracterizaram-se predominantemente por envolverem a participação ativa do aprendiz. As situações em que elas ocorreram foram diversas, mas merece destaque o fato de que a maioria aconteceu em diferentes momentos e situações fora da sala de aula. Os estudantes consideraram a aprendizagem relatada como significativa, principalmente porque ela representou aquisição de valores ou reflexos na mudança de comportamentos, ou porque serviu para a aplicação dos conhecimentos em novas situações. A retenção do conhecimento e a satisfação em aprender também foram mencionadas como motivos para considerar significativa a aprendizagem descrita (BUCHWEITZ, 2001).

Nas palavras deste autor, 'o estudante tem uma grande responsabilidade em selecionar, julgar, revisar, testar, e reorganizar os muitos significados confusos e conflitantes que emergem em um episódio de ensino'. Se por um lado a aprendizagem é responsabilidade do aprendiz, por outro essas ideias de ensino e os resultados desta investigação trazem à tona a importância e necessidade do professor refletir a esse respeito e agir no sentido de tentar criar condições adequadas para encaminhar a ocorrência da aprendizagem significativa, mesmo que isso não seja trivial. Esse é um passo que vai além do seu papel de participar da interação com o estudante e o material educativo para estabelecer um evento de ensino.

Portanto, a maioria das publicações concluíram que os sujeitos de pesquisa adquiriram uma Aprendizagem Significativa acerca dos conteúdos, atividades e/ou processos abordados. O ensino sendo visto como um contínuo processo educativo, com a possibilidade de promover a aprendizagem dialógica ao desconstruir a linearidade e ordem do pensamento, transformando-se em aprendizagem significativa. Isso se tornou possível, no momento que o estudante se envolveu com as ideias, sentimentos, cultura e valores da sociedade e com a profissão, constituindo-se em um profissional humano e criativo, preparado para lidar com a multiplicidade e complexidade do cuidar em saúde (BACKES et al, 2012).

Contudo, o que de certa forma foi vislumbrada enquanto uma incoerência de alguns estudos aqui apresentados, foi apontarem para a direção de uma aprendizagem com significado para o sujeito, associada ao mérito do exercício de competências profissionais necessárias para atuação no mercado de trabalho. Pensa-se que, se os estudos focassem na teoria de Ausubel enquanto importante para cognição do sujeito



que se integra com a experiência, seria uma justa congruência, todavia, apontam esta aprendizagem como estratégia para a multicompetência.

Entende-se que este tipo de teoria de aprendizagem indica o caminho de como se aprende e não uma técnica ou um método estruturado de aprendizagem. Ela cumpre seu papel ao expor que a aprendizagem se dá quando ocorre a interação dos conhecimentos na estrutura cognitiva do sujeito, transformada em significado, assimilada e retida. Portanto, a aprendizagem significativa pode ser parte do processo ou ponto de partida para uma formação integral, pois os saberes são diversos e seria inconcebível deliberar a uma teoria a aquisição destes, sem considerar a complexidade existencial, a variabilidade biológica e contextual.

5. FORMAÇÃO INTEGRAL

A fomentação e a sistematização do conhecimento no campo da formação profissional em saúde e do Ensino, registrou um crescimento intensificado na última década do século XX e primeira do século XXI, no que tange à necessidade de mudanças curriculares e à afirmação de uma política de formação diferenciada, que considere o sujeito em sua integralidade, para que desenvolva o senso crítico e reflexivo. A fim de que possa vislumbrar o cuidado integral quando inserido no cotidiano do serviço, e se construa enquanto profissional-cidadão que impulsiona um movimento de transformação social.

Neste sentido, foi identificada uma vasta literatura que considera as particularidades de cada período histórico da formação em saúde e permitiu perceber avanços, rupturas e continuidades desse fenômeno no Brasil e no mundo. Por outro lado, ao tempo que se observa esse crescimento das pesquisas na área da formação profissional, foi possível denotar - com base no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - um número reduzido de produção científica no que se refere à formação integral do profissional de saúde inserido no contexto das metodologias ativas. Neste cenário, apresento uma súmula das produções encontradas (Quadro 5).



Quadro 5 - Síntese dos estudos referentes ao tema de Formação Integral

AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
ESPERIDIÃO, 2001	Identificar e analisar a percepção e sentimentos de acadêmicos de Enfermagem relativos à formação integral.	Qualitativa N: 21 alunos	Os resultados da pesquisa oferecem elementos importantes a serem repensados pelas Escolas visando à formação do aluno como pessoa integral/integrada. Por ser uma etapa de muitas descobertas e pouco espaço para a pessoa do aluno.
KLOH, 2012	Conhecer como está fundamentado o eixo da integralidade nos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos (PPC) de graduação em Enfermagem do Estado de Santa Catarina.	Qualitativa N: 9 PPC	As escolas estão em pleno movimento de reorientação da formação, aderindo gradativamente ao arcabouço teórico filosófico das DCN na perspectiva da integralidade do cuidado. A saúde ganhou um olhar ampliado e os alunos aproximaram-se precocemente da prática.
GUERREIRO, 2012	Compreender o processo de formação em Enfermagem de Instituições de Ensino Superior de Fortaleza/Ceará, tendo como norteadores as diretrizes curriculares nacionais, na perspectiva do modelo de saúde integral.	Qualitativa N: 23 docentes e 143 alunos	As principais dificuldades apontadas pelos docentes referiram-se a transpor o que constava nas normas para a realidade prática, de modo que isso se refletisse na formação. Os discentes têm uma visão mais ideal sobre seu processo formativo. As metodologias ativas são encaradas como avanços, mas ainda pouco efetivos.
MESQUITA, 2012	Analisar a perspectiva do docente no que concernem as abordagens pedagógicas utilizadas na formação de Enfermeiros.	Quantitativa N: 53 docentes	Tanto as pedagogias críticas, quanto e as pedagogias não críticas estão presentes na prática de docentes da graduação em Enfermagem. Isso reflete um momento de transição, visto que a presença das novas formas de ensinar já faz parte do contexto educativo baseado na integralidade.
ALVES, 2013	Analisar a formação crítica e reflexiva no contexto de um currículo integrado.	Qualitativa N: 2 docentes de cada subárea de conhecimento	O Currículo Integrado sofreu alterações para possibilitar sua viabilização. Fortalezas: a integração de conteúdos e as metodologias ativas. Fragilidades: o despreparo e a falta de intencionalidade do professor e a postura do estudante frente à situação de aprendizado.



AUTORIA	OBJETIVO	METODO	PRINCIPAIS ACHADOS
LIMA, 2015	Compreender como a relação pedagógica no ensino prático-reflexivo, adotada em um curso de graduação em enfermagem, torna-se um elemento para a formação do enfermeiro pautado no princípio da integralidade.	Qualitativa N: 8 docentes	A relação pedagógica é o elemento que entrelaça o ensino prático-reflexivo na formação na perspectiva da integralidade, estabelecida mediante um processo dialógico que estimula o estudante a refletir sobre seu próprio processo formativo e sobre o que observa nos serviços de saúde.

Legenda: N – número de PPC ou de sujeitos de pesquisa

Na pesquisa realizada por Esperidião (2001), na busca por entender o princípio da integralidade, observou que a formação enfatizava a dimensão técnica e pouco possibilitavam o desenvolvimento de outras competências profissionais. Na busca de compreender esse processo, objetivou identificar e analisar a percepção e sentimentos de acadêmicos de Enfermagem relativos à sua formação como pessoa/profissional na perspectiva integral. Concluiu que o princípio da integralidade do ser humano, apesar de ser fortemente enunciado, é envolto de abstrações e pouco aplicado; que a formação acadêmica vem acontecendo de maneira fragmentada, com distanciamento entre o que é ensinado e o que é vivenciado.

Kloh (2012) abordou a Integralidade do cuidado à saúde nos projetos político pedagógicos dos cursos com o objetivo de conhecer como estava fundamentado o eixo da integralidade nestes projetos. Seus achados revelaram que as escolas estão em pleno movimento de reorientação da formação, aderindo gradativamente o arcabouço teórico-filosófico do Sistema Único de Saúde e das diretrizes curriculares na perspectiva da integralidade com inclusão de práticas pedagógicas que propõem modificações do Ensino, onde a saúde passa a ganhar um olhar ampliado e os alunos aproximam-se precocemente da prática. Contudo, concluiu que existe certa carência de apoio pedagógico aos discentes na maioria das instituições de ensino e uma tímida conexão entre mundo do ensino e do trabalho, podendo ocasionar um ensino reflexivo superficial, utilizando o serviço apenas como um campo para realização de práticas de ensino e estágio curriculares sem a devida reflexão e interação com todos ali presentes.



Guerreiro (2012) buscou entender a formação na perspectiva do cuidado integral em saúde por meio dos múltiplos olhares de alunos e docentes, tendo como elementos norteadores, as diretrizes curriculares nacionais, os projetos pedagógicos e as metodologias de ensino-aprendizagem, na perspectiva do modelo de saúde integral preconizado pelo SUS. As principais dificuldades apontadas referiram-se a transpor o que constava nas normas das instituições para a realidade prática, de modo que isso se refletisse numa formação diferenciada. As metodologias ativas foram encaradas como avanços, ainda que pouco efetivos, pois falta adesão e investimento para que elas se efetivem enquanto uma proposta de currículo. A autora concluiu que a formação nesta dimensão ainda é vista como um processo repleto de entraves, principalmente no que concerne ao reflexo da Enfermagem em suas origens curativas e hospitalocêntricas, as quais dificulta transpor para a perspectiva integral.

Outra discussão foi realizada por Mesquita (2012), que buscou analisar as abordagens pedagógicas utilizadas para formação em Enfermagem. Seus resultados mostraram a existência de lacunas no processo de formação dos futuros profissionais, visto que as pedagogias utilizadas não contemplavam as exigências que se esperam dos novos profissionais, em busca da consolidação do SUS. Entretanto, apesar da contínua utilização de pedagogias não críticas, observou a inserção e a presença de métodos ativos na formação dos estudantes, caracterizando então, um novo momento na prática educativa. Revelou que a presença de pedagogias críticas e não-críticas na prática docente aponta para um momento de transição a novas formas de ensinar. Diante disso, a autora concluiu ressaltando a relevância de compreender os modelos educacionais que valorizam os aspectos éticos, científicos, assim como as subjetividades em consonância com o novo paradigma pedagógico do ensino superior, pois sem esta imersão as mudanças não acontecem e os processos educativos ficam estagnados.

Alves (2013) focou no desenvolvimento da competência crítica e reflexiva no contexto de um currículo integrado, revelando que este currículo leva em conta a reflexividade de cunho sociocrítico e emancipatório. Apontou como fragilidade o tempo restrito, o contexto do processo de trabalho docente, o despreparo e a falta de intencionalidade do professor e a postura do estudante frente à nova situação de aprendizado. Concluiu que o pensamento e a atitude docente em relação a sua própria reflexão-ação e ao que preconiza o currículo integrado no que diz respeito ao



pensamento crítico e reflexivo precisam ser revisitados a fim de resgatar a proposta pedagógica original para instrumentalizar as escolas que estão em processo de reformulação curricular em decorrência das exigências das diretrizes curriculares por uma formação coerente com uma prática socialmente transformadora e em consonância com as necessidades de saúde da população brasileira.

Lima (2015) buscou compreender como a relação pedagógica no ensino prático-reflexivo, adotada em um curso de graduação em Enfermagem, tornou-se um elemento para a formação do Enfermeiro/a pautado no princípio da integralidade. O estudo apontou que a relação pedagógica é um espaço de autonomia, estabelecido pelo diálogo reflexivo com a intencionalidade de (re) construir conhecimentos e de ensinar e aprender. A relação pedagógica foi o elemento que entrelaçou o ensino prático-reflexivo na formação na perspectiva da integralidade, estabelecida mediante um processo dialógico reflexivo que estimulou o estudante a refletir sobre seu próprio processo formativo e sobre o que observou nos serviços de saúde. A conclusão do estudo apontou que a depender do modelo de relação pedagógica estabelecida, o estudante tem a oportunidade de refletir sobre suas ações acadêmicas e se construir como um profissional que tenha capacidade de responder a situações incertas e conflituosas da prática.

Portanto, os estudos demonstram perspectivas de formação ainda diferenciadas, mas direcionadas às mudanças sinalizadas nas diretrizes curriculares, pautadas na pedagogia crítica, que tem como premissa a produção de sujeitos de ações engajadas, por meio de uma educação dialogal, conscientizadora e humanizadora (FREIRE, 2001). Pois, embora referissem à continuidade da formação técnica, teceram críticas ao processo de ensino e reconheceram os aportes pedagógicos utilizados para promover a formação profissional, sendo referida, pela maioria dos autores, a importância do ensino crítico e reflexivo que promova a autonomia do sujeito.

Para McLaren (1997), essa pedagogia tem a proposição de que homens e mulheres habitam um mundo repleto de contradições e assimetrias de poder, porém o sujeito e a sociedade são vistos como indissociáveis, ou seja, um reflete o outro. E, nesta perspectiva, a escola deixa de ser um espaço de doutrinação para se tornar um terreno vivo de debates e empoderamento com vistas à transformação, portanto, exige reflexão do ser, do fazer, do saber. Assim, embora as pesquisas referissem entraves decorrentes



dos processos de mudança, demonstraram ter ciência das limitações vivenciadas e apontaram potencialidades para chegar ao perfil profissional desejado. Porém, apesar do esclarecimento em torno das pedagogias críticas e os caminhos a serem seguidos, poucos autores sinalizaram experiências ou propostas curriculares que favoreçam a formação do Enfermeiro/a na perspectiva da integralidade para além da integralidade do cuidado em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES

Após estas análises, ficou perceptível que apesar da maioria dos autores caracterizarem as práticas pedagógicas, não evidenciaram as possíveis contribuições para a elaboração de programas de formação em saúde em currículos que primam pela integralidade, não apenas de conhecimentos ou ideias, mas da compreensão do sujeito em sua complexidade. O mais próximo que se chegou foi apontar, enquanto princípios da educação integral, a agregação de conteúdos como diretriz para implantação da aprendizagem baseada em problemas ou, enquanto atenção integral ao sujeito inserido no contexto do sistema de saúde vigente no país.

Dessa maneira, a formação integral aventada oficialmente não foi devidamente retratada nas publicações analisadas. Não foi encontrada, mesmo utilizando métodos de estudo que primam pelas melhores evidências científicas, resultados de experiências de integração curricular que considere a integração do cuidado e do cuidador, com suas singularidades e subjetivações. Os processos de ensino situaram-se, na grande maioria, nas metodologias ativas, dando a estas a competência necessária para a formação de um novo profissional. Talvez, as diversas facetas que são dadas ao termo integralidade podem ser um fator limitante para situar as pesquisas ou produzir novos conhecimentos em torno da temática. É necessário assumir sua polissemia e definir as perspectivas de análise a fim de reduzir a homogeneidade e vislumbrar sua aplicabilidade.

Assim, na exploração do material empírico, no que se refere aos conteúdos de educação e metodologias ativas para formação em saúde, aprendizagem baseada em problemas e aprendizagem significativa, localizados nos campos de metodologia, resultados, considerações ou conclusões dos estudos, trouxeram hibridizações do que o método propõe, e não fizeram inferências relevantes para a justificação e/ou



transformação do método e dos sujeitos envolvidos em sua implementação. O que pode refletir enquanto sinal da possível compreensão metodológica responsável por resolver inúmeras problemáticas dentro dos processos de ensino, e não como um caminho a ser usado, refletido e modificado em concordância com os objetivos de aprendizagem que se propõe.

Faltou ser demonstrada nas publicações qual seria o melhor caminho metodológico para a formação de profissionais de saúde, que exemplificassem por meio de mudanças paradigmáticas, comparação de vivências curriculares para além de arranjos em matrizes curriculares. Foi notória a permanência de muitas visões fragmentadas do processo ensino e pouca discussão sobre o currículo e a noção de amplitude que se deve dar a ele, para não ser direcionado equivocadamente métodos e/ou estratégias de ensino.

Agrega-se a isso a importância do entendimento e articulação à realidade profissional e social que o estudante está inserido, para que haja reorientação de saberes e de práticas tanto no espaço acadêmico como fora dele. O que se notou foi um romantismo em torno das metodologias ativas enquanto a solução para vencer as deficiências da formação do profissional de saúde.

Ainda cabe a incorporação de novos elementos à discussão, como os critérios de escolha das metodologias ativas para a formação em saúde, a contribuição destas para a formação integral, e a visão dos diversos sujeitos imersos neste contexto.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. J. *et al.* Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

ALVES, E. **O desenvolvimento da competência crítica e reflexiva no contexto de um currículo integrado**. 2013. 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ANDRADE, S. C. *et al.* Avaliação do Desenvolvimento de Atitudes Humanísticas na Graduação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 517-525, 2011.

ARANHA, M. L. A. **Filosofia da educação**. São Paulo: Ed. Moderna, 1989.



- AUSUBEL, D. P. **A aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel.** São Paulo: Ed. Moraes, 1982.
- BACKES, D. S. *et al.* Theoretical and practical experience with an innovative approach to nursing education. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, 2012.
- BATISTA, N. *et al.* O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 231237, 2005.
- BEHRENS. **O Paradigma Emergente e a Prática Pedagógica.** 3.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- BELMONT, R. S. **A evolução da aprendizagem significativa da biomecânica em um contexto de formação inicial de professores de educação física.** Rio de Janeiro: vozes, 2010.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comun. Saúde Educ.**, v. 2, n. 2, p.139-54, 1998.
- BERGMAN, E. M. Students' perceptions of anatomy across the undergraduate problem-based learning medical curriculum: a phenomenographical study. **BMC Medical Education**, v. 13, n. 152, 2013.
- BORDENAVE, J. D; PEREIRA, A. A. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 28 ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior. Parecer nº 1.33, de 07 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: Ministério da Educação, 2002.
- _____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 mai. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em: 14 ab. 2015.
- BUCHWEITZ, B. Aprendizagem significativa: ideias de estudantes concluintes de Curso superior. **Investigações em Ensino de Ciências**, v. 6, n. 2, p. 133- 141 2001.
- CAPRA, F. **O ponto da mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** Cultrix: São Paulo, 2006.



- CARDOSO JÚNIOR, A. Acadêmicos liderando acadêmicos: a facilitação, entre pares, em um curso de graduação. **Rev. Educ. Poucas Palavras**, v. 4, n. 1, p. 21-23, 2006.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400- 1410, 2004.
- CIAVATTA, M; RAMOS, M. A “era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Revista Brasileira de Educação**, v. 17, n. 49, 2012.
- CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Brazilian Public Health System and medical training: possible dialog? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 24, p. 125-40, 2008.
- COSÍN, M. T.; QUINTANA, C. O.; ORTEGA, R. M. M.; VIANA, T. S.; MARCOS, A. P. Aprendizaje basado en problemas en la formación de estudiantes de enfermería. Impacto en la práctica clínica. **Educ Med**, v. 15, n. 1, p. 23-30, 2012.
- COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: UFV/CEBES, 1998.
- COUTINHO, G. C. **Metodologias ativas de ensino na graduação em terapia ocupacional: estratégias que possibilitam a integração das disciplinas no modelo departamental**. 2011. 240f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade del Mar, Chile, 2011.
- CUNHA, K. M. C. B. **O ensino e a aprendizagem significativa da célula no contexto da disciplina biologia do primeiro ano do ensino médio em uma escola pública do Rio de Janeiro**. 2011. 218f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.
- DEWEY, J. **Democracia y Educación: una introducción a La Filosofía de La Educación**. Madri: Ed. Morata, 1998. (Obra original publicada em 1959).
- _____. **Experiência e Educação**. 2ª ed. (R. Gaspar, Trad.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011. (Obra original publicada em 1938).
- DISTLEHORST, L. H.; DAWSON, E.; ROBBS, R. S.; BARROWS, H. S. Problem-based learning out comes: The glass half-full. **Academic Medicine**, v. 80, n. 1, p. 294–299, 2005.
- DOLMANS, D. H. J. M.; DE GRAVE, W.; WOLFHAGEN, J. H. A. P.; VANDER VLEUTEN, C. O. M. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. **Medical Education**, v. 39, n. 1, p. 732-741, 2005.
- ELLERY, A. E. L. *et al.* Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013.



- ERDMANN, A. L. *et al.* Formación de emprendedores en enfermería: promover capacidades y aptitudes sociopolíticas. **Enferm Global**, v. 16, n. 1, 2008.
- ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria**: a trama de sentimento do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- FELDENS, D. G.; DÓRIA, M. B.; SILVA, J. L. da. Educação e diferença: formação de professores na contemporaneidade. **Linguagens, Educação e Sociedade**, v. 20, n. 32, p.136-159, 2015.
- FERNANDES, J. D. *et al.* Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 443-449, 2005.
- FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis**: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15, 1999.
- FERREIRA, R. C. *et al.* Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p.207–215, 2010.
- FESO. **Fundação Educacional Serra dos Órgãos**: projeto de mudança curricular no curso de graduação em medicina. Teresópolis: Ed. FESO, 2002.
- FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de Saúde hoje - problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.
- FORNAZIERO, C. C. *et al.* O Ensino da Anatomia: Integração do Corpo Humano e Meio Ambiente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.2, p.290–297, 2010.
- FORNAZIERO, C. C.; GIL, C. R. Novas tecnologias aplicadas ao Ensino da Anatomia Humana. **Rev. Bras Educ Med.**, v. 27, n. 1, p. 141-6, 2003.
- FORSYTHE, L. P. *et al.* Enhancing a Cancer Prevention and Control Curriculum through Interactive Group Discussions. **J Cancer Educ.**, v. 27, n. 3, p. 428–435, 2012.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2004.
- _____. **Pedagogia do oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 2004.
- _____. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet, Londres**, v. 376, n. 9753, p. 1923-1958, 2010.



- FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. **Ensino médio integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005.
- GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 549-56, 2004.
- GARCIA, M. M. A. **Pedagogias críticas e subjetivação: uma perspectiva foucautiana**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- GARRISON, E. R. *et al.* Development and Pilot Evaluation of a Cancer-Focused Summer Research Education Program for Navajo Undergraduate Students. **J Cancer Educ.**, v. 25, n. 4, p. 650–658, 2010.
- GOMES, R.; BRINO, R. F.; AQUILANTE, A. G.; AVÓ, L. R. S. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 444-451, 2009.
- GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.
- GOMES, J. B.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 696-703, 2002.
- GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.
- GRANT, A. *et al.* Learning contexts at Two UK medical schools: A comparative study using mixed methods. **BMC Research Notes**, v. 5, n. 153, 2012.
- GUERREIRO, M. G. S. **Formação do enfermeiro na perspectiva da atenção integral: os múltiplos olhares de alunos e docentes**. 2012. 100f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde), Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2012.
- GWEE, M. C: Globalisation of problem-based learning (PBL): cross-cultural implications. **Kaohsiung J Med Sci**, v. 24, n. 3, p. 14-22, 2008.
- HAFNER, M. L. M. B. *et al.* A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1715-1724, 2010.
- HANLEY, S. *et al.* Implementing Evidence-based Substance Use Prevention Curricula with Fidelity: The Role of Teacher Training. **J Drug Educ.**, v. 39, n. 1, p. 39–58, 2009.
- HASSAD, J. Backup of meaningful learning model. **Dear Habermas Current Issue**, v. 17, n. 3, 2003.



- HEIJNE-PENNINGA, M. *et al.* Influence of PBL with open-book tests on knowledge retention measured with progress tests. **Adv in Health Sci Educ**, v. 18, n. 1, p. 485–495, 2013.
- HOFFMANN, K; HOSOKAWA, M; BLAKE JR, R; HEADRICK, L; JOHNSON, G. Problem-based learning outcomes: ten years of experience at the University of Missouri-Columbia School of Medicine. **Academic Medicine**, v. 81, n. 7, p. 617-625, 2006.
- JACQUE, B. *et al.* The Great Diseases Project: A Partnership between Tufts Medical School and the Boston Public Schools. **Acad Med.**, v. 88, n. 5, p. 620–625, 2013.
- JAEGER, W. **Paidéia: a formação do homem grego**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1995.
- JOHNSTON, J. M.; SCHOOLING, C. M.; LEUNG, G. M. A randomised-controlled trial of two educational modes for undergraduate evidence-based medicine learning in Asia. **BMC Medical Education**, v. 9, n. 63, 2009.
- JONES, A; MCARDLES, P. J; O'NEILL, P. A. O. Perceptions of how well graduates are prepared for the role of pre-registration house officer: a comparison of outcomes from a traditional and an integrated PBL curriculum. **Med Educ.**, v. 36, n. 1, p. 16-25, 2002.
- KEARSLEY, G. Subsumtion theory (D. Ausubel), 2006. Disponível em: <http://tip.psychology.org/ausubel.html>. Acessado em 11 de outubro de 2014.
- KLOH, D. **Integralidade do cuidado à saúde nos projetos político-pedagógicos dos cursos de enfermagem de Santa Catarina**. 2012. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- KOH, G. C. H; KHOO, H. E; WONG, M. L; KOH, D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. **Can Med Assoc J.**, v. 178, n. 1, p. 34-41, 2008.
- KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. Humanismo e formação profissional. **Cad Abropev**, v. 1, n.1, p. 1-8, 2005.
- LAMPERT, J. B.; COSTA, N. M. S. C.; PERIM, G. L.; ABDALLA, I. G; AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; STELLA, R. C. R. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. (1 Supl. 1), p.19-34, 2009.
- LEWIS, A. D. *et al.* A comparison of course-related stressors in undergraduate problem-based learning (PBL) versus non-PBL medical programmes. **BMC Medical Education**, v.9, n. 60, 2009.
- LIFSCHITZ, V. *et al.* Aplicación del aprendizaje basado en problemas para la enseñanza de la microbiología en estudiantes de Medicina. **Educ Med**, v. 13, n. 2, p. 107-111, 2010.



- LIM, W. K. Dysfunctional problem-based learning curricula: resolving the problem **BMC Medical Education**, v. 12, n. 89, 2012.
- LIMA, E. P. Epidemiologia e estatística: integrando ensino, pesquisa, serviço e comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, v. 34, n. 2, 2010.
- LIMA, M. M. de. **Relação pedagógica no ensino prático reflexivo como elemento para a formação do enfermeiro na perspectiva da integralidade**. 2015. 218f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- LIMBERGER, J. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. **Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 47, p.969-75, 2013.
- LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Ed. Cortez, 1994.
- MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc Saude Coletiva**, v.12, n. 2, p. 335-42, 2007.
- MAIA, E. R. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. **Rev. Nutr.**, v. 25, n. 1, 2012.
- MANATA, D. V. Planejamento Docente, questão didática. **Rev Educ AEC.**, v. 33, n. 1, p.7-19, 2004.
- MARIN, M. J. S. *et al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 13-20, 2010.
- MASON-JONES, A. J. *et al.* Who are the peer educators? HIV prevention in South African schools. **Health Education Research**, v. 26, n. 3, p. 563–571, 2011.
- MATSUI, K; ISHIHARA, S; SUGANUMA, T; SATO, Y; TANG, A.C; FUKUI, Y; YAMAGUCHI, N; KAWAKAMI, Y; YOSHIOKA, T. Characteristics of medical school graduates who underwent problem--based learning. **Annals Academic Medicine of Singapore**, v. 36, n. 1, p. 67-71, 2007.
- MCLAREN, P. **A vida nas escolas: uma introdução à pedagogia crítica nos fundamentos da educação**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MESQUITA, S. K. C. **Abordagens pedagógicas na formação de enfermeiros: compreensão de docentes de enfermagem**. 2012. 118f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2012.



- MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1555-1561, 2011.
- MICHAEL, J. In pursuit of meaningful learning. **Advances in Physiology Education**, v. 25, n. 3, p. 145-158, 2001.
- MILLAN, L. P. B. *et al.* Traditional learning and problem-based learning: self-perception of preparedness for internship. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 5, p. 594-599, 2012.
- MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. (Suppl 2), p. 2133-44, 2008.
- MOGFORD, E. *et al.* Teaching critical health literacy in the US as a means to action on the social determinants of health. **Health Promotion International**, v. 26, n. 1, p. 4-13, 2010.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- NEVILLE, A.J. Problem-based learning and medical education forty years on. A review of its effects on knowledge and clinical performance. **Medical Principles and Practice**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2009.
- NOBRE, I. M.; GICO, V. V. O uso da imagem fotográfica no campo da sociologia da saúde: uma experiência na formação de alunos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. **Comunicação Saúde Educação**, v. 13, n. 31, p. 425-36, 2009.
- NTYONGA-PONO, M. P. Problem-based learning at the Faculty of Medicine of the Université de Montréal: a situated cognition perspective. **Medical Education**, v. 11, n. 21, p. 1-13, 2006.
- NUNES, S. O. V.; VARGAS, H. O.; LIBONI, M.; NETO, D. M.; VARGAS, L. H. M.; TURINI, B. O ensino de psiquiatria, habilidades de comunicação e atitudes no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Rev Bras Educ Med.**, v. 32, n. 2, p. 210-6, 2008.
- OPPONG ASANTE, K.; OTI-BOADI, M. HIV/AIDS knowledge among undergraduate university students: implications for health education programs in Ghana. **African Health Sciences**, v. 13, n. 2, p. 270 – 277, 2013.
- PEIXOTO, J. M. *et al.* Atitude do Estudante de Medicina a respeito da Relação Médico-Paciente x Modelo Pedagógico. **Rev. bras. educ. med.**, v. 35, n. 2, 2011.
- PELLIZZARI, A.; KRIEGL, M. L.; BARON, M. P.; FINCK, N. T. L.; DOROCINSKI, S. I. Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. **Rev PEC.**, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2002.



- PETERS, A. S.; GREENBERGER-ROSOVSKY, R.; CROWDER, C.; BLOCK, S. D.; MOORE, G.T. Long-term outcomes of the New Pathway Program at Harvard Medical School: a randomized controlled trial. **Acad Med.**, v. 75, n. 5, p. 470-9, 2000.
- PIAGET, J. **A equilibração das estruturas cognitivas**. Problema Central do Desenvolvimento. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1976.
- PRADO, M. L.; VELHO, M. B.; ESPÍNDOLA, D. S.; SOBRINHO, S. H.; BACKES, V. M. S. Refletindo sobre as estratégias de metodologia ativa. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 1, p. 172-177, 2012.
- RODRIGUEZ, C. A.; NETO, P. P.; BEHRENS, M. A. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. **Rev. Brás. Educ. Med.**, v. 28, n. 1, p. 234-241, 2004.
- RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e formação profissional dos médicos. **Rev Bras Educ Med.**, v. 27, n. 1, p. 229-236, 2003.
- SAKAI, M. H.; LIMA, G. Z. PBL: uma visão geral do método. **Revista Olho Mágico**, v. 2, n. 5/6, p.1-4, 1996.
- SCHLETT. *et al.* Job requirements compared to medical school education: differences between graduates from problem-based learning and conventional curricula. **BMC Medical Education**, v. 10, n. 1, 2010.
- SEGURA-MUÑOZ. *et al.* Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. **An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. May.**, 2002.
- SHIROMA, E. O.; MORAES, M. C. M.; EVANGELISTA, O. **Política Educacional**. Rio de Janeiro: Ed. DP & A, 2002.
- SILVA, T. T. da. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 3.ed. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2010.
- SIQUEIRA-BATISTA, R.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. **Ciênc Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 1183-92, 2009.
- SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, 2012.
- TAVAKOL, M.; DENNICK, R.; TAVAKOL, S. A descriptive study of medical educators' views of problem-based learning. **BMC Medical Education**, v. 9, n. 66, 2009.
- TEÓFILO, T. J. S.; DIAS, M. S. E. Teachers' and students' notions regarding teaching-learning methodologies: analysis on the case of the nursing course at the State University of Vale do Acaraú, in Sobral, Ceará. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 13, n. 30, p. 137-51, 2009.



- TOZONI–REIS, M. F. C. Fundamentos teóricos para uma pedagogia crítica da educação ambiental: algumas contribuições. [online]. Trabalho apresentado no 30ª Reunião anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação; 7-10 out. 2007. Caxambu, MG. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT22-3311—Int.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2013.
- TWEED, R. G.; LEHMAN, D. R. Learning considered within a cultural context. Confucian and Socratic approaches. **Am Psychol**, v. 57, n. 1, p. 89-99, 2002.
- WATMOUGH, S; TAYLOR, D. C; GARDEN, A. Educational supervisors' views on the competencies of pre-registration house officers. **Br J Hosp Med.**, v. 67, n. 2, p. 92-5, 2006.
- WOOD, D.F. Problem-based learning. **British Medical Journal**, v. 326, n. 8, p. 328-330, 2003.



CAPÍTULO IV

AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

DOI: 10.51859/ampla.mma658.1121-4

Glebson Moura Silva

Neste capítulo são apresentadas algumas categorias de análise referentes ao processo de formação do profissional de saúde. Este conhecimento se fez necessário para compreender como se desenvolve, atualmente, a graduação fundamentada sob as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Convém referir que os grifos estão separados por categorias que surgiram na leitura documental e permitiu explorar o material e interpretá-lo (Quadro 1).

Quadro 1 - Características das DCN que orientam o processo de ensino na graduação em Saúde

COMPOSIÇÃO	DCN
PERFIL	Profissional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Qualificado para o exercício profissional, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.
OBJETIVOS	A formação tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais e específicas.
COMPETÊNCIAS E HABILIDADES	Atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente.
RELAÇÃO COM O SUS	A formação deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.



COMPOSIÇÃO	DCN
CURRÍCULO	<ul style="list-style-type: none"> - Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população. - Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. - A implementação de metodologia no processo ensinar que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; - A definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação. - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos. - O Curso de Graduação deverá utilizar critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso.
FUNÇÃO DO PROFESSOR	<ul style="list-style-type: none"> - O Curso de Graduação deve ser centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. O projeto pedagógico deverá buscar a formação do estudante através da articulação entre o ensino, a pesquisa, extensão e assistência.

1. CRITÉRIOS ESSENCIAIS PARA A FORMAÇÃO

Ao considerar o perfil e os objetivos para a graduação, ficou perceptível que eles retratam os mesmos conceitos, sendo notória a semelhança do perfil do egresso – “Profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva” (BRASIL, 2001) com os objetivos dos documentos oficiais. Acredita-se que este perfil tenha surgido, principalmente, da preocupação relativa à tendência à especialização precoce e ao ensino marcado, ao longo dos anos, por parâmetros curriculares baseados na biomedicina, dissociado do contexto de vida dos indivíduos, onde para cada causa existia uma consequência objetiva a ser descoberta e solucionada.

Mitre et al (2008) apontaram que este modelo influenciou sobremaneira na formação dos profissionais de saúde com uma ênfase sólida nas ciências básicas, nos primeiros anos de curso, com organização minuciosa da assistência em cada especialidade, valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar focado na



atenção curativa, individualizada e unicausal da doença, acabando por produzir um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente. Esta é a principal urgência de mudança apontada, que para Koifman (2001) é a superação da visão organicista e reducionista, através da inclusão do social e do psicológico, apontando para uma noção diferenciada e mais abrangente do que aquela voltada somente para as questões orgânicas.

Este autor fez esta afirmativa no mesmo ano em que foram divulgadas as DCN dos cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, as quais apontavam para a valorização do ambiente social, da práxis e autonomia para formação de um profissional mais competente. Estas diretrizes, podem ter sido influenciadas por muitos pensadores, em especial John Dewey, educador que pôs a prática em foco e questionou o dualismo mente-mundo, pensamento-ação; e Paulo Freire, que trouxe ao cenário a prática problematizadora e dialógica que deve levar o sujeito à intimidade da sociedade.

Dewey considerou que o conhecimento surge da adaptação ativa do ser humano ao seu ambiente e que no centro deste processo se encontra a ação humana. A mente não observa simplesmente o mundo para aprender sobre si, mas inicia um processo que analisa os obstáculos para o êxito das ações humanas, procede para provar sua hipótese e logo para readaptar o organismo ao ambiente, o qual permite novamente a continuação da ação. Ou seja, na aprendizagem, em todo momento se dá uma ativa relação com o ambiente.

Um de seus objetivos era educar como um todo. O que importava era o crescimento físico, emocional e intelectual (DEWEY, 2011). Por isso, acredita-se na influência de suas concepções, e, antes da publicação das DCN, a LDBEN definiu no cenário da educação superior, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade, sendo reafirmadas pelas DCN, para a maioria dos cursos da área de saúde (MITRE et al, 2008).

Para tanto, requer uma nova maneira de ensinar, pois o modelo biomédico já não daria conta desta necessidade de formação contextualizada, sendo proposta a metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo. Esta necessidade justifica a influência e o uso das abordagens pedagógicas progressivas de ensino que implicam em formar profissionais como sujeitos sociais com



competências éticas, políticas e técnicas; dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades (MITRE et al, 2008; ALMEIDA, 2003; CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Esta assertiva também pode ser fundamentada pelos objetivos específicos postulados na maioria das DCN, onde não apenas fundamentam como sinalizam os critérios que devem convergir para formar o profissional num cenário onde as ações acadêmicas giram em torno da integração entre universidade e sociedade, com capacidade crítica na análise da realidade de saúde da população ao considerar o ser humano enquanto histórico e social na determinação do processo saúde-doença. O que permite referenciar Freire ao postular a metodologia da problematização; focar na teoria crítico-social dos conteúdos e na construção de currículos (SAUPE, 2001).

O referencial de Freire oferece os fundamentos teóricos, filosóficos e epistemológicos para apoiar e justificar estes objetivos pedagógicos, uma vez que o que se busca é a transformação social por meio de uma educação na e para as necessidades da sociedade. Isto é tão forte nos documentos analisados que explicitamente fazem do processo educativo a necessária relação com o SUS para a formação do profissional ideal.

Relação esta que as DCN direcionam para o dever de assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Isto atrelado ao fortalecimento, descentralização e interiorização de programas de saúde, da gestão, reorganização das práticas de saúde orientadas pela integralidade da assistência e a implementação do controle social. Adicionado a este contexto, Rodrigues e Caldeira (2008, p. 633) referiram:

No enfoque que deveria ter os projetos orientados para a formação para o SUS destacamos a adesão aos novos referenciais para a educação superior: o desenvolvimento de estratégias para transformações curriculares na graduação das profissões de saúde; desenvolvimento de currículos integrados; adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem; adoção de metodologias inovadoras de avaliação, diversificação dos cenários de práticas desde o início do curso; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar para garantir a integralidade e continuidade da atenção e produção de conhecimentos relevantes para o SUS.



Estes conceitos sinalizam para a principal preocupação da formação em associação com SUS - engendrar mão de obra para os serviços de saúde -, todavia também assinalam para uma assistência melhor estruturada e praticada por profissionais mais qualificados e humanizados. É feito este destaque porque falar em humanização nos serviços é ao mesmo tempo adicionar a noção de integralidade do cuidado em saúde, que é um dos princípios do SUS e das DCN, talvez o mais complexo, pois sinaliza uma imagem do que se espera que o SUS venha a ser um dia, como afirma Mattos (2004): um sistema de saúde que se guia pela integralidade é necessariamente humanizado, pois ao falar de integralidade da atenção, estamos falando de um serviço capaz de acolher as pessoas em sua inteireza, com suas culturas, histórias, alegrias e tristezas, dores e, sobretudo capacidade em se recuperar.

Na Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2009) é postulado que a humanização é um processo que compreende e valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. É importante destacar que uma das preocupações centrais da PNH é sua ênfase em transformar o modelo assistencial, com foco na integralidade do cuidado. Para isso é preciso não apenas investir em estrutura e aparelhos tecnológicos, mas nos futuros profissionais, em busca de uma formação que valorize o humano.

Esta noção faz parte da política de implantação do SUS enquanto ordenador para a formação de profissionais de saúde. Portanto, reconhecê-lo como regulador da formação passa a exigir uma profunda reestruturação nos currículos, que articula concepções e práticas de saúde e passa pela revisão do processo de trabalho em saúde.

Para isso, fazem-se necessárias as rupturas do paradigma biomédico, que ainda podem sustentar as práticas em saúde, em grande parte dos currículos, o que implica em retirar o foco das ações assistencialistas e entender que o cuidado, e não mais a assistência, deve conjugar a prática profissional (CIUFFO; RIBEIRO, 2008). É necessário trazer aqui esta diferenciação porque a 'assistência', no contexto da saúde, é entendida como essencialmente procedimental, enquanto o 'cuidado' perpassa pela consideração do ser humano no que tange ao sujeito inserido num contexto social. Dessa forma, mais próxima da noção de integralidade proposta pelo SUS.

Ceccim e Ferla (2003) encerram outros argumentos que permitem justificar este direcionamento proposto nos documentos oficiais:



O debate sobre a formação e o desenvolvimento na área de saúde como ação estratégica para a condução da agenda de renovação e reforma no setor saúde parte, portanto, do entendimento de que uma profunda reforma setorial, como uma profunda renovação das organizações de saúde, não se faz sem uma política de educação no setor. [...] Apesar de não restar dúvida de que um profundo processo de reformas não pode se fazer sem profundas alterações no perfil ético, técnico e institucional do pessoal que irá atuar [...], nenhuma reforma se fará sem alterar a qualidade das relações de cuidado à saúde, sob pena de aperfeiçoar-se a organização técnica do Sistema e não se gerar, nos usuários das ações e serviços ou na população, a sensação de cuidado [...]. (p.216-7).

Destes pressupostos fica o princípio da integralidade que vem se constituindo como eixo norteador da educação em saúde, e tem provocado inúmeras reflexões a respeito de como formar um profissional diferenciado, chamando para o debate universidades, conselhos de saúde e serviços. Incorporado pelo campo educacional, o princípio implica, primeiramente, uma mudança de paradigma na concepção de saúde e, em seguida, a necessidade de integrar, no nível macro, serviços e universidade, no sentido de reorientar os cursos, buscando a relação dos conhecimentos teóricos e científicos com a realidade; e, no sentido micro, o currículo, as disciplinas, os docentes, o conteúdo com práticas pedagógicas dinâmicas que integrem estudantes e os reconheçam como sujeitos ativos de sua aprendizagem (CIUFFO e RIBEIRO, 2008). Uma vez que é neste espaço onde se materializa a produção dos sujeitos requeridos pelas DCN, que tem como eixo estruturante a noção de competência e habilidade como uma ferramenta para a integralidade no cuidado e elemento-chave para reorientar o projeto e as práticas pedagógicas que sustentam o currículo.

Dessa forma, um profissional competente deve ser o que integra conhecimento teórico, posturas, valores, atributos, habilidades e consciência clara sobre os contextos social, político, econômico e cultural; sabe conviver em grupo e com diferenças interpessoais; seja capaz de avaliar novas situações e enfrentá-las com criatividade. Portanto, o princípio de integralidade e a noção de competência configuram-se como noções complementares no que se refere à interdependência entre a educação e o SUS.

Um profissional formatado mediante um cabedal de condutas que atingem o fazer cotidiano; ao mesmo tempo esses sujeitos podem se tornar atados a um perfil composto por técnicas e saberes fornecidos pelas ciências que tem como objeto o próprio homem (FOUCAULT, 1995). Isto é claramente refletido nas DCN (2001) do curso



de enfermagem ao engendrar o sujeito num escopo de aptidões a serem desenvolvidas, como visto a seguir:

Competências e Habilidades Específicas: O Enfermeiro deverá possuir, também, competências técnico-científicas, ético, políticas, socioeducativas contextualizadas que permitam: a) atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas; b) incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional; c) estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões; d) desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional; e) compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações; f) reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; g) atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso; h) ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança; i) reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde; j) atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos; k) responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades; l) considerar a relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos na saúde; m) reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem, e, n) assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

Assim, lidar com estes direcionamentos é, antes de tudo, pensar no modo como nossas condutas podem ser moldadas, e neste aspecto em particular, concorda-se com Garcia (2002) quando apontou que estas condutas são produto de práticas sociais particulares, às quais são atribuídas certas características e padrões que resultam na modelação dos indivíduos. Por isso, cabe a consciência da intencionalidade, uma vez que ao partir para a integralidade do sujeito para além da integralidade do cuidado do processo formativo, esta capacidade precisa ser desenvolvida.

Apesar da consideração deste contexto, é necessário afirmar que a noção de competência é polissêmica, tanto no mundo do trabalho quanto na esfera da educação (DELUIZ, 2001). Uma revisão conceitual do termo identificou definições variadas, tais como: articulação entre saber-fazer e fazer em situações concretas de trabalho; capacidade de enfrentar acontecimentos próprios de um campo profissional, guiada por



uma inteligência prática; capacidade de mobilizar recursos cognitivos por meio de esquemas e em situações-problema e outros (MARQUES, 2007).

Assim, a noção de competência pode ser compreendida de diferentes maneiras pelas diversas tendências que possibilita inúmeras interpretações. Porém, duas correntes podem explicar o significado do termo e os determinantes políticos e econômicos que se encontram presentes - de maneira, por vezes, velada - na sua compreensão. Referido por Ciuffo e Ribeiro (2008, p.133):

Deluiz (2001) reconhece e caracteriza quatro matrizes teórico-metodológicas referentes ao termo competência: a condutivista, a funcionalista, a construtivista e a crítico-emancipatória. Esta última considera a noção de competência como multidimensional, envolvendo aspectos que vão desde o plano individual ao sociocultural, situacional e processual, não podendo ser concebida como mero desempenho; é uma construção balizada por parâmetros socioculturais e históricos. Em outra dimensão, Markert (2000) afirma que, no termo competência, podemos encontrar um conceito pedagógico universal que reflete o novo patamar dos conceitos de produção, baseado na visão dialética do desenvolvimento das forças produtivas. Nesse sentido, a qualificação depende não só de condições objetivas, mas também de disposições subjetivas - aspectos comportamentais, posturas, valores - que servem de base para a construção da profissionalidade dos trabalhadores, na luta pelo seu reconhecimento e efetivação de seu poder.

Os autores ainda direcionam a competência técnica (trabalho) e a competência comunicativa para as relações humanas como categorias centrais do conceito global de competência. Desse modo, ter conhecimento técnico e saber interagir com o grupo de trabalho constituem-se requisitos indispensáveis para um bom desempenho profissional e para garantir autonomia e poder de decisão aos trabalhadores no contexto produtivo, ou seja, na sua experiência concreta de trabalho. Acreditam que, com base na aprendizagem orientada pela/para experiência, se consegue desenvolver competências-chave com o objetivo de superar o processo de dissolução e segmentação sociais, determinado, em muito, pela maneira fragmentada de olhar e pensar o mundo.

Alves (2013) afirmou que dentre as principais características do conceito de competência, destaca-se o fato de que está vinculada à ideia de ação, à ativação do conhecimento que se possui; envolve o aprendiz, articulando seu saber, seu saber-fazer e estar/ser, suas intenções, valores, atitudes, capacidades, destrezas e conhecimentos; desenvolve-se e expressa-se por meio de situações e problemas contextualizados, envolve o aprender fazendo, com base na funcionalidade que os aprendizados têm para



o estudante; introduz o princípio de autorregulação e aperfeiçoamento, e envolve o exercício contínuo das habilidades componentes da competência.

As Diretrizes Curriculares Nacionais determinam como competências da profissão; a aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde; a fundamentação para a tomada de decisões sob critério de eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, medicamentos, equipamentos, procedimentos e práticas; a comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de pelo menos uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação e a aptidão para assumir posições de liderança (BRASIL, 2001).

A competência veio mudar a lógica da formação e da certificação profissional. A educação formal deixou de pautar os processos de aprendizado a partir de um rol de atribuições profissionais e passou a ser direcionada para o desenvolvimento de competências flexíveis, multifuncionais e associadas a uma diversidade de áreas de conhecimentos. O primeiro passo da organização do processo de ensino e aprendizagem deve passar a ser a definição das competências desejadas para, a seguir, definir os conteúdos e os métodos que permitirão que a competência seja desenvolvida e avaliada (ALVES, 2013). Uma ordem mais lógica quando se pensa no modelo de formação, pois imagina-se que permitirá a participação de todos os sujeitos envolvidos, nos processos decisórios, e, com isso, a construção do processo de ensino.

Associado a isto, a educação contemporânea deve pressupor um discente com competência para autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação (MITRE et al, 2008). Uma vez que um dos objetivos fundamentais de aprendizagem do curso de graduação é o de “aprender a aprender” (DCN, 2001). Isso requer o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informações, incluindo a advinda de sua própria experiência acadêmico-profissional.

Portanto, formar profissionais generalistas e competentes está diretamente conectado às questões sociais, políticas e econômicas, em que se deseja que o discente consiga associar ações de promoção e prevenção à saúde com ações de recuperação e reabilitação, e não se limite a apenas tratar e prevenir doenças (CORBELLIN et al., 2010).



A visão se ampliou do objeto doença para o objeto sujeito que pode está doente ou pode adoecer; entrou em cena a conduta crítica e o trabalho ético do profissional.

E, para sua implementação, foi necessária a associação com propostas curriculares capazes de integrar o ensino/serviço, teoria/prática, de aproximação da realidade, da interdisciplinaridade, e com o uso de metodologias ativas de aprendizagem (CHIRELLI, MISHIMA, 2003; GALINDO, GOLDENBERG, 2008; SILVA, SOUSA, FREITAS, 2011).

Para o qual Rodrigues e Caldeira (2008) pressupõem que estas metodologias proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos, participando da análise do próprio processo assistencial em que estão inseridos e coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo. Um conceito-chave de um modelo pedagógico que pressupõe a inversão da sequência clássica teoria/prática na produção do conhecimento, assumindo que ele acontece de forma dinâmica por intermédio da ação-reflexão-ação. Pretende-se a integração entre os atuais ciclos básico e clínico. A problematização passou a orientar a busca do conhecimento e habilidades que respaldem as intervenções para trabalhar as questões apresentadas, tanto do ponto de vista da clínica quanto da saúde coletiva.

Essas mudanças estão voltadas para a adoção do currículo integrado, na qual a intenção foi extrapolar práticas pautadas na fragmentação do conhecimento, extinguindo a fronteira das especialidades, das disciplinas buscando uma prática integralizadora (DELLAROZA; VANNUCHI, 2005). Todavia, há de se atentar para as determinações históricas e sociais, o que significa colocar a educação do Enfermeiro/a como um caminhar no sentido de superar a ideia de adaptação ao sistema produtivo, independentemente de ideologias metodológicas.

Assim, ao pensar na formação para a integralidade, não se pode restringi-la ao sistema formal de educação, mas enquanto uma prática reflexiva que cria subjetividades, articula o mundo universitário com o social e político, supera o sentido das competências e habilidades referidas nos documentos oficiais, a fim de mudar o direcionamento do processo formativo enquanto responsabilidade única do estudante. Parafraseando Deluiz (1995) a formação tem sentido multidimensional que ultrapassa limites e é permeada pela conscientização de si, de suas qualidades e capacidades. Ou



seja, exige um perfil profissional que recuse o conservadorismo, a uniformidade da realidade, a simples e somente pluralidade de necessidades de serviço, isto é preocupar-se com a pluralidade (contexto social, história de vida, família, etc.) e esquecer-se da singularidade (dos sentimentos mais íntimos e pessoais) de cada sujeito.

Portanto, é preciso evoluir da simples racionalidade técnica e alcançar a fundamental articulação entre teoria e prática, que vincule os diversos saberes, supere a limitação da especialidade no sentido de fragmentação do conhecimento, possibilite o diálogo entre os sujeitos, e destes com o conhecimento, no sentido de conferir, por meio do processo pedagógico, o exercício da reflexão. Tal reflexão, ao mesmo tempo em que questiona a realidade, deve caminhar no sentido de ressignificação dos saberes e produzir um novo saber/fazer/ser. Prática esta, que as DCN inferem que devem ser voltadas para o SUS.

Todavia, esta lógica também precisa ser desvelada ou corre-se o risco de formar profissionais ludibriados que não entendem e/ou atendem às demandas apresentadas pela sociedade, uma vez que o comprometimento vai além de ‘assistir’ a qualquer indivíduo. Fala-se de uma formação em saúde que contribua para a construção de um ‘cuidado integral’ (um dos princípios desse sistema de saúde), acrescida de uma perspectiva reflexiva, que se alimenta da prática, que possibilita visualizar, refletir-nação (o pensar o que faz, enquanto o faz) (SCHÖN, 2000), gerenciar e refletir novamente a singularidade e os conflitos de valores vivenciados no cotidiano, buscando uma prática integralizadora (DELLAROZA; VANNUCHI, 2005).

Estruturar uma formação voltada para o mercado, invariavelmente, estará associando-a aos interesses do poder econômico. Assim, a formação poderá absorver a conotação individual e por competências, que abstrai o sujeito do contexto social e fragiliza as relações de trabalho (ALMEIDA, 2009). Para o autor, corre-se ainda o risco de que o saber prático, vinculado à competência, ocupe todo o espaço da escola, tornando residual ou mesmo desnecessário o saber filosófico, desqualificando os conhecimentos não ligados estritamente às competências definidas como válidas em um determinado contexto e perdendo de vista os saberes que permitem a apropriação do conhecimento como uma construção social.

Dessa forma, ao saber que o termo competência e sua compreensão estão longe de ser consensuais, acredita-se que neste ponto, pode residir tanto sua força quanto sua



fragilidade, ao associar aos interesses do mercado ou favorecer a conscientização dos sujeitos, respectivamente. Não obstante, é notada a incorporação utilitária de seu significado por parte das instituições educacionais e/ou governamentais, e um conseqüente esvaziamento que poderia ser dado ao seu sentido transformador, por meio de discussões, debates e reflexões para uma construção coletiva dos processos educativos.

Portanto, foram múltiplas as formas de se conceber a integralidade, se apresentando como indispensável para formar um sujeito mais crítico e humano que se importe com a vida em sociedade, porém os objetivos legais limitaram a formação ao mercado de trabalho, apontando competências profissionais gerais e específicas que estes sujeitos devem desenvolver. Por isso, reafirma-se o risco desta estruturação por transferir para o discente toda a responsabilidade por sua formação e atuação enquanto futuro profissional, e ao mercado o poder de regular e validar sua prática. Os processos de ensino precisam ser dialógicos, críticos e reflexivos e permitirem a edificação de subjetividades que contribuam na idealização de uma formação de indivíduos e profissionais confluentes.

Portanto, urge a necessidade de ressignificar essas competências, de modo a expressar sentidos e intenções diferentes, uma concepção em que as diversas apropriações remetam a projetos e estratégias adotadas pelos sujeitos sociais de um modo coletivo e emancipatório. Que atenda a integralidade não apenas para o sujeito de sua ação 'paciente', mas para si mesmo enquanto ser humano e futuro profissional. Portanto, que vença a fragmentação do saber, onde o novo faça sentido no contexto de vida pessoal e social; que se viva a integralidade na escola e pela experiência consiga levá-la para sua atuação profissional. Não por regulamentos ou imposições, mas pela consciência.

2. O CURRÍCULO ENQUANTO UMA PROPOSTA DE INOVAÇÃO

Inicia-se esta categoria informando que o currículo na saúde e a urgente necessidade de mudanças após o advento das DCN, foi grandemente influenciada pelo programa UNI (Uma Nova Iniciativa para formação em saúde). Com projetos patrocinados pela Fundação Kellogg para iniciativas inovadoras em formação de profissionais de saúde, que datam do início da década de 90, com o objetivo de tornar



a universidade relevante para a sociedade (CHAVES, 1994). Surgiu daí os chamados currículos integrados, todavia a forma de integração curricular foi diferenciada nos vários cursos. Assim, no cenário nacional é possível identificar que há uma movimentação efetiva na direção de acatar/abraçar as novas tendências pedagógicas adotando metodologias ativas (RODRIGUES; CALDEIRA, 2008).

Todavia, entende-se que o currículo não pode ser compreendido desvinculado do contexto social, político, econômico e cultural. Como um projeto pedagógico, encontra-se intimamente ligado às concepções e ideologias de quem o elabora, a forma como este projeto é posto em prática também indica quais interesses e que sociedade pretende formar o grupo que o concebe. O que está inscrito no currículo não é apenas informação, mas organização do conhecimento que corporifica formas diferentes de agir, sentir, falar e ver o mundo. Aprender informações no processo de escolarização é, também, aprender uma determinada maneira de agir, conhecer, compreender e interpretar a realidade (POPKEWITZ, 1994).

Diante deste cenário, emerge a necessidade de identificar a perspectiva de currículo que surge desta contextualização advinda das DCN. Silva (2010) nos dá três opções para entender o currículo: tradicional, crítico ou pós-crítico. Ele aponta categorias que podem elucidar o entendimento em torno de qual currículo está sendo oficialmente proposto: na concepção *Tradicional* a ênfase está nos conceitos pedagógicos de ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia, didática, organização, planejamento, eficiência e objetivos. Na concepção *Crítica* a ênfase é nos conceitos de ideologia, poder, reprodução cultural e social, classe social, capitalismo relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto e resistência. Enquanto na abordagem *Pós-crítica* está nos conceitos de identidade, alteridade, diferença, subjetividade, significação e discurso, saber-poder, representação, cultura, gênero, raça, etnia, sexualidade, multiculturalismo. Atrelado às categorias, revela questões norteadoras que estas perspectivas apontam: tradicional – o que ensinar e como ensinar; crítica – por que este conhecimento e não outro; e pós-crítica – por que privilegiar um determinado tipo de subjetividade ou identidade e não outra. Este entendimento agregou discernimento à concepção de currículo oficialmente divulgado.

Nos documentos oficiais o currículo tem uma forte ênfase ‘crítica’ que é dada ao entendimento do mesmo quando enaltecem conceitos de relações sociais de produção



no e para o SUS, conscientização e emancipação do sujeito por meio da crítica e reflexão, assim como o foco dado às metodologias ativas como princípio para a formação de um sujeito que reflita sua prática e desenvolva competências técnicas atreladas às competências relacionais. Todavia, isto reverbera numa certa mescla curricular, pois fica subentendido que o foco é formar trabalhadores eficientes, por meio de uma gama de disciplinas baseadas no conhecimento científico como aporte à formação de competências profissionais, às quais remete à concepção tradicional de currículo; porém, os meios para que isto aconteça perpassam pela concepção da teoria crítica.

Na sequência, tenta-se elucidar este impasse, aprofundando em alguns princípios para o entendimento do currículo.

2.1. Perspectiva teórica

Na procura por esclarecimento, Silva (2010) enfatiza a importância de compreender a perspectiva teórica adotada pelos currículos, e assim representa: 1ª Tradicional – baseia-se no conceito de competência, que é a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles (PERRENOUD, 2001). Ou seja, envolve a preocupação essencial com a metodologia, aprendizagem e eficiência, focando na competência profissional em seu processo formativo. Assim, a construção de competências pode estar relacionada e possibilitada a partir de uma prática educativa (Re) construtiva contínua, ou ainda por atividade previamente programada (TANJI, 2011). Conceito interessante quando associamos ao contexto dos documentos oficiais, pois aparentemente se pretendia outra abordagem, talvez crítica e inovadora, mas os argumentos e a estrutura dos documentos caminham para uma versão tradicional do currículo.

Esta versão perdura na análise dos documentos, mas é infiltrada pela 2ª perspectiva teórica - Crítica, pois busca a transformação dos modelos de educação 'bancária', ancorado na educação 'problematizadora' ou 'libertadora' (FREIRE, 2004; BORDENAVE; PEREIRA, 2007). E para sua efetivação, determina que “terá como eixo para a estrutura curricular o uso de metodologias ativas de ensino/aprendizagem.

Metodologias estas que podem estar baseadas nas concepções de Dewey para a aprendizagem baseada em problemas (ABP) e de Freire para a Problematização. O que reforça a dualidade do currículo, uma vez que, enquanto Dewey fundamenta o



conhecimento útil para o desenvolvimento do trabalho e da sociedade, facilmente pode ser atrelada à noção de competências aventadas; Freire aponta para a emancipação deste mesmo sujeito pela discussão e superação da realidade vivida, o que faz correlação com a conscientização e problematização das situações existenciais.

Elas também apontam para a estruturação de um currículo que possibilite ao aluno certo grau de liberdade para definir seu percurso acadêmico, pressupondo o envolvimento efetivo do discente no processo de ensino, o que implica a compreensão dele como alguém que opta por orientações diferentes, responde às suas necessidades e se responsabiliza por suas escolhas (COUTINHO, 2011). Fato que reforça a noção crítica apontada no currículo em análise.

Nesta concepção, os documentos referenciam a conscientização, libertação e relações sociais de produção, assim como de emancipação do sujeito. Surgidos enquanto transição do modelo tradicional para um modelo de inserção crítica na realidade, como exposto por Freire (1999) que neste tipo de pedagogia o objetivo é superar a educação bancária que implica em 'anestesia' dos educandos para atingir a criticidade da consciência e a integração dos homens.

Esta abordagem foi apoiada por Cyrino e Toralles-Pereira (2004) quando afirmou que na contramão do modelo dominante de ensino e de experiências novas, desenvolvidas dentro de uma visão tecnicista e alienante, outras ações surgiram para explorar novas possibilidades no contexto dos conflitos e das contradições de uma escola historicamente situada, mobilizando processos significativos de mudança. Neste contexto, ainda vislumbro que o currículo proposto está envolto das características de ambas as perspectivas aqui discutidas.

Assim, para melhor fundamentar o discurso, convém referir que não foi encontrado subsídios nos documentos oficiais que fundamentassem a terceira perspectiva teórica - 3ª Pós-crítica. Esta seria a que mais se adequa ao modelo integral de currículo com re/conhecimento dos aspectos relacionais que envolvem os problemas e a ampliação do pensamento crítico dinamizador da mudança na graduação em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) e dos movimentos da vida (INGOLD, 2011). Nesta lógica, a ênfase se dá nos conceitos de poder, cultura, subjetividade e representação, enquanto modelo de currículo multicultural e que pode favorecer a ressignificação do conhecimento. Enquanto Garcia (2002) argumenta que tem a ver com o reconhecimento dos efeitos do



processo educativo sobre a conduta humana, sobre o modo de se ver e como significam o conhecimento, o mundo, as relações sociais e nelas interferem.

No sentido de transformar essa realidade, o movimento de mudança de paradigma na formação em saúde na atualidade preceitua o ensino fundamentado na atenção integral (SANTOS, 2011), que é diferente da formação integral proposta nesta perspectiva teórica, porém idêntica à exposta no currículo.

Esta atenção foi apontada por Santos (2011) e validada por Kloh (2012) quando refletiu que para formar profissionais sob o eixo da integralidade do cuidado, implica em assumir um grande desafio para as instituições de ensino, uma vez que requer ousadia para assumir uma nova visão e postura diante do mundo, rompendo com o positivismo transposto e impregnado no modo de pensar, fazer e ensinar saúde (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Esta integralidade, princípio construtivo do SUS, representa a visão integral do ser humano, biopsicosocial, do sistema de saúde voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde. Dentre os princípios do SUS, o conceito de integralidade faz menção à concepção de saúde adotada pelos organismos internacionais, tendo como base a concepção Higéica/Marxista, por trazer uma visão ampla do homem, desfragmentada, como ser integrado a uma comunidade e vivendo num contexto específico (ALBUQUERQUE, 2006).

Por isso, acredita-se que muito tem se falado em torno da atenção integral que deve ser dispensada pelo profissional de saúde, mas pouco tem se discutido até onde a atenção integral faz interseção com a formação integral do acadêmico. Que profissional quer se formar com esta visão e se o foco está concentrado apenas na atenção às necessidades dos usuários dos serviços de saúde ou envolve o sujeito praticante da ação do cuidar.

Alves (2013) tentou elucidar esta perspectiva trazendo para a cena a aceção de ser humano como de um ser capaz de transformar as condições de sua existência por meio da visão de mundo que permeia suas relações sociais, relações essas que determinam a estrutura de organização social, assim como as formas de produção e reprodução da sociedade. Uma definição análoga a de Freire (2004), na qual o ser humano é um ser inconcluso, capaz de criar cultura e acrescentar algo ao mundo, modificando os modos de ser e de interagir com os outros.



Assim, definiu a educação como uma prática social que contribui para o desenvolvimento do ser humano em sua integralidade, possibilitando ações transformadoras. Citou eixos norteadores deste processo de formação integral referidos pela Universidade Estadual de Londrina (1999): a construção da cidadania, o processo saúde-doença, a transformação do modelo assistencial, a integração entre ensino, serviço e comunidade, a ética e o humanismo, a associação entre teoria e prática, contemplando a ação e a reflexão, a transformação das práticas, a qualidade de assistência, o raciocínio investigativo, o estudo do ser humano a partir do núcleo familiar, a avaliação como processo e as experiências de ensino e aprendizagem.

O que se nota é que se mantém a lógica curricular mista de sentidos, embora se busque uma conceituação e nicho para se manter a noção de integralidade. Nesse sentido, Libâneo (2008) inferiu que a educação para ser integral, deve estender-se a diferentes domínios do comportamento: cognitivo, afetivo e psicomotor, onde o conhecimento na prática também propiciaria o pensar a relação teoria e prática, visando uma atuação como agente numa realidade social construída, com uma reflexividade de cunho sociocrítico e emancipatório (SCHÖN, 2000).

Diante do cenário exposto, acredita-se que é preciso muito mais para alcançar uma formação pensada na perspectiva integradora, pois é necessário retirar a ênfase da execução profissional, da supervalorização das 'verdades' científicas - tão fugazes, mas sem desmerecê-las - e da relação de atividades disciplinares. Pensa-se num currículo integrado e interdisciplinar de conhecimentos e experiências que levem à compreensão de seu exercício profissional para além do desempenho. Onde há o reconhecimento do ser "do" mundo, na força que se exerce sobre a concepção, percepção e formação para além do profissional e, os conhecimentos adquiridos nesta conjuntura não tenham apenas fins técnicos ou solução de problemas, mas que proporcionem bem-estar ao ser que o adquiriu, pois um ser humano melhor também pode ser um estudante e um profissional mais qualificado.

Assim, é associada a esta perspectiva a de Carvalho e Steil (2013, p.12), quanto referiram:

Não é absorvendo representações mentais ou elaborando esquemas conceituais que nós aprendemos, mas sim, desenvolvendo uma sintonia fina e uma sensibilização de todo o sistema perceptivo. Neste processo cognitivo atuam concomitantemente o cérebro, com suas conexões neurais, os órgãos



corporais periféricos, com suas contrações musculares e o ambiente com os aspectos específicos que situam o sujeito no mundo.

Para estes autores, o conhecimento torna-se imanente à vida, à experiência e à consciência do sujeito, na medida em que se processa no campo da prática. Nesta perspectiva, a cognição é um processo em tempo real. Ou seja, a produção do conhecimento se daria pelo engajamento e a imersão dos sujeitos no mundo imediato e material da experiência e a educação como mobilização da atenção, pondo em cheque as oposições mente e corpo, natureza e cultura (INGOLD, 2011).

Baseado em Ingold, Carvalho e Steil, para a formação integral, o ideal seria a busca do 'sentido' para o ser humano. Para isso, é necessário desfazer as fronteiras entre os conhecimentos ao mesmo tempo em que os diferentes campos de conhecimento são aproximados, estabelecendo uma linha de continuidade entre eles, seja científico, técnico e tradicional ou empírico. Aqui é enfatizada a continuidade e a simetria entre a experiência humana e o contexto de vida, com abertura para a compreensão da formação na perspectiva da imersão do 'ser' humano enquanto participante de um mundo dinâmico e integrado.

Onde exista a valorização da cultura e subjetividades, no qual a responsabilização seja compartilhada a fim de fortalecer o processo de ensino, e o mercado não seja o único que aponta critérios para a formação profissional, mas venha do envolvimento e comprometimento de sujeitos que percebem a formação como um processo de reflexão sobre a complexidade humana e a sociedade, desígnio da prática profissional. Isso implica em reestruturações fundamentais em todo o currículo a fim de favorecer a ressignificação do conhecimento.

2.2. Categorias Analíticas Utilizadas

Ficaram evidentes várias categorias associadas à abordagem tradicional do currículo nos documentos oficiais, como: Ensino, aprendizagem, avaliação, metodologia e eficiência. Em virtude de que, em grande parte dos escritos, o foco de discussão sempre se voltou ao conteúdo, avaliação e o método que melhor se adequa para o processo de ensino. Visto nas seguintes citações:

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da



população conforme o quadro epidemiológico do país/região. [...] As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos [...] (DCN, 2001).

Estes discursos confirmam a preocupação do currículo com a formação de um profissional habilidoso e ativo, por isso a necessidade de enfatizar as metodologias que se adequem ao perfil profissional pretendido, que foi estruturado com base em conteúdos e avaliações indispensáveis. Ou seja, o direcionamento foi dado e o currículo instituído. Neste contexto, se nota algumas opiniões que tentam abstrair ou potencializar as abordagens curriculares, como a proposta de Tanji (2011) quando inferiu que mesmo propondo mudanças curriculares atreladas a mudanças metodológicas, e, partindo do princípio que o velho subsidia o novo, todas as competências formadas na aplicação das metodologias tradicionais de ensino, podem vir a instrumentalizar os profissionais a desenvolverem suas competências, neste novo contexto curricular.

Estas características poderiam ser pensadas numa abordagem crítica do currículo, todavia ao focar essencialmente a eficiência do sujeito formado numa característica conteudista de avaliação e organização, coloca-se em evidência as utopias e as certezas, a ideia de verdade centrada na prova empírica, na objetividade, na natureza ou na evidência matemática (LOPES, 2013) – “Art. 6º § 2º - Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro, a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente” (DCN, 2001, s/n).

Silva (2010) expôs que nesta perspectiva a questão do currículo se transforma numa questão de organização, uma atividade mecânica, supostamente científica, não passando de uma atividade burocrática, tendo o conceito central de desenvolvimento curricular que contribui para a reprodução das desigualdades e injustiças sociais.

Todavia, assim como visto na perspectiva teórica adotada pelos documentos oficiais, existem categorias que também estão associadas à abordagem Crítica de currículo, como: reprodução social e cultural, poder, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto. Os escritos apontam estas categorias ao se referir ao currículo atrelado a uma cultura a ser reproduzida na sociedade, com foco na produção de serviços e profissionais para o mercado de



trabalho, autonomia do sujeito na tomada de decisão, assim como a consideração da influência do contexto de vida dos indivíduos. Exaltado no trecho a seguir: "[...] a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender". (DCN, 2001).

Lopes (2013) já apontava que acreditávamos nos conteúdos do currículo como saberes que poderiam garantir o projeto de sociedade com o qual sonhávamos. Sendo concebidos como o centro do currículo e trabalhávamos pela formação de sujeitos e cidadãos emancipados e críticos ou intelectuais orgânicos - capazes de atuar pelas mudanças sociais entendidas como de interesse da maioria da população de um país, ou mesmo da humanidade, e como garantidoras do projeto social pretendido. Ou seja, centrada numa perspectiva empírica e técnica, que desconsiderava os critérios históricos, éticos e políticos das ações humanas e sociais, e conseqüentemente, do conhecimento no caso do currículo (SILVA, 2010).

A concepção de currículo aqui sustentada, apresenta-se como toda ação comunicativa realizada em espaços e ambientes de aprendizagem para formar sujeitos autônomos que se reconhecem como tal e têm a competência necessária e suficiente - tanto do ponto de vista da argumentação quanto do ponto de vista das atitudes e da compreensão do seu papel histórico-social -, para estabelecer relações de entendimento com os sujeitos com os quais convivem, relações essas que se destinam a um acordo consensualmente estabelecido (CIUFFO e RIBEIRO, 2008).

Os autores propõe que o currículo não está pronto nem dado; não está aprisionado em uma grade pré-construída com disciplinas e respectivas cargas horárias. Idealmente, deve ser continuamente construído e reinventado, com base em práticas pedagógicas sustentadas por crenças e valores compartilhados entre os sujeitos, de acordo com a cultura em que estão imersos. Portanto, a formação dos profissionais da saúde e o trabalho no âmbito do SUS devem ser indissociáveis e permanentemente próximos, para que os problemas enfrentados na realidade dos serviços e da sociedade contribuam para reconstruir e/ou reestruturar o campo teórico da educação em saúde.

Toda esta contextualização aponta que categorias associadas à abordagem pós-crítica do currículo são raramente fomentadas, a saber: identidade, diferença, subjetividade, significação, saber-poder, representação, cultura, gênero e multiculturalismo. Não são encontradas referências a elas nos documentos analisados,



pois a perspectiva pós-crítica é utilizada para se referir às teorias que questionam os pressupostos das teorias críticas, marcadas pelas influências do marxismo, da Escola de Frankfurt e em alguma medida da fenomenologia, discussões em que as conexões entre currículo, poder e ideologia são destacadas (LOPES, 2013). A autora aponta que a ideia de estrutura é substituída pela ideia de discurso, onde não há estruturas fixas que fechem de forma definitiva a significação, mas apenas estruturações e reestruturações discursivas. É destacada a contingência e são questionadas noções como a transcendência e a universalidade, sendo colocados em crise conceitos como razão e, portanto, verdade e totalidade, bem como os conceitos de sujeito, progresso, espaço e tempo linear.

Silva (2010) abordou este currículo como narrativa étnica e racial, reafirmando uma superação e ampliação do pensamento curricular crítico que aponta a dinâmica de classe como única no processo de reprodução das desigualdades sociais. O autor alertou para questões como etnia, raça e gênero, configurando um novo repertório educacional significativo. Insistindo nesse processo, afirma que tais questões apenas recentemente estão sendo problematizadas dentro do currículo, a partir de análises pós-estruturalistas e dos estudos culturais: “é através do vínculo entre conhecimento, identidade e poder que os temas da raça e da etnia ganham seu lugar no território curricular” (p. 101).

Nele, é possível encontrar coerência com a proposta de formar pessoas que serão profissionais de saúde com base na construção de subjetividades, conhecimentos e práticas que integrem as dimensões biológica, psíquica, social e ecológica da vida, da mente, da sociedade e do ambiente, incluindo o desenvolvimento do que Capra (2002, p.13) chama de “uma maneira coerente e sistêmica de encarar algumas das questões mais críticas da nossa época”.

Portanto, o entendimento que perdura ainda é de um currículo crítico com forte influência tradicional. Nesse sentido, Albuquerque et al (2009) sinalizou que uma organização curricular que se disponha a ultrapassar o “cárcere” disciplinar pode ser uma proposta contra hegemônica àquelas orientadas por uma visão maximizadora de recursos e restritiva do ponto de vista que a integralidade pode produzir (SAIPPA-OLIVEIRA, KOIFFMAN, 2004). A partir dessa visão, é factível avançar na perspectiva de ultrapassar o confinamento disciplinar e apostar em desenhos curriculares para a área da saúde, alicerçados na integralidade. Que conhece os limites epistemológicos



introduzidos pela ciência contemporânea, reconhecendo, então, que o movimento e a imprecisão são mais potentes do que um pensamento que os exclui e os desconsidera (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2007).

Onde o papel docente, uma vez citado como um facilitador do processo de aprendizagem, tenha liberdade de diálogo com normas e regras pré-fixadas a fim de vencer a ideia de engessamento orquestrada pelos guias metodológicos. Assim, "o papel docente encontra-se tão ambíguo quanto o próprio currículo, transitando entre a perspectiva tradicional e crítica do currículo" (SILVA; SANTOS; ARAUJO, 2019, p. 44). Por isso, é importante fomentar a construção coletiva dos projetos pedagógicos com discussão ampla da comunidade acadêmica e análise crítica das demandas sociais.

Contudo, sinaliza-se que o currículo que determina a formação do profissional de saúde, deve buscar uma correspondência com o pensamento de Carvalho e Steil (2013) para a formação integral, uma vez que reconhecer os limites epistemológicos não é suficiente, sendo necessária uma nova perspectiva, na medida em que pensa a simetria entre o papel que todos desempenhamos no mundo e este como espaço que nos influencia. Ou seja, uma nova perspectiva de pensar e produzir conhecimento em educação e de enxergar o mundo.

3. CONSIDERAÇÕES

É urgente a inevitabilidade de reflexão sobre o currículo em seu sentido mais completo, uma vez que as graduações implementam mudanças pedagógicas periodicamente e, a apropriação do conhecimento se faz necessária em prol da coesão com as necessidades prementes da sociedade. Também é imprescindível evocar o papel da universidade em proporcionar ao acadêmico um ambiente que favoreça ao alcance de metas, ao ensejo da criatividade, ao fortalecimento da subjetividade nos processos formativos e a experiências que alavanquem o indivíduo na condição de protagonista de seu percurso de constituição pessoal e profissional.

O processo educativo deve estar embasado na experiência em associação com a reflexão e compreensão dos saberes e conhecimentos em prol da vida enquanto o fio condutor da formação profissional. Portanto, questões metodológicas, científicas, de sistematização, valorização, pertencimento, participação, subjetividades, significação,



solidariedade, empatia, humanidade são basilares para a formação na perspectiva da integralidade, onde o 'ser profissional' tenha os mesmos valores que o 'ser humano', sem distinção dos espaços ou títulos que podem tomar outra proporção se no currículo não for considerado indispensável aos processos educativos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S.; BATISTA, R. S.; TANJI, S.; MOÇO, E. T. M. Discipline curricula in the health area: an essay on knowledge and power. **Interface** - Comunic., Saude, Educ., v. 13, n. 31, p. 261-72, 2009.

ALMEIDA M. **Diretrizes curriculares para os cursos universitários na área de saúde.** Londrina: Rede Unida, 2003.

ALMEIDA, M. I. Professores e competência revelando a qualidade do trabalho docente. In: RUÉ, J.; ALMEIDA, M. I.; ARANTES, V. A. (Org.). **Educação e competências: pontos e contrapontos.** São Paulo: Summus, 2009.

ALVES, E. **O desenvolvimento da competência crítica e reflexiva no contexto de um currículo integrado.** 2013. 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, Supl. 1, p. 20-31, 2007.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comun Saúde Educ.**, v. 2, n. 2, p. 139-54, 1998.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. A. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** 28 ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior. Parecer nº 1.33, de 07 de agosto de 2001. Dispõe sobre as Diretrizes Curriculares da Medicina, Enfermagem e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura, 2001.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC, 2001.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da saúde, 2009.



- CAPRA, F. **As conexões ocultas**: Ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix, 2002.
- CARVALHO, I. C. M.; STEIL, C. A. Percepção e ambiente: aportes para uma epistemologia ecológica. **Rev. Eletrônica Mestr. Educ. Ambient.**, V. especial, 2013.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Residência integrada em Saúde**: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidianos, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CHAVES, M.M. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 5-9, ago. 1994.
- CHIRELLI, M. Q.; MISHIMA, S. M. A Formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 11, p. 574-84, 2003.
- CIUFFO, R. S.; RIBEIRO, V. M. B. Brazilian Public Health System and medical training: possible dialog? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 24, p. 125-40, 2008.
- CORBELLIN, V. L. *et al.* Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 63, v. 4, p. 555-60, 2010.
- COUTINHO, G. C. **Metodologias ativas de ensino na graduação em terapia ocupacional: estratégias que possibilitam a integração das disciplinas no modelo departamental**. 2011. 240f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade del Mar, Chile, 2011.
- CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.
- DELLAROZA, M. S. G; VANNUCHI, M. T. O. **O currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: do sonho à realidade. São Paulo: Hucitec, 2005.
- DELORS, J. (Coord.). **Os quatro pilares da educação**. In: **Educação: um tesouro a descobrir** (p. 89-102). São Paulo: Ed. Cortezo, 1998.
- DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Bol. Téc. Senac**, v.27, n.3, 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/index.asp>>. Acessado em 25 out. 2015.



- _____. **Formação do Trabalhador: Produtividade e Cidadania.** Rio de Janeiro: Shape Editora, 1995.
- DEWEY, John. **Experiência e Educação.** 2ª ed. (R. Gaspar, Trad.). Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2011. (Obra original publicada em 1938).
- FOUCAULT, M. Arqueologia do saber. In: DREYFUS, Hunbert; RABINOW, P. Michel Foucault, **uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forence Universitária, 1995, p. 231-249.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2004.
- _____. **Educação e mudança.** 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- GALINDO, M. B.; GOLDENBERG, P. Interdisciplinaridade na graduação em enfermagem: um processo em construção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 61, p.18-23, 2008.
- GARCIA, M. M. A. **Pedagogias críticas e subjetivação: uma perspectiva foucautiana.** Petrópolis: Vozes, 2002.
- INGOLD, Tim. **Being Alive: Essays on Movement, Knowledge and Description.** London: Routledge, 2011.
- KLOH, D. **Integralidade do cuidado à saúde nos projetos político-pedagógicos dos cursos de enfermagem de Santa Catarina.** 2012. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- KOIFMAN, L. 'O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, vol. VIII, n. 1, p. 48-70, 2001.
- LIBÂNEO, J. C. Reflexividade e formação de professores: outra oscilação do pensamento pedagógico brasileiro? In: PIMENTA, S. G.; GHEDIN, E. (Org.). **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- LOPES, A. C. Teorias pós-críticas, política e currículo. **Rev. Educação, Sociedade & Culturas**, v. 1, n. 39, p. 7-23, 2013.
- MARQUES, C. M. S. **As competências crítico-emancipatórias e a formação de trabalhadores de nível médio de enfermagem.** 2007. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) , Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 1411-1416, 2004.



- MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. (Supl 2), p. 2133-44, 2008.
- MORIN, E; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. **Educar na era planetária**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- PERRENOUD, P. **Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza**. Trad. Cláudia Schilling. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- POPKEWITZ, T.S. História do currículo, regulação social e poder. In: SILVA, T.T. **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- RODRIGUES, R. M.; CALDEIRA, S. Movimentos na educação superior, no ensino em saúde e na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 5, p. 629-36, 2008.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G.; KOIFMAN, L. **Integralidade do currículo de medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação**. In: MARINS, J.J.N. (Org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.
- SANTOS, S. M. P dos. **Graduação em Enfermagem: um olhar sobre o currículo na perspectiva de gênero**. 2011. 144f. Dissertação (Mestrado em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- SAUPE R. (coordenador). Projeto Político Pedagógico dos Cursos de Enfermagem Projeto de pesquisa financiado pelo CNPq. Relatório Final. Florianópolis: CNPq, 2001.
- SCHÖN, D. A. **Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.
- SILVA, G. M.; SANTOS, A. D.; ARAUJO, M. I. O. **O Papel do professor de prática de ensino na comunidade na graduação em Enfermagem**. In: SANTOS, L. R. O.; COSTA, J. J. (Orgs.). Práticas de ensino na comunidade: conceitos, contextos e dialogicidade. Aracaju: Criação Editora, 2019.
- SILVA, T. T. da. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3.ed. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2010.
- SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-21, mar-abr. 2011.
- TANJI, S. **As competências do docente tutor no contexto da mudança curricular do curso de graduação em enfermagem do UNIFESO**. 2011. 194f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução 192/1999 do Conselho de Ensino Pesquisa Extensão e Conselho de Administração CEPE/CA. Estabelece currículo do curso de graduação em enfermagem a ser implantado a partir do ano 2000. Londrina: UEL, 1999.



CAPÍTULO V

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO NA PERSPECTIVA DOS DISCENTES

DOI: 10.51859/ampla.mma658.1121-5

Glebson Moura Silva

Este capítulo consta dos resultados advindos de questionários aplicados junto aos acadêmicos do curso de Enfermagem de todos os cinco anos que compõe a graduação. Foi necessário conhecer seu perfil e elucidar as estratégias metodológicas que possibilitaram à integração e a formação profissional, assim como as concepções e atitudes destes sujeitos, uma vez que algumas características pessoais podem sugerir aproximação entre o lugar que ocupam, de estudantes, e a construção de seus conhecimentos e posturas.

1. PERFIL DO ESTUDANTE

Em vistas da multiplicidade de conhecimentos, visões, concepções e vislumbradas durante o convívio com estes estudantes e a sua intrínseca relação com as metodologias postas em destaque, foram sistematizados alguns dados como faixa etária, sexo, escolaridade, tipo de escola que frequentou no ensino médio, experiência prévia com metodologias ativas de ensino, pois eles ampliam a visão e análise do objeto de estudo.

Participaram do estudo 157 estudantes: destes 23 (14,7%) eram do ciclo 1; 33 (21,0%) do ciclo 2; 41 (26,1%) do ciclo 3; 30 (19,1%) do ciclo 4; e 30 (19,1%) do ciclo 5. Estes ciclos correspondem ao ano que o estudante está cursando sua graduação, portanto os cinco ciclos do curso de Enfermagem da UFS referem-se a cinco anos. Convém inferir que o ciclo 1 é conhecido como ciclo comum, no qual o estudante está inserido em grupos multidisciplinares com outros alunos dos diferentes cursos de graduação do Campus.



Nestes grupos, eles são introduzidos nas metodologias ativas e durante todo o primeiro ano é proposto fazer discussões e práticas integradas com foco em competências cognitivas e relacionais. Argumento que pode ser validado por Marin et al (2010) quando, em seu estudo com base em metodologias ativas, apontaram que a proposta de trabalho por ciclos é a mais coerente e visa a integração entre os conhecimentos propedêuticos e clínicos, as disciplinas e as dimensões biopsicossociais.

Assim, este aluno permanece estudando por atividades, denominadas de Tutorial, Prática de Ensino na Comunidade e Habilidades e Atitudes em Saúde. Nelas, o foco não é a disciplina, mas os problemas fictícios ou a realidade social, como relatado por um estudante: *“Nós estudamos por meio de problemas que os professores elaboram, aí precisamos de livros de diferentes disciplinas para resolver o problema”* (Estudante 17). Esta fala, além de sinalizar como as atividades funcionam, informa que a base para resolução dos problemas é o livro didático.

Esta informação corrobora com Piancastelli et al (2009) ao apontar que o conhecimento científico é foco de discussão e apropriação para a tomada de decisão que deve ocorrer em grupo, uma vez que se espera atribuição de significados de complementaridade, interdependência, disposição para compartilhar objetivos, decisões e responsabilidades, aprimoramento das relações interpessoais e valorização da comunicação. Validado pelo estudo de Gomes et al (2010) quando apontou que essa dinâmica de estudo foi aprovada pelos estudantes de seu estudo, e consideraram obter um melhor entendimento da importância dos conteúdos, da dinâmica do trabalho em saúde, da convivência e da interação com os estudantes de outros cursos.

A faixa etária predominante foi entre 16 e 21 anos de idade (55,4%); seguida dos que estavam entre 22 a 27 anos (34,3%); estas duas faixas etárias juntas representam 89,7% dos respondentes. Estes dados estão imbuídos de significado, pois considerando a faixa etária na qual se situa a maioria dos estudantes, elas podem impactar nos resultados advindos de sua concepção, seja pela maturidade frente à compreensão metodológica ou criticidade necessária para interpretar as políticas governamentais para a graduação e o exercício profissional, o que pode transcender as questões relacionadas ao significado que esses sujeitos dão a suas experiências.

Um bom exemplo foi a reformulação na saúde, iniciada com a Reforma Sanitária e garantida pela Constituição Nacional (1988) que determinou à gestão do SUS o



ordenamento da formação de mão-de-obra na saúde. O Programa de Saúde da Família surgiu como uma estratégia de operacionalização desse novo sistema. Um novo mercado de trabalho que dita uma construção social contínua provocada pela mudança na concepção do processo saúde/ doença. Este mercado impulsionou a mudança dos paradigmas vigentes até então, e por consequência, tem mudado a educação dos profissionais de saúde, com introdução das metodologias ativas, e sua escolha de campo de atuação (ITO et al, 2006).

Quanto ao sexo, 38 (24,2%) pessoas eram do sexo masculino e 119 (75,8%) do sexo feminino, o que reflete a predominância de mulheres na graduação em Enfermagem. Culturalmente, a predominância feminina é uma marca da maioria dos estudos que tem a Enfermagem como foco, pois faz parte da constituição histórico-social da profissão. Muitas pesquisas reforçam estes resultados: em estudo realizado em 1987, em duas escolas de Enfermagem da cidade de São Paulo, 98,04% dos estudantes participantes eram mulheres (HORTA et al, 1988). Em outra pesquisa cujo objetivo foi descrever o perfil de alunos de enfermagem de escolas públicas e privadas de Minas Gerais, em 1995, 88% dos participantes eram mulheres (NAKAMAE et al, 1997). Em uma escola da cidade de São Paulo, em 2004, 92% dos alunos que responderam à coleta de dados também eram do sexo feminino (SANTOS; LEITE, 2006). Em trabalho realizado em 2005, em duas instituições de ensino do município do Rio de Janeiro, em ambas as instituições, respectivamente 85,5% e 89,1% dos alunos participantes foram mulheres (SPÍNDOLA et al, 2008). Outro estudo realizado em 2011 apontou um perfil de acadêmicos de Enfermagem de 70% de mulheres e 30% de homens (CORRÊA et al, 2011). Assim, esses estudos, realizados em locais diferentes, anos diversos e em escolas públicas e privadas, mostram um dado já bastante conhecido que é a predominância de mulheres na graduação em enfermagem, tendo em vista, a construção sociocultural em torno dos gêneros em nossa sociedade.

Ao longo do tempo, o cuidado sempre foi associado à figura feminina, por isso este perfil. Talvez, ele pode refletir na forma como as metodologias de ensino são aceitas e implementadas nas escolas, seja para manutenção ou mudança desta concepção. Todos os autores citados corroboram que estas escolas estavam mais abertas a metodologias de ensino que favorecessem a construção de um perfil



transformador de aluno. Que não se adaptasse à realidade vigente, mas tentasse modificá-la por meio de ações cuidadoras mais humanas e integrais.

Ao informarem sobre a escolaridade, apenas oito alunos (5,1%) já haviam cursado outra graduação antes de iniciarem o curso de enfermagem, enquanto 149 (94,9%) alunos estavam na primeira graduação. Destes, um grande percentual estudou o ensino médio em escola pública (61,1%), seguido dos que estudaram em escola privada (38,9%). Dados que se fazem relevantes neste cenário, uma vez que a vivências metodológicas de ensino anteriores a graduação em Enfermagem, pode ser um fator relevante para a aprendizagem permeada pelas metodologias ativas.

Assim, ao analisar os dados relativos à natureza da instituição de ensino na qual os participantes cursaram o ensino médio é algo esperado e refletido em outros estudos, como o realizado em 2011 quando apontou que 56% dos ingressantes na graduação em Enfermagem eram procedentes de escola pública (CORRÊA et al, 2011). Também reflete a atual política governamental de incentivo e inserção de alunos de escola pública no ensino superior por meio de cotas, a fim de oportunizar a inserção do estudante na educação superior e a sua inclusão social (SPÍNDOLA et al, 2008). Então, a partir de agosto de 2012, foi sancionada a Lei nº 12.711/2012, que garantiu a reserva de 50% das matrículas por curso e turno nas universidades federais e institutos federais a alunos oriundos integralmente do ensino médio público (BRASIL, 2012).

Outro dado relevante foi a quantidade de estudantes com experiência anterior em metodologias ativas, uma vez que a maioria destes (96,8%) não possuía tal vivência nos métodos ativos empregados na Universidade Federal de Sergipe (UFS), denominados de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Metodologia da Problematização (MP). E, dos alunos que possuíam experiência metodológica anterior, todos tinham ensino superior completo, ou seja, experiência tida em outra graduação. Porém, informaram que tal experiência ocorreu em uma disciplina específica e não enquanto uma diretriz curricular, ou seja, experiências isoladas com observação da realidade ou uso de problemas para condução do processo de ensino.

Portanto, esta foi uma característica predominante entre os estudantes – tiveram o primeiro contato com as metodologias ativas na graduação na UFS. Assim, em busca de um aprofundamento, foram cruzadas todas as variáveis do perfil destes estudantes e encontradas correlações significativas entre a faixa etária do indivíduo e a



experiência anterior em metodologias ativas ($p = 0,038$ / Pearson = 0,055), demonstrando que existiram diferenças significativas entre os grupos, divididos por ciclos, porém são variáveis independentes, ou seja, não existe uma tendência entre elas, o que demonstra que a idade não aumenta a probabilidade desta pessoa ter tido contato anterior com as metodologias ativas.

Este contexto de probabilidades permitiu pensar que esta realidade é contextual e envolve a forma com que o sujeito convive com seus conhecimentos e as oportunidades de aprendizagem que obteve. Neste estudo, os indivíduos parecem desconhecer, quase totalmente, qualquer base teórica e/ou conceitual destas metodologias, mas a legitimidade desta assertiva só se mostra com as concepções e atitudes tensionadas por meio da experiência de novas práticas educativas que, para Gomes et al (2010), pode provocar a construção de novos conhecimentos e a interlocução de saberes, propiciada pela articulação da academia com os serviços de saúde, por meio da estruturação curricular orientada pela integração.

2. CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO DE ENSINO

A abordagem aqui proposta objetivou identificar os conhecimentos dos estudantes acerca do processo de ensino com foco nas metodologias ativas, no sentido de obter uma visão panorâmica sobre os modos de ver e sentir no meio que os circunda e a relação com as atitudes deferidas, pois ao falar, se descortinam informações antes restritas a suposições. Para tanto, dentro deste eixo foram elencadas algumas categorias a exemplo de: objetivos do processo de ensino, condução docente, conteúdos selecionados de acordo com a atividade, recursos didáticos empregados, bibliografia proposta e processo de avaliação, conforme observado na Tabela 1.



Tabela 1 - Conhecimentos dos Estudantes sobre o processo de ensino com metodologias ativas aplicadas na Universidade Federal de Sergipe, Brasil, 2017.

Ciclo	Conhecimentos sobre o Processo de Ensino					
	Fatores importantes para a compreensão metodológica					
	Objetivos	Condução	Conteúdos	Recursos didáticos	Material bibliográfico	Avaliação
Ciclo 1	21 (13,4%)	17 (10,8%)	20 (12,7%)	16 (10,2%)	18 (11,5%)	17 (10,8%)
Ciclo 2	32 (20,4%)	30 (19,1%)	31 (19,7%)	29 (18,5%)	28 (17,8%)	32 (20,4%)
Ciclo 3	38 (24,2%)	32 (20,4%)	34 (21,7%)	26 (16,6%)	30 (19,1%)	31 (19,7%)
Ciclo 4	28 (17,8%)	25 (15,9%)	28 (17,8%)	21 (13,3%)	24 (15,3%)	20 (12,7%)
Ciclo 5	25 (15,9%)	20 (12,7%)	22 (14,0%)	17 (10,8%)	22 (14,0%)	17 (10,8%)
Total	144 (91,7%)	124 (78,9%)	135 (85,9%)	109 (69,4%)	122 (77,7%)	117 (74,4%)

Neste cenário, os alunos foram questionados quanto aos conhecimentos sobre o processo de ensino, no que concerne a fatores importantes para a compreensão das metodologias de ensino praticadas pelos docentes. Para melhor exposição dos dados, foram apresentados por ciclo de ensino a fim de elucidar as informações aqui contidas. Quanto aos objetivos de ensino, os alunos que cursavam o ciclo 3 (24,2%) foram os que apresentaram melhor compreensão, seguido dos que cursavam o ciclo 2 (20,4%) e ciclo 4 (17,8%), todavia foi notória certa homogeneidade nesta informação, com pouca variação entre os ciclos, pois o ciclo 1 e ciclo 5 apresentaram (13,4%) e (15,9%), respectivamente. Esta coerência e entendimento não foram notados também nos discursos, uma vez que a compreensão dos objetivos se apresentou mista de sentidos.

Para alguns alunos os objetivos eram do processo educativo e postos no projeto pedagógico do curso, como visto na fala: *“Os objetivos são claros e está escrito no PPC. Sei que precisamos ter uma formação generalista, crítica e reflexiva”* (Estudante 31). Enquanto para outros, o foco foram nos objetivos de aprendizagem, que são construídos cotidianamente para a solução dos problemas que orquestram as aulas: *“Geralmente os objetivos dos problemas unem as matérias e a gente consegue se organizar para estudar”* (Estudante 14); *“Os objetivos são claros, às vezes não são seguidos na íntegra, mas depende de cada problema”* (Estudante 75); *“São muito claros, fazemos isso diariamente com o professor e é percebido pelo desenvolvimento dos alunos ao longo da discussão, e pela didática dos professores”* (Estudante 107).

Dessa forma, apesar de focarem em objetivos diferentes, eles são complementares, pois os objetivos aventados oficialmente servem de diretriz para



definição das metodologias e perfil profissional, conseqüentemente, se associam aos objetivos de ensino e aprendizagem, sejam através de disciplinas ou de atividades. E, é na clareza dos objetivos que reside a compreensão do processo de ensino que refletirá diretamente nos conhecimentos adquiridos ao longo do curso e nos processos que se seguem durante as discussões em grupos tutoriais, de habilidades ou de práticas na comunidade, como na fala: *“Geralmente as atividades estão caminhando juntas, usando os mesmos objetivos. Isso facilita bastante o processo de aprendizagem”* (Estudante 98).

Assim, o reconhecimento dos alunos de que os objetivos apontam para a unidade que se espera do processo pedagógico com integração de atividades nos mais diversos cenários nos quais a aprendizagem pode acontecer vai ao encontro de ideias já debatidas e explicitadas por inúmeros autores, como Brant (2005), Feuerwerker e Ceccim (2004), Perrenoud (2002), e Alarcão (2005), ao indicar que a mudança na graduação das profissões de saúde pode iniciar com a integração das atividades e a clareza exposta nos objetivos de aprendizagem.

Para a condução do processo de ensino, também houve certa homogeneidade entre os ciclos 2 (19,1%) e 3 (20,3%) que compartilham a visão de que existe coerência entre as metodologias ativas propostas para a graduação e a condução do processo efetivada pelos docentes, seguido dos ciclos 4 (15,9%) e 5 (12,7%), finalizando com o menor percentual de compreensão dos alunos do ciclo 1(10,8%), o que é compreensível, uma vez que estes alunos ingressantes estão vindo de um ensino médio estruturado em outros moldes, e, até se consolidar o entendimento destes estudantes em torno da proposta metodológica da UFS, pode levar algum tempo. Todavia quando analisados cada grupo isoladamente, os alunos do ciclo 5 representam a maior quantidade de pessoas que referem não ter clareza quanto ao processo de ensino adotado. Esta informação é significativa, uma vez que indivíduos em conclusão de curso refletem desentendimento dos processos, sendo algo a se refletir em busca de elucidação.

Têm-se algumas pistas desse obscurecimento do processo de condução das atividades, na visão dos estudantes em processo de conclusão: referem que é a primeira turma do campus universitário, ou seja, iniciaram junto com os docentes, em sua maioria bacharéis que, assim como os alunos, podem não ter tido experiência anterior em métodos ativos de ensino: *“Como somos a primeira turma, foi um pouco complicado seguir as aulas como deve ser”* (Estudante 140); *“Às vezes a aula não rende muito*



aprendizado pelo fato de o professor não ter experiência com o método” (Estudante 127); estudaram tendo por base um plano previamente elaborado e aprovado pela instituição, do qual não participaram nem opinaram em prol de melhorias: “O plano de ensino foi formado antes de começar as aulas e os alunos não foram ouvidos para conduzir a montagem e modificação do mesmo” (Estudante 133).

Estes alunos também sinalizaram divergências de condução das aulas por parte do docente; fato que confunde o aluno ou obscurece seu discernimento quanto a melhor maneira de aprender: *“Cada professor traz um modo diferenciado de ensino-aprendizagem o que muitas vezes acaba dificultando” (Estudante 149); “Algumas conduções e a disputa entre os alunos gera perda de rendimento e diminui a homogeneidade na expressão dos conhecimentos por parte dos alunos” (Estudante 154);* apontaram que as turmas iniciais eram muito grandes, uma vez que o corpo docente ainda não estava completo, os concursos para professores foram realizados gradativamente com a avançar dos anos letivos: *“O PBL funciona melhor em grupos de até 12 pessoas, quando a metodologia é aplicada em grupos grandes, acaba empobrecendo a discussão, retraindo os alunos e o professor perde o controle do grupo” (Estudante 157).* Talvez estes acontecimentos reflitam diretamente na compreensão atual destes alunos, seguida pelos discentes que ainda estão em processo de amadurecimento quanto à imersão no método.

Estas informações levam a inferir que os resultados finais poderiam ser ainda melhorados, a depender da continuidade, da persistência e da qualificação nos métodos de ensino que confirmam mais autonomia e responsabilidade aos estudantes na construção de seu saber. Para transformarem as práticas hegemônicas de ensino no campo da saúde, que para Gomes et al (2010) legitimam as concepções centradas no protagonismo do professor e na passividade do estudante. Ou seja, torna-se necessário não apenas melhorar estrutura de sala de aula, mas organizacional no sentido de obedecer aos princípios do método referente a quantidade de aluno por grupo de discussão, qualificação docente e abertura de espaço para a participação do discente na construção dos processos educativos.

Um fato relevante foi que estes indivíduos desconheciam qualquer base teórica e/ou conceitual destas metodologias e se viram ‘obrigados’ (expressão usada pela maioria) a se adaptar a um método que ainda não tinham sido convencidos como o



melhor: *“não sei quem escreveu sobre as metodologias ativas, não sei de onde veio nem pra onde vai, mas eu prefiro o jeito que estudei no ensino médio, de forma tradicional”* (Estudante 21). Este contexto de incertezas reflete que esta mudança é contextual e envolve a forma com a qual o sujeito convive com sua aprendizagem, uma vez que a mudança sem participação efetiva dos sujeitos pode gerar resistências. Assim associa-se a Perrenoud (1999) quando apontou a relação entre mudanças escolares e sociais, enfatizando ser utópica aderir às propostas de reforma sem resistências. Por isso, esta resistência representada pelo aluno, ao questionar e não se adaptar às metodologias propostas: *“prefiro o método tradicional, aprendia mais”* (Estudante 18).

Perrenoud (1999) foi bastante crítico ao citar que o desejo de mudança da escola para adaptá-la a contextos sociais, na maioria das vezes, não é partilhado pela escola e, se constitui em desejo frequentemente frágil, limitado a discursos. Prossegue afirmando que o discurso da preocupação com a eficácia, a eficiência e a qualidade da educação escolar, na verdade, pretende manter o adquirido, gastando menos, pois o Estado não detém os recursos adequados para desenvolver a educação. E finalmente destaca que por essas razões, nem sempre os indivíduos aderem às propostas de reforma sem alguma reação.

É pertinente esta citação, pois traz à tona a necessidade de corresponsabilização, participação e empoderamento dos estudantes nos processos de mudança. As imposições e obrigatoriedades geram resistências ou subversões que não estão restritas à população discente. E assim seguem-se os pilares de um novo modelo de escola, de currículo e, principalmente, de trabalho docente orquestrado por metodologias ditas inovadoras, e se colocam, em segundo plano, os demais problemas que o ensino enfrenta como problemas de acesso e permanência, que estão ligados a questões de investimentos, tanto na educação, quanto na geração de emprego e renda (VIEIRA, 2002). Refletido na fala: *“muitos alunos desistem no primeiro ano por não se adaptar ao método”* (Estudante 84).

Também se fez necessária *“a capacitação de professores para as metodologias ativas”* (Estudante 61), ela foi uma necessidade presente nos discursos. O princípio é de um profissional autônomo, crítico e reflexivo, que possa dar continuidade às ações inovadoras no processo ensino. Assim, os professores devem ser capazes de estimular o aluno, permitindo o exercício da pergunta e a imersão do mesmo em sua realidade.



Ele deve assumir uma posição de facilitador nesse processo, para que revelasse experiências coerentes e importantes, despertando no aluno, um comportamento investigativo diante do mundo (BORGES; ALENCAR, 2014). O que pode ter sido um fator limitante nos discursos dos alunos, pois a noção de autonomia referida estava apenas associada ao estudo autodirigido (realizado fora da sala de aula), enquanto que este sujeito deve ser tratado enquanto ativo e independente, imerso na vida social e política, que não se limita apenas ao seu campo pessoal de ação e vivência, mas também envolve, em seu perfil, a construção de uma autonomia do pensar, e não apenas do ser e fazer (SERAFINI, 2012).

Na pedagogia libertadora freireana, esta autonomia supõe um ensino voltado ao diálogo, à liberdade e a uma busca constante do conhecimento participativo e transformador, em que o ser humano é entendido como sujeito de sua própria aprendizagem, e não como mero objeto passivo e heterônimo diante do saber. Devem ser levadas em conta a experiência e a forma de ver o mundo do educando, para que esta aprendizagem seja efetiva. A educação, hoje, não se caracteriza por mero dever de transmitir informação, mas visa fomentar e resgatar as potencialidades individuais do sujeito aprendente, objetivando a construção de um conhecimento coletivo, onde a experiência de um se correlaciona com a vivência de outro (FREIRE, 2004). Ou seja, é uma autonomia entre seres humanos com o objetivo de aprender e apreender o mundo, sendo mais abrangente que autonomia de estudar sozinho, ler um livro, um artigo ou qualquer outro elemento, pois sobrepõe esta obrigatoriedade muitas vezes já referida pelo docente em sala de aula.

Algo que Vieira (2002) se mostrou preocupado, pois este perfil é da constituição do professor como um trabalhador autodisciplinado, isto é, participante dos interesses e da missão da escola, trabalhador cuja identidade passa a ser marcada pela adesão, geralmente às demandas do mercado. Desse ponto de vista, os saberes da experiência são eliminados em favor da cultura da empresa.

Faz-se necessário, então, construir e talvez reconstruir novos rumos para a educação autônoma e consciente, respaldando o aprendizado para a vida, procurando orientar o aluno para uma via de produção coletiva, mas desenvolvendo a autonomia em cada um. Autonomia de saber escolher para tomar decisões, ser capaz de criar, respeitando a ética, em meio à coletividade. Autonomia que exerce papel essencial na



concepção problematizadora, na qual o ato de aprender não é passivo, e nem o ato de ensinar se resume em depositar informações, mas um processo que acontece no contato do educando com o mundo vivido, o qual está em constante transformação (SERAFINI, 2012).

No entanto, Freitas et al (2009) sinalizaram que para se efetivar, as mudanças propostas deverão ser aceitas e incorporadas pelos estudantes e corpo docente, pois sabe-se que a resistência entre os envolvidos existirá, mesmo com variação de níveis, já que o processo educativo envolve mudança na própria visão de ensino, aprendizado e prática profissional.

Quanto aos conteúdos e sua adequabilidade ao ciclo que estavam cursando, os alunos do ciclo 3 (21,7%) mantiveram a liderança na compreensão desta adequação, seguido dos alunos do ciclo 2 (19,7%) e 4 (17,8%). Para esta variável houve diferenças significativas entre os grupos ($p=0,04$) com correlação positiva entre as variáveis (Pearson=0,04), quando associada ao critério de escolaridade, demonstrando que o entendimento dos conteúdos aumenta quando aumenta a escolaridade do sujeito, ou seja, aqueles sujeitos com ensino superior completo apresentaram melhor compreensão da organização e implementação dos conteúdos dentro das atividades do curso.

Todavia, essa experiência não foi significativa ($p=0,07$) ao cruzar esta informação com a experiência anterior em métodos ativos, o que demonstra não haver correlação entre ter vivenciado o método com melhor compreensão conteudista. Dado que fez relação com a discussão efetivada na seção 2 desta tese quando apontada, nos estudos selecionados, que não houve associação entre melhor apreensão de conteúdo e metodologias ativas, sendo a cognição, advinda dos conteúdos cientificamente formulados, um dos principais objetos de estudo nesta área por ser considerada um dos contrassensos encontrados em espaços que utilizam destas metodologias.

Neste contexto, Berbel (1998) inferiu que o conteúdo deve partir da visão de um ensino integrado com as diferentes áreas de conhecimento, pelo qual os alunos aprendem, primeiramente, a aprender e se preparam para resolver questões relativas à sua futura profissão. Fatos que puderam ser notados nas falas a seguir: *“O conteúdo teórico está relacionado com as atividades práticas”* (Estudante 90); *“Os assuntos são vistos de modo didático e ilustrativo, com vivências profissionais”* (Estudante 95).



Ficou perceptível nas falas dos estudantes, a busca desta integração de conteúdos, a fim de subsidiar o futuro profissional na tomada de decisão: *“Os assuntos abordados, geralmente se relacionam ou com uma disciplina ou com as duas”* (Estudante 102); *“Por estarem interligadas, o assunto que se estuda no tutorial (por exemplo), logo se vê na prática de PEC e Habilidades, então dá pra absorver bem os assuntos”* (Estudante 07); *“Os conteúdos são relacionados e aplicados de forma linear e associada”* (Estudante 19); *“Os assuntos apresentados e abordados no tutorial dão sequência nas aulas de habilidades e PEC, aumentando o conhecimento de determinados assuntos em outras áreas”* (Estudante 148); *“As unidades temáticas estão interligadas e devido a isso os conteúdos são explorados de diversas formas”* (Estudante 153).

O sentido oposto também pôde ser percebido quando retratado como fora de contexto, sequenciamento ou orientação para que este sujeito focasse objetivamente nos temas ou situações-problema propostos: *“Os módulos deveriam sempre se interligar, mas na maioria das vezes não ocorre, acho que falta planejamento entre eles”* (Estudante 115); *“Muitas vezes um tema abordado numa disciplina está fora de contexto com a outra”* (Estudante 1); *“O problema nos conteúdos é que às vezes nos perdemos por não saber o que estudar ou até onde estudar”* (Estudante 84). De forma geral, os alunos compreenderam os conteúdos para estudo, mas conseguiram vislumbrar dissonâncias ao longo do ano letivo, demonstrando que essa quebra de relação, integração e planejamento afetou o processo de aprendizagem. E, é neste contexto que o método pode despertar nos estudantes a sensação de que não sabem o que deveriam estar aprendendo, o que pode estar associado à carência de suporte apropriado (WOOD, 2003).

Essa integração demanda a organização do conteúdo de modo que o estudante compreenda o porquê das ações, dentro das atividades do curso, propiciando oportunidade para o desenvolvimento de diversas aptidões, tanto teóricas como sociais, e que possam explorar temas e problemas além dos limites convencionais das disciplinas (MARINS et al, 2004). Dessa forma, o estudante se torna capaz de desenvolver a consciência crítica, relacionar as informações trazidas e assimiladas durante o curso e o conhecimento reconstruído, aplicado e registrado (PARANHOS; MENDES, 2010). Fatos questionados pelos sujeitos, pela ausência de clareza e assertividade desta integração.



Assim, em busca de informações complementares, foram questionados sobre os recursos didáticos usados que podem favorecer o alcance desta criticidade.

Os alunos do ciclo 2 (18,5%) foram o que apresentaram maior percentual de entendimento em relação ao uso e disposição destes recursos para o andamento das aulas, dentro do método proposto, seguido pelos alunos do ciclo 3 (16,6%). Convém referir que esta foi a categoria com menor número de respondentes (69,4%) dentre todas as outras, e demonstra que pode existir certa confusão ou falta de entendimento dos alunos sobre os recursos didáticos e a importância destes ao processo de ensino.

Assim, considerado neste contexto como um recurso didático, o entendimento sobre o material bibliográfico foi referido em maior proporcionalidade pelos estudantes dos ciclos 3 (19,1%) e 2 (17,8%) que permanecem com maior compreensão acerca da bibliografia proposta para o desenvolvimento das atividades de ensino, assim como sua adequabilidade às atividades e ao ciclo no qual está inserido.

Portanto, ficou explícito para os alunos que responderam a esta questão a existência de certa clareza do que venha a ser estes recursos e sua importância para o processo de ensino, assim como a influência destes na aprendizagem do aluno: *“Os recursos propiciam um ambiente de debate, estimulando as intervenções no momento da discussão” (Estudante 8); “A metodologia exige melhores recursos e outra configuração de estudo” (Estudante 23); “Elas dão um maior suporte para que o aluno participe das atividades” (Estudante 39); “Me leva a ser precursora na busca pelo conhecimento” (Estudante 64); “Com bons recursos e bibliografia tudo fica mais fácil e dinâmico” (Estudante 77); “Torna o aluno mais participativo com senso crítico mais aguçado” (Estudante 85); “Pois se não tiver, não se alcançam os objetivos” (Estudante 104); “Saber sobre a bibliografia nos dá um norteamento” (Estudante 131); “Os tutores nos estimulam a debater e a fazer pesquisas através de fontes seguras e completas” (Estudante 13).*

Eles valorizam os recursos e bibliografia como um guia, uma vez que passam por momentos discursivos cotidianamente e as usam em favor de si mesmos, a fim de estarem preparados para participarem ativamente das discussões. Os recursos são parte da atividade educativa de modo a torná-la mais eficiente (HOUAISS, 2009), e, “dentro deste mundo de troca de experiências e cultura, o docente e seus recursos didáticos terão grande importância para o aprendizado crítico-reflexivo do estudante” (BORGES;



ALENCAR, 2014 p. 123). Pois, como agente integrante participativo deste processo, o educador, ao utilizar dos diversos recursos para ensinar, cria condições de desenvolvimento de práticas desejáveis, seja individualmente ou grupais (CANDAUI, 1991).

A fim de atender às necessidades dessa realidade de estudantes, inseridos em novos contextos metodológicos, é de grande importância o desenvolvimento de didáticas permeadas por uma visão de mundo, ciência, ser humano e educação compatível com a realidade vigente; aí estaria o pilar para a mediação nos processos de elaboração do conhecimento. Assim, estes recursos didáticos assumem sua importância diante das ações efetivadas pelos sujeitos envolvidos no processo de ensino e a aprendizagem que se adquiriu.

Por isso, talvez algumas queixas retratadas pelos alunos pudessem ser legítimas como *“o pouco acervo bibliográfico, a falta de recurso financeiro e material, a sobrecarga de conteúdo, uso da internet por não ter livros suficientes”* (Estudante 16). Elas retratam questões estruturais, de acesso e investimento. Isso pode implicar numa relação parcial do aluno com as atividades do curso, e no não êxito ao conciliar tempo com as ações de projetos. É dito isto, porque o currículo da UFS organizou-se por ciclos, módulos e eixos temáticos, e não por disciplinas, o que resultou em alterações gerais na organização e na gestão deste, além de alterações estruturais nos cursos. A sua operacionalização necessita de estrutura material mais complexa e em maior volume do que o habitual. Assim, Freitas (2005) e Borges e Alencar (2014) sinalizam que essas exigências fazem com que sua efetividade seja mais difícil e onerosa, uma vez que se trabalha em pequenos grupos e com diversificados espaços de aprendizagem.

Quanto ao sistema de avaliação usado pelo docente da UFS, incluiu as avaliações cognitivas e formativas, sendo que a primeira se refere àquelas avaliações que ocorreram a cada fim de módulo e tem caráter essencialmente conteudista; a segunda são avaliações diárias realizadas a cada fim de aula e tem como principal objetivo averiguar questões comportamentais e relacionais. Se percebe que os alunos com maior entendimento dos processos avaliativos foram os do ciclo 2 (20,4%), seguido dos alunos do ciclo 3(19,7%), com diferenças altamente significativas entre os grupos; a maioria dos sujeitos destes ciclos ($p = 0,004$) demonstraram entender o processo



avaliativo e a diferença entre as modalidades de avaliação, e se tornaram mais participativos quanto a sua implementação em sala de aula.

As falas a seguir sinalizam pontos importantes desta relação: *“O principal meio de avaliar o aluno é através da sua participação nas discussões, permite observar o nível de conhecimento de cada um” (Estudante 11); “Todos os dias (de aula) eu estou sujeita a uma avaliação criteriosa dos meus professores. Por isso, me sinto bastante estimulada a expor o conteúdo que aprendi estudando em casa” (Estudante 23); “Porque o método exige a participação do aluno de forma ativa, sendo um “ponto” avaliativo, e a construção do conhecimento de forma coletiva “(Estudante 44); “Torna o aluno ativo com espírito de liderança, isso, incentiva o debate” (Estudante 69); “Favorecem a disputa entre os alunos o que gera perda de rendimento e diminui a homogeneidade na expressão dos conhecimentos por parte dos alunos” (Estudante 138).*

Diante disso, é notório o conhecimento destes estudantes em torno dos tipos de avaliações que são submetidos, assim como sua visão crítica em torno das mesmas, a ponto de inferirem que a avaliação (formativa) além de estimular a participação, a liderança, o sentimento de coletividade, reflete uma obrigatoriedade para que o aluno participe da aula para não existirem penalidades: *“A não participação nas metodologias ativas acarreta em reprovação” (Estudante 18); se observar muito a quantidade em detrimento da qualidade das participações: “A forma de avaliação não é de acordo com a aprendizagem do aluno, e a maioria dos tutores não seguem realmente os itens da avaliação no tutorial (quem fala mais, ganha mais)” (Estudante 37); estimula a competitividade e a disputa porque ‘o falar’ gera nota e elas são indispensáveis para aprovação anual: “Você é sempre avaliado pela participação. Porém, além de estimular gera competição entre os integrantes” (Estudante 71).*

Estas informações foram discordantes das encontradas por Haydt (1995), quando apontou que esta avaliação visou constatar se os alunos, de fato, estavam atingindo os objetivos pretendidos, verificando a compatibilidade entre tais objetivos e os resultados efetivamente alcançados durante o desenvolvimento das atividades. Ainda segundo a autora, esta forma de avaliação representa o principal meio através do qual o estudante passa a conhecer seus erros e acertos, encontrando, assim, maior estímulo para um estudo sistemático dos conteúdos.



Outro aspecto importante destacado, foi o da orientação fornecida por este tipo de avaliação, tanto ao estudo do aluno como ao trabalho do professor, principalmente através de mecanismos de ‘feedback’. Estes mecanismos permitem, então, ao professor “detectar e identificar deficiências na forma de ensinar, possibilitando reformulações no seu trabalho didático, visando aperfeiçoá-lo” (HAYDT, 1995, p.17). Ou, ainda, na definição de Bloom, Hastings e Madaus (1975), a avaliação formativa visa informar ao professor e ao aluno sobre o rendimento da aprendizagem no decorrer das atividades escolares e a localização das deficiências na organização do ensino que possibilitou correção e recuperação.

Ainda assim, na UFS esta avaliação também se processou no âmbito coletivo (grupo de alunos inseridos em sala por estratificação de ano e curso). Neste ponto, um aluno referiu: “*Existe muita dificuldade de entrosamento e cooperação no grupo de estudo*” (Estudante 22) e este aspecto precisa ser considerado no processo, pois a cooperação para o trabalho em equipe, segundo Mitre e et al (2008), é uma das características fundamentais a serem desenvolvidas no perfil do estudante nesse tipo de metodologia. Para os autores, a atividade trabalhada com o propósito de ensinar deve ser valorizada por todos aqueles que dela participam, e também, é importante compreender o processo de aprendizagem como dinâmico e reconstrutivo, envolvendo vários tipos de relações. Melo e Sant’ana (2012) afirmaram que o diálogo constitui uma estratégia norteadora nesse processo, em que permite ao docente avaliar o desenvolvimento do discente de acordo com o relacionamento com o grupo e a sua comunicação.

3. A INFLUÊNCIA DA METODOLOGIA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Neste eixo, foram identificados os conhecimentos dos sujeitos em relação às metodologias ativas em sentido mais amplo, ou seja, as bases teóricas ou filosóficas que estão na razão dessas escolhas, os aspectos nucleares de identificação com os métodos, e a influência deles na formação profissional frente às posturas assumidas. Para tanto, a reflexão girou em torno de algumas categorias: o método no contexto de estudante; a profissão ‘Enfermagem’ no âmbito das metodologias ativas; o sistema de avaliação implementado e a coerência metodológica; e, a relação destas com a visão integral para



a formação de profissionais de saúde. Apresento a Tabela 2 enquanto súmula dos itens discutidos.

Tabela 2 - Conhecimentos dos Estudantes sobre as metodologias ativas aplicadas na Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, Brasil, 2017.

Ciclo	Conhecimentos sobre a Metodologia de Ensino			
	Compreensão de Fatores importantes para a Formação em Enfermagem			
	O método	A profissão	O sistema de avaliação	A visão integral
Ciclo 1	18 (11,5%)	17 (10,8%)	21 (13,4%)	06 (3,8%)
Ciclo 2	27 (17,2%)	31 (19,7%)	31 (19,7%)	10 (6,4%)
Ciclo 3	39 (24,8%)	39 (24,8%)	37 (23,6%)	08 (5,1%)
Ciclo 4	29 (18,5%)	29 (18,5%)	26 (16,6%)	06 (3,8%)
Ciclo 5	25 (15,9%)	25 (15,9%)	25 (15,9%)	08 (5,1%)
Total	138 (87,9%)	141 (89,7%)	140 (89,2%)	38 (24,2%)

Na busca dos Conhecimentos dos Estudantes sobre as metodologias ativas aplicadas, levando em consideração a estratificação por ciclos de ensino, nota-se que a maioria dos estudantes de todos os ciclos entendem ou sabem referir sobre o método de ensino adotado pela instituição, com destaque para os alunos do ciclo 3 (24,8%) e 4 (18,5%), todavia, leva-se em consideração que uma parcela dos alunos não sabem referir sobre as metodologias ativas, pois para esta questão foi obtida 138 respostas que corresponde a 87,9% do total de entrevistados.

Ainda foi relevante, o fato de que a grande maioria dos respondentes inferiu sobre a metodologia de forma bem conceitual ou livresca, e muitos não demonstram entendimento do contexto metodológico, mas uma reprodução de discursos previamente deferidos, seja pelos docentes ou gestão. Refletido nas falas: “A metodologia ativa compreende a autonomia do aluno, na aprendizagem libertadora” (Estudante 9); “Metodologia ativa é o aluno participar do seu processo de conhecimento, tendo autonomia na determinação de suas ações” (Estudante 32); “Metodologia ativa



refere-se ao processo de aprendizagem autogerida, no qual o tutor orienta a discussão e os estudos, indicando referências, capacitando o discente e associa teoria com problemas práticos. Diferente da metodologia tradicional onde conhecimento visto como "propriedade" do professor, ele possui o conhecimento e o dá" (Estudante 46); "Um método que incentiva o aluno a ser crítico, autossuficiente e mais ativo e comprometido com as atividades" (Estudante 66); "Metodologia onde o aluno assume o protagonismo do seu aprendizado" (Estudante 89); "Metodologia ativa é o processo de educação que visa o aprendizado baseado nas problemáticas da realidade" (Estudante 92).

Estes fatos estão em estreita coerência com o que se fala e está escrito em quase totalidade da literatura pesquisada sobre a temática e no projeto político pedagógico do curso. Também ao que Berbel (2011) apontou no Art. 43 da legislação nacional da educação, onde sentencia que a educação superior tem por finalidade estimular o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento crítico-reflexivo, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual.

Assim, pontos importantes mereceram destaque nas falas dos alunos, como a autonomia do estudante para buscar o conhecimento: *"Entendo como um método de ensino onde os alunos buscam o próprio conhecimento. A sala de aula é apenas para discussão" (Estudante 3)*, dado que fortalece a concepção de autonomia vinculada ao estudo autogerido e aos recursos didáticos elencados no eixo anterior. Ficou perceptível que ela está atrelada a busca de referências bibliográficas para o estudo individual e não à autonomia de sujeito no processo de ensino, algo distante do que Berbel (2011) associou ao engajamento do aluno em relação a novas aprendizagens, pela compreensão, pela escolha e pelo interesse, é condição essencial para ampliar suas possibilidades de exercitar a liberdade e a autonomia na tomada de decisões em diferentes momentos do processo que vivencia, preparando-se para o exercício profissional futuro.

Outro destaque é a reflexão crítica em torno de sua vivência, ao relacionar esta qualidade às atividades práticas desenvolvidas no processo de ensino: *"É a busca do conhecimento reflexivo, crítico, resolutivo e de ação. Na metodologia tradicional o conhecimento é passado de forma teórica, sem muita prática, sem experiência com o mundo real" (Estudante 18)*; e o uso de problemas e/ou realidade local como



instrumento para instaurar o processo de aprendizagem: *“A metodologia ativa é um estudo baseado em problemas, tendo o aluno como protagonista”* (Estudante 27). Algo que precisa de amadurecimento, vivência, busca, intervenções, assim, talvez, o uso desta expressão tenha ocorrido mais pelo jargão já enraizado nestes estudantes – Formar profissional-cidadão, crítico e reflexivo (Inciso I do Art. 3º da Resolução CNE/CES 3/2001; PPC, 2012) do que pela compreensão de criticidade que ultrapassa a participação em sala de aula, mas a busca de uma consciência e intervenção social.

Para isso, faz-se uso de situações-problema fictícios ou reais, como suporte para o desenvolvimento desta característica inerente ao profissional em processo de formação, ou seja, eles podem funcionar como estratégia para desenvolver o senso crítico do estudante pela motivação, pois segundo Mitri et al (2008), diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas.

Forte apêlo teórico-prático, protagonismo do aluno, professor como facilitador ou mediador do processo de ensino, também foram explicitados: *“A metodologia ativa é quando os alunos são o centro da discussão em que o professor é o facilitador dessa discussão que sempre vai dá numa prática de ensino”* (Estudante 130). A relação teoria e prática foi muito disseminada na graduação destes estudantes, pois eles referiram que se inicia no primeiro ano de curso e se estende até sua conclusão. O que é posto por estes sujeitos como algo extremamente positivo, pois conseguem associar as discussões em sala de aula com a realidade vivenciada em campo prático.

Para Berbel (1998) essa relação deve ser uma constante, numa dinâmica de ação-reflexão-ação, caracterizando-se esta última como uma ação transformadora, em algum grau. Nesse sentido, o percurso é percebido como uma forma de exercitar a práxis, entendida como uma prática consciente, refletida, informada e intencionalmente transformadora. Uma vez que eles se sentem corresponsáveis pela construção do conhecimento acerca do problema e de alternativas para a sua superação, o que diminui a percepção de controle externo para a realização da atividade acadêmica e contribui para a constituição gradativa de sua autonomia.

O protagonismo do aluno foi outra expressão ‘livresca’ muito difundida e usada pelos acadêmicos e acredito se assemelhar à autonomia antes referida, com o adendo de colocar o ‘estudante no centro do processo de ensino’ (DCN, 2001; PPC, 2012) que



está muito associada à visão destes alunos em sala de aula, suas aspirações e desejos de aprendizagem. O professor deve mediar este processo e não apenas expor os conhecimentos cientificamente elaborados, estando aí a última referência destes alunos, a figura docente que não transmite conteúdos, mas media a aquisição destes.

Visão que vai ao encontro dos escritos de Vigotsky (1988) quando apontou o professor universitário como um agente mediador do processo de ensino, propondo desafios aos seus acadêmicos e ajudando-os a resolvê-los, ou proporcionando atividades grupais que estimulam a cooperação entre os pares. Essa relação professor-aluno e aluno-aluno se tornou de grande importância para o processo de aprendizagem em nível universitário, pois estabelece um elo de ligação e de comprometimento com a construção do conhecimento. O professor é coparticipante do processo e, portanto, deve mediar e orientar seu acadêmico (BORGES; ALENCAR, 2014).

Fato de elevada relevância, uma vez que para a mediação pedagógica ser percebida, lança-se mão de estratégias de ensino que facilitaram a compreensão do estudante dentro das atividades de ensino. O que foi interessante notar que estas estratégias (Tabela 1) tem forte correlação com a compreensão do método ($p=0,01$ /Pearson= $0,01$), demonstrando estarem positivamente relacionadas estas variáveis, logo quanto maior o entendimento metodológico melhor a compreensão das estratégias de ensino adotadas. Ou seja, os alunos com forte compreensão ou imersão nas metodologias utilizadas na instituição apresentaram melhor apreensão e transformou em significado sua prática cotidiana. Assim, mesmo com inúmeras discordâncias ou incompreensões das estratégias adotadas pelo professor, aqueles que as entenderam apresentaram maior facilidade ou abertura para assimilação das metodologias ativas.

Estes estudantes também foram questionados quanto à profissão de Enfermagem, sua compreensão da mesma, competências, adequabilidade às metodologias ativas e sua percepção enquanto profissionais dentro da vivência metodológica. Tais questionamentos refletiram num resultado significativo, uma vez que a grande maioria dos sujeitos 141 (89,7%) conseguiu se perceber Enfermeiros/as e relacionaram as metodologias ativas como fundamentais para esta sensação que vem da formação com ênfase na prática cotidiana. Convém destacar os alunos do ciclo 3 (24,8%) e 2 (19,7%) compondo a maioria dos respondentes com esta compreensão,



porém analisando cada ciclo em sua individualidade temos os ciclos 2, 3 e 4 com quase 100% de respostas positivas para esta questão. Ao cruzarmos estas informações, temos um $p=0,025$ demonstrando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mas as variáveis se mostram independentes (Pearson=0,414), o que reflete que esta percepção não aumenta quando aumenta os anos de estudo, mas está intrínseco a cada ciclo em sua individualidade. Para alguns, esta variável se mostra bem clara, conforme depoimentos a seguir: *“Acho que ter pensamento crítico, seguro e ser firme em suas atitudes me faz perceber profissional” (Estudante 18); “Habilidades técnicas, senso de eterno aprendiz, pesquisador, socializável, ser comunicativo, interagir em grupo, senso crítico, humanístico. Tudo que faço hoje consigo ver em mim no futuro” (Estudante 37); “Percebo que habilidades práticas, conhecimentos teóricos, humanização, escuta ativa, empatia, educação permanente, conhecer a realidade local, são meios de ser Enfermeiro” (Estudante 55); “Percebo minha profissão pela criticidade, capacidade de ouvir, tomar decisões, autonomia. Sem isso não serei um bom profissional que faça a diferença” (Estudante 61); “Através de obter conhecimentos básicos referentes ao curso; possuir habilidades práticas no desenvolvimento de procedimentos; trabalhar a liderança para resolução de problemas encontrados no meio” (Estudante 140).*

Ficou evidente que estes estudantes tem a percepção de si mesmos atrelada a competências, habilidades e atitudes aprendidas no processo de ensino, como: trabalho em grupo, resolução de problemas -*“Algo muito forte no Enfermeiro é o trabalho em equipe, saber reconhecer e resolver problemas; acho que é a metodologia me guiando para ser um bom profissional” (Estudante 10).* Assim como, liderança, escuta qualificada, capacidade crítica, agir eficazmente associada à humanização, ética e conhecimento técnico-científico -*“Para ser enfermeiro, eu precisarei desenvolver a mínima capacidade de ouvir, compreender e agir; visando sempre o bem-estar do paciente com humanização, ética e conhecimento” (Estudante 22).*

Estes fatores estão enraizados na coletividade destes sujeitos como características a serem desenvolvidas durante a graduação em prol de uma formação com base nas diretrizes nacionais. Assim, a aprendizagem centrada nos processos grupais, coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. Borges e Alencar (2014) evidenciam essa aprendizagem enquanto um processo contínuo em que comunicação e



a interação são indissociáveis, na medida em que se aprende a partir da relação com os outros.

Este cenário tem como integrantes as situações-problema que cotidianamente visam desenvolver, além da competência de comunicação interprofissional e o conhecimento técnico-científico, a liderança e a escuta para agir criticamente sem perder de vista a formação cidadã com base na humanização e ética - *“Por meio do conhecimento tecnicocientífico bem consolidado, facilidade em trabalhar em equipe, perfil de liderança, humanização, olhar o paciente de forma integral”* (Estudante 111). Ou seja, entre outras capacidades, esse profissional deverá estar apto, à resolução de problemas de saúde, tanto em nível individual como coletivo; a tomar decisões apropriadas; ao exercício da liderança, da administração e do gerenciamento (BRASIL, 2001).

Portanto, o engajamento deste aluno em relação a novas aprendizagens, pela compreensão, pela escolha e pelo interesse, foi condição essencial para tentar ampliar suas possibilidades de exercitar a liberdade e a autonomia na tomada de decisões em diferentes momentos do processo que vivencia, preparando-se para o exercício profissional futuro. Que para Berbel (2011) contribui para a formação do ser cidadão; por isso a importância de levar os alunos a indagarem aspectos da realidade viva, a fim de mobilizá-los para aprendizados sociais, políticos e éticos.

Assim, convém trazer à tona, a análise de duas variáveis completamente dependentes neste contexto, que foram a ‘compreensão do método de ensino’ em associação com a ‘percepção sobre sua futura profissão’. Nelas, encontramos um $p=0,000$, demonstrando diferenças significativas entre os grupos com dependência altamente significativa entre as variáveis (Pearson=0,000), denotando que quanto maior a compreensão dos estudantes sobre as metodologias ativas, maior foi o reconhecimento da Enfermagem enquanto profissão, com maior esclarecimento do campo de atuação profissional.

Evidenciou-se que na UFS a adaptação em torno das metodologias ativas foi peça central para que os alunos se identificassem com a formação escolhida, pois com o reconhecimento pode vir a aceitação, participação e diminuição das resistências que dificultam o processo de aprendizagem. O termo adaptação foi usado propositalmente, porque esta associação reflete o domínio dos acadêmicos em torno



dos passos sequenciais que são usados nas aulas de tutorial ou prática de ensino na comunidade. Portanto, longe de ser um processo de empoderamento: *“Eu sigo os oito passos do PBL e o Arco da problematização da PEC, eu estou adaptado ao método, posso falar as etapas de olho fechado” (Estudante 39).*

Portanto, um processo dissonante do qual Kleba e Wendausen (2009) descreveram como referente às mobilizações e práticas que objetivam promover e impulsionar pessoas e grupos na melhoria de suas condições de vida, aumentando sua autonomia. Assim, elas podem catalisar ações ou auxiliar na criação de espaços que favoreçam e sustentem processos de mudança; renunciam ao estado de tutela, de dependência, de impotência, e transformam-se em sujeitos ativos, que lutam para si, com e para os outros por mais autonomia e autodeterminação (HERRIGER, 2006).

Outra correlação de alta significância estatística envolveu as variáveis de ‘apropriação da profissão de enfermagem’ (Tabela 2) pelos acadêmicos com as ‘estratégias de ensino’ adotadas (Tabela 1), pois a maioria significativa dos sujeitos ($p=0,001$) reconheceram sua futura profissão nos processos de ensino, refletindo numa relação positiva entre as variáveis (Pearson=0,001), ou seja, os sujeitos que melhor compreenderam as estratégias de ensino adotadas pelos docentes foram os que melhor relacionam sua importância com a formação do futuro Enfermeiro. Como referido por um aluno: *“Eu sei o que é ser Enfermeiro, mesmo ainda não tendo formado, porque as atividades de ensino e a forma que ela é feita aqui na UFS me dá a base para ser um bom profissional” (Estudante 82).*

Na busca de um aprofundamento, foi associado o ‘entendimento da profissão’ (Tabela 2) com os ‘conteúdos’ ministrados em sala de aula (Tabela 1), e encontrados um $p=0,02$ /Pearson=0,02, demonstrando diferenças entre os grupos com dependência entre as variáveis, o que refletiu no quanto estavam imbricadas a compreensão da futura profissão com a relevância que era dada aos conteúdos discutidos no processo de ensino. Conteúdos estes que se propôs ser a base de todas as atividades propostas, uma vez que o ‘tutorial’ funciona por meio da busca de referências científicas para discussão de problemas de papel (situações-problema formuladas pelos docentes como disparador para o processo de discussão em grupos) com foco nos conteúdos a serem aprendidos pelos alunos; a ‘prática de ensino na comunidade’ faz uso dos conteúdos cientificamente comprovados para intervenção na comunidade, após problematização



da realidade local; e a atividade de 'habilidades e atitudes em saúde' usa os conteúdos técnico-científicos para instrumentalizar o futuro profissional de saúde.

Quanto ao processo de avaliação foi outra questão com expressivo número de respostas, com 140 (89,2%) comentários. Destes, o destaque ficou por conta dos alunos do ciclo 3 (23,6%) e 2 (19,7%), porém ao analisar cada ciclo individualmente, ficou evidente que existiu certo equilíbrio entre os mesmos, quanto ao número de respondentes. Ou seja, ao longo do curso, se manteve o entendimento, as dúvidas, os anseios, as discordâncias e concordâncias em relação ao sistema de avaliação, que era dividido em somativo e formativo: o aspecto somativo estava atrelado a avaliações cognitivas (teóricas e práticas) com viés essencialmente técnico-científico, já no âmbito formativo as avaliações eram substancialmente comportamentais (individuais e grupais) e de processo, enquanto habilidades importantes à formação do profissional de saúde, que poderá atuar em equipes multidisciplinares.

Ao buscarmos uma relação entre as variáveis, não foi encontrada diferença significativa entre os ciclos ($p=0,701$) nem dependência entre as variáveis (Pearson=0,188), logo o ciclo que o estudante estava inserido não teve relação com sua compreensão. Todavia, ao eliminarmos a variável ciclo e cruzarmos as informações de Compreensão do método de ensino com Avaliação temos um $p=0,02$ e Pearson=0,02, validando diferenças significativas entre os grupos com correlação positiva entre as variáveis, ou seja, existiu uma dependência entre estas informações, e, quando aumentou a compreensão do método também aumentou o entendimento sobre o processo avaliativo e os procedimentos adotados pela instituição.

Outra forte correlação encontrada foi entre a percepção e entendimento dos alunos, sobre sua futura profissão com sistema de avaliação ($p=0,000$ /Pearson=0,000), também provando a associação significativa entre estas variáveis, assim, quanto mais os estudantes se perceberam enquanto futuros Enfermeiros/as, profissionais qualificados para atuação profissional também aumentou sua criticidade, participação e entendimento sobre as avaliações às quais foram submetidos ao longo dos anos de graduação. Destaque para as seguintes falas: *"As avaliações contribuem para esquecer o conceito de "decorar" e apresentam a possibilidade de desenrolar o conteúdo apresentado que influenciará posteriormente minha prática profissional"* (Estudante 06); *"As avaliações somativa e formativa são os maiores estímulos para o estudo"*



(Estudante 32); *“Nem sempre são boas as avaliações, pois, às vezes, desestimulam o estudante, muitas vezes as avaliações são superficiais”* (Estudante 59); *“Acho muito boas, nos avaliam diariamente, além das provas teóricas e práticas, formando um corpo de avaliação completo”* (Estudante 81).

Ficou notória na fala destes sujeitos, a perspectiva das duas modalidades de avaliações anteriormente citadas, tendo falas de apoio e de rejeição às modalidades avaliativas, citando que estas podem impulsionar a prática profissional por servir de estímulo para o estudo, uma vez que aponta caminhos e fragilidades na aprendizagem, assim como sua completude por serem cotidianas e diversas. Também abordaram a superficialidade delas em dissonância com as metodologias de ensino que eram essencialmente participativas, enquanto as avaliações, em sua maioria, eram arbitrárias e subjetivas; a influência do relacionamento professor-aluno na avaliação formativa no cotidiano das aulas teóricas ou práticas, não refletindo o conhecimento real destes, pesando mais os fatores comportamentais que o conhecimento demonstrado, refletido nas falas: *“As avaliações ainda se baseiam no modelo tradicional. As mesmas deveriam acompanhar a metodologia ativa. Para mim, ainda não evoluíram sobre as formas e períodos de avaliação”* (Estudante 96); *“Algumas avaliações formativas não contribuem na formação. Não acrescentam no conhecimento. Depende muito do relacionamento interpessoal entre professores e alunos”* (Estudante 113); *“Os alunos acabam sendo avaliados pela quantidade de vezes que fala e não o conteúdo. As avaliações não conseguem avaliar de forma coerente”* (Estudante 125); *“As avaliações teóricas favorecem a busca de conhecimento, nas avaliações práticas dificilmente o resultado obtido expressará o conhecimento do aluno. Pois as avaliações são muito arbitrárias e subjetivas”* (Estudante 143).

Para a avaliação deixar de ser um instrumento coercitivo, de domínio e controle por parte do docente e passar a fazer parte do processo de ensino, todos os fatores relatados pelos estudantes precisam ser superados. As avaliações, independente da modalidade, precisam ser processuais, refletidas, criticadas em prol da formação do sujeito e deixar de ser vista com uma moeda de troca ou punição. Associada a essa perspectiva, estão as ações de acompanhamento, apoio e ‘feedback’ constante do professor, tendo em vista alcançar os alvos da solução do problema eleito e



consequente intervenção na parcela da realidade. A avaliação, portanto, deve ser de processo, em que podem participar todos os envolvidos (BERBEL, 2011).

A afirmação de Almeida (1997, p.37), neste ponto, parece clarificar este aspecto do problema: “a concepção transformadora da avaliação formativa, contempla instrumento de tomada de decisão que visa a superação do autoritarismo e o estabelecimento da autonomia do educando”. Esta autonomia relaciona-se ao que se poderia chamar de cerne do processo de ensino e aprendizagem, duplamente estruturado no educando e na própria educação. Em outras palavras, revela o acerto da afirmação de Freire (1999, p.28), esclarecendo que a educação, portanto, implica numa busca realizada por um sujeito, que é o homem. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser objeto dela.

A simples leitura dos conceitos até aqui elencados, demonstra a importância da avaliação como um mecanismo que deve pretender verificar, principalmente, a qualidade do processo de ensino, revelando dificuldades, carências e inquietações dos alunos e reorientando o trabalho do professor, na superação dos fatores limitantes da plenitude possível na aprendizagem. Não se trata de descartar, portanto, a extensão (quantidade) do que é adquirido pelo discente no processo, mas de proporcionar uma sintonia entre os aspectos qualitativo e quantitativo.

Para tanto, Gemignani (2012) já apontava que a avaliação deve ter como meta, ajudar o estudante a amadurecer e melhorar de forma constante. Nesse sentido, a avaliação necessita identificar suas qualidades e facilitar o processo de reconhecimento das suas debilidades. Esse processo, no qual o docente é fundamental, leva o aluno a desenvolver o senso de análise que lhe permitirão planejar a correção de suas deficiências, assim como desenvolver novas estratégias para mudanças na vida pessoal, profissional e social. “Como qualquer outra variável metodológica, as características da avaliação dependem das finalidades que se atribuem ao ensino e aos aspectos de personalidade dos estudantes, ao optar por um modelo de educação integral” (p. 5).

Os alunos também foram questionados quanto a sua formação no que diz respeito à visão integral e sua aplicabilidade na graduação em Enfermagem, uma vez que este discurso está posto não apenas nas DCN (2001) como no PPC (2012) do curso. Este item foi o que teve a menor participação entre os acadêmicos, sendo os alunos do ciclo 2 (6,4%) com o melhor percentual, seguido dos alunos do ciclo 3 (5,1%) e 5 (5,1%).



Mesmo assim, a percepção destes sujeitos, em sua maioria, foi de uma integralidade voltada para o cuidado de Enfermagem, ou seja, baseado no princípio de integralidade do sistema único de saúde – avaliar a pessoa que precisa de cuidados nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais a fim de prestar uma assistência de qualidade. Concepção que ficou notória nas falas que se seguem: *“Para alcançar a integralidade é importante ter a visão global do paciente com a participação e comunicação com a população”* (Estudante 35); *“Para a integralidade precisamos de um espaço bem estruturado e devidamente equipado que contribui positivamente para o desenvolvimento de habilidades que são competentes ao Enfermeiro, como o cuidado”* (Estudante 40); *“Para o enfermeiro é importante conhecer o sujeito, conhecer seus aspectos, processo de saúde/doença, cultura e sociedade para poder intervir nele”* (Estudante 104); *“Ter a formação integral é entender do processo saúde-doença e saber atuar nele”* (Estudante 122)

Todas estas falas trouxeram ao contexto, certa dualidade em torno da visão integral – voltada para a formação e/ou para o cuidado: *“A formação integral envolve aspectos físicos, sociais, emocionais e psicológicos que devemos atentar para o cuidado. Ver o todo e não as partes”* (Estudante 17); *“Levar em conta suas dimensões biopsicossocial. A sua importância condiz com o trabalho humanizado que deve ser desenvolvido de acordo com as necessidades pessoais ou locais”* (Estudante 71). E, o mais interessante em poder vislumbrar estas informações, é que esta dualidade está presente tanto nas DCN quanto no PPC, algo inclusive que é usado para justificar o uso de metodologias ativas; como dito por Carbogim et al (2014) para a formação integral busca-se uma integração multi/interdisciplinar, valendo-se de métodos ativos de ensino-aprendizagem para sua efetivação.

Ainda para suporte desta dualidade, no Inciso I do Art. 3º da Resolução CNE/CES 3/2001, que Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, são percebidas características orientadoras da formação para um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo; qualificado para o exercício da profissão com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos; que seja capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes; que esteja



capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Portanto, essa integralidade enquanto princípio constitucional foi assumida nas DCN (2001) para os cursos de graduação em saúde como dispositivo crítico do ensino, construindo caminhos através do vínculo, do diálogo, da valorização dos saberes diversos, da subjetividade/individualidade e coletividade, da participação social, da humanização, da promoção da saúde, da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, como possibilidades de transformação das ações e práticas de saúde. E, apesar dos múltiplos sentidos na área de saúde, a integralidade que se opõe à fragmentação, desponta como o novo paradigma do processo de formação em Enfermagem, favorecendo a articulação entre as dimensões curativa e preventiva, os enfoques clínico, epidemiológico e social e as abordagens individuais e coletivas, no sentido de reorientar a prática de ensino vigente (CARBOGIM et al, 2014).

Portanto, ainda é necessário mais trabalho, na perspectiva da integralidade da formação, porém o que se vislumbra até aqui é que os estudantes, gradativamente, vêm assumindo novas interpretações para o conceito de integralidade, a ponto de associar a importância desta a si mesmo para que se aproprie e consiga atuar nesta perspectiva, quando profissional - *“Ele deve atender as necessidades de atendimento ao cliente. A formação boa depende do ambiente e recursos existentes. É um local que envolve estrutura física, recursos humanos e naturais. Porque é necessária uma estrutura física adequada para o aprendizado. Se nós não somos vistos de forma integral como vamos passar essa ideia para o cliente”* (Estudante 80). Este argumento, embora único, num cenário de 157 acadêmicos, reflete uma prática crítica diante dos argumentos oficiais ou verbalizações de discursos prontos, reflexão por considerar seu presente e suas futuras intervenções orquestradas neste contexto, e subjetivação aferida pela modulação de sua conduta e identificação de certa consciência.

Assim, imbuído destes significados, convém inferir outros pontos que foram destaques nas respostas dos alunos e merecedores de atenção, como: *“déficit de correlação entre as atividades do curso (PEC, Tutorial e Habilidades), respaldada sempre em muita teoria e pouca prática”* (Estudante 15). Algo sempre complexo para se alcançar, uma vez que estamos diante de um cenário heterogêneo, onde os indivíduos



possuem posturas e opiniões diversas, muitas vezes conflitantes ou desarmoniosas, levando a este arranjo percebido e denunciado pelos estudantes.

Logo, pode vir ao debate a noção de interdisciplinaridade postulada como um dos princípios pedagógicos que estruturam as áreas de conhecimento (BRASIL, 2002). Em nível de lembrança, as atividades de ensino ora relatadas, exercem a mesma proporcionalidade teórica, nos discursos, quando nos referimos às disciplinas, uma vez que estas atividades tem em seu plano de ensino o subsídio das áreas disciplinares.

O Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001, s/n) sentenciou que “para observância da interdisciplinaridade é preciso entender que as disciplinas escolares resultam de recortes e seleções arbitrários, historicamente constituídos, expressões de interesses e relações de poder que ressaltam, ocultam ou negam saberes”. Na perspectiva escolar, a interdisciplinaridade não tem a pretensão de criar novas disciplinas ou saberes, mas de utilizar os conhecimentos de várias disciplinas para resolver um problema ou compreender um determinado fenômeno sob diferentes pontos de vista. “A interdisciplinaridade tem uma função instrumental, trata-se de recorrer a um saber diretamente útil e utilizável para resolver as questões e os problemas sociais contemporâneos” (s/n).

A interdisciplinaridade acontece naturalmente se houver sensibilidade para perceber o contexto de vida e aprendizagem, mas sua prática e sistematização demandam trabalho didático de todos os professores. E, muitas vezes, por falta de tempo, interesse ou preparo, o exercício docente ignora a intervenção de outras disciplinas/saberes/atividades na realidade ou fato que está trabalhando com os alunos. Com efeito, a interdisciplinaridade se dispõe como configuração de modos de trabalhar com encontros, diálogos e conexões entre os saberes (POMBO, 2005).

Assim, essa discussão no campo de formação em saúde, exige um referencial mais próximo à ideia de atitude, como apresenta Fazenda (2003): atitude de buscar alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de reciprocidade que impele à troca, ao diálogo com pares ou consigo mesmo; atitude de humildade diante da limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvelar novos saberes; atitude de desafio diante do novo; atitude de responsabilidade, envolvimento e comprometimento com os projetos e as pessoas.



Foi descortinado por parte dos alunos, principalmente do 1º ciclo, que estas atitudes não aconteciam porque além das deficiências do processo de ensino, existiram questões de ordem pessoal, vistas na fala: *“Existe um grande número de estudantes em sala de aula, associado à timidez destes e/ou a não adaptação ao método”* (Estudante 21), que contextualiza certa dificuldade adaptativa, uma vez que tiveram ao longo de toda a vida, uma educação transmissiva e a participação nas discussões de sala de aula, enquanto uma *“exigência”* metodológica, sempre atrelada à avaliação, foi posta como uma das mais importantes barreiras a serem superadas. Assim, eles referiram sentir necessidade de aulas expositivas, da postura mais passiva em sala de aula, algo há tanto já acostumados. Portanto, refletiram como muito árduo, o processo interdisciplinar para a formação crítica e reflexiva, e a transformação do aluno para um sujeito ativo e responsável por sua própria aprendizagem, fatos concordantes com o estudo de Borges e Alencar (2014).

Todavia, essas características são tidas como fundamentais na metodologia ativa para que a postura e o comportamento dos discentes sejam diferenciados em sua formação, e posteriormente, como profissional. Assim, como ponto positivo alguns estudantes apontaram que *“A vivência e a interação com a comunidade permitem que sejam cada vez mais disciplinados e comprometidos com a realidade social”* (Estudante 14). Houve um exercício profissional por parte dos alunos, o que pode possibilitar uma experiência e preparação profissional. Melo e Sant’ana (2012) endossaram esta vivência ao apontarem a importância dos alunos em ter logo no início do curso a vivência prática, e o contato com os pacientes e a comunidade.

Associado a esta vivência, estes acadêmicos caracterizaram a proposta de metodologias ativas adotadas na UFS e refletiram que, apesar dos mecanismos de resistência e das críticas às suas falhas de execução e estrutura, eles entenderam e assimilaram muitas das características destes métodos - a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Todavia, convém salientar que o material apresentado estava muito estanque, pois caracterizaram o método diante de frases corriqueiramente referidas no ambiente universitário. No mais, pouca reflexão ou aprofundamento em suas potencialidades ou fragilidades, algo que pouco empodera os estudantes para o debate, críticas e sugestões frente aos sujeitos que os propuseram e sancionaram.



Esta superficialidade na caracterização metodológica também foi refletida na concepção de ambiente que eles trouxeram, associada à concepção de formação integral. A saber: *“Na enfermagem o meio influencia nas práticas exercidas, entendendo o meio que o paciente vive podemos buscar a melhor solução para uma atenção integral”* (Estudante 24); *“A reflexão de condutas e ações para uma atenção integral está em ter um ambiente terapêutico”* (Estudante 42); *“A integralidade do cuidado está diretamente ligada com a harmonia do ambiente”* (Estudante 91); *“Todo elemento que está presente ao nosso redor é o ambiente e ele interfere diretamente na atenção integral do paciente, desde o estabelecimento de vínculo”* (Estudante 119).

Assim, assumiram uma visão reducionista de ambiente, associada às atividades desenvolvidas e sancionaram a compreensão integral dentro do processo formativo. Na tentativa de fundamentar esta perspectiva, Ceccim e Feuerwerker (2004) já apontavam que não deve ficar restrita ao aspecto técnico-científico, pois ele é apenas um dos aspectos da formação e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividades, habilidades técnicas, de pensamento e o adequado conhecimento do ambiente para além da ecologia. A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação dos sujeitos, das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da criticidade necessária do processo de trabalho e sua capacidade de cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Colocaria em evidência, a formação para a área da saúde como construção da agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre serviços e gestão e entre atenção à saúde e controle social. Uma vez que, sendo a formação integral uma tarefa pessoal e socialmente necessária, ela deve guardar para com a sociedade compromissos ético-políticos (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Esta perspectiva demonstra a necessidade de alterar a nossa percepção e a forma de nos relacionar com o mundo circundante, modificando a abordagem mecanicista, fragmentada, competitiva e hegemônica para uma abordagem sistêmica, holística, cooperadora e integradora. E compreender que os problemas enfrentados pela humanidade atual já não podem ser entendidos separadamente, mas, sim, de uma forma interligada, interdependente e contextualizada (GEMIGNANI, 2012). É se imaginar como participante imerso num mundo dinâmico. Tendo na participação, não



o oposto da observação, mas a condição para isto, portanto, estamos diante de uma nova perspectiva (INGOLD, 2011).

Para Edgar Morin (2003), a educação do futuro pede uma reforma de mentalidades, pois vai exigir um esforço transdisciplinar que seja capaz de rejunta ciências e humanidades e romper a oposição entre natureza e cultura, visando à perspectiva da integralidade. É preciso ensinar os métodos que permitam enfrentar imprevistos, o inesperado e as incertezas e modificar a forma de estabelecer as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo. É fundamental que as relações humanas saiam de seu estado de incompreensão e incertezas para o desenvolvimento da compreensão humana. A condição humana deveria ser o objeto essencial de todo o ensino. O ser humano é a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico.

Assim, em busca de um ordenamento nos processos de ensino em prol da formação integral, os estudantes apontaram que existe o conflito com o novo método, posto como, em alguns aspectos, doloroso e desumano, a ponto da não adaptação do aluno levar à desistência do curso, para tanto requisitaram que este processo de transição venha a ocorrer de forma mais gradual para favorecer a compreensão do estudante e adaptação ao mesmo: *“De forma geral, precisa de um acompanhamento do discente e uma preparação do mesmo para a nova metodologia, tendo em vista que a grande maioria vem do ensino tradicional e por não se adaptar ao método, acabam desistindo” (Estudante 1).*

A carga horária dedicada ao estudo de conteúdos também foi considerada elevada, referido como um impasse na capacidade cognitiva do estudante, uma vez que muitos destes conteúdos não fazem sentido para o aluno que dele tenta se apropriar: *“Redistribuir a carga curricular do primeiro ciclo, pois além da novidade em relação ao método, também se depara com uma carga muito grande de conteúdos” (Estudante 11).* Assim como, a deficiente infraestrutura e recursos para desenvolvimento do método como salas de aula, acervo, laboratório, equipamentos e campo de prática fora da instituição: *“Mais infraestrutura e recursos, como acervo bibliográfico, mais aulas expositivas em relação a assuntos mais críticos” (Estudante E27);* a falta de articulação entre as atividades (Tutorial, PEC e Habilidades) o que dificulta o processo de teorização e prática discente: *“Relacionar mais os assuntos com as matérias de PEC, habilidades e*



tutorial, acompanhando a teoria com a prática no hospital, no ESF” (Estudante 43); a inaptidão de alguns docentes para condução do processo de ensino, muitas vezes restritos a sanar dúvidas dos estudantes, sem o devido discernimento e aprofundamento das questões postas para discussão: *“Disponibilizar recurso material para facilitar o aprendizado, alocar o professor na área em que ele possui especialização, qualificar o professor, diversificar o campo de estágio, rever a participação dos professores nas discussões para que esses possam contribuir de forma mais intensa”* (Estudante 112); *“Acredito que mudanças vêm para o bem, então se todos pudessem falar em uma mesma concordância entre as matérias estaria ótimo, bem como criar estratégias de ensino para que determinado professor de matéria tal pudesse se comunicar com outro da área afim, e assim criar novas estratégias de ensino”* (Estudante 137).

Fica perceptível que as demandas são muitas e as metodologias adotadas requerem um mínimo de infraestrutura adaptada aos novos métodos, uma vez que o que se propõe é uma mudança curricular e não apenas o desejo docente na aplicabilidade de metodologias e/ou estratégias de ensino. Este currículo está envolto de aportes legais vindos das DCN (2001) e PPC (2012) aprovados nacionalmente e institucionalmente.

Assim, acredita-se que um ambiente adequado, atrelado à qualificação profissional e articulação curricular sanaria a grande maioria dos problemas apontados pelos acadêmicos, mesmo num ambiente de conflitos. Por isso, a importância de considerar os sentimentos de pertencimento, para que haja o bom desempenho das pessoas por meio da concessão mútua ou promovendo a integração de modo assertivo e colaborativo. Nesse sentido, a motivação da pessoa ou do grupo, assim como o objetivo final perante o conflito, contribui para determinar a forma como ele será administrado e vivenciado (MCINTYRE, 2007).

Entendendo que o conflito resulta da diferença entre a apreciação da realidade feita pelos sujeitos em função do lugar que ocupam na organização e de suas intenções, disposições mentais, cognitivas e afetivas, portanto, denuncia o que incomoda e exigem movimentos de mudança (COSTA, 2011). Contudo, estes interesses diversos entre discentes e instituição frente às realidades vivenciadas interrogaram os arranjos instituídos e levou-nos a refletir o quanto urgente é entender os meios de tensão,



identificar causas e atuar sobre elas, com o único objetivo de uma abordagem educacional com vistas a uma formação sustentada nos princípios da integralidade.

Para tanto, convém referir Berbel (2011) quando apontou ser necessária para esta prática pedagógica, a participação coletiva democrática como requisito fundamental para uma aprendizagem com significado, que visa por meio da reflexão, e do compartilhamento de conhecimento, uma formação do indivíduo como um ser que se forma à medida que se relaciona e se apropria da realidade humana. Aliados a práticas cada vez mais reflexivas, críticas e grande comprometimento, será possível viver uma pedagogia promotora da autonomia, que liberte, possibilite o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos.

Fatos concordantes com Candau (1991) quando referiu que o processo de ensino, para ser adequadamente compreendido e assimilado, precisa ser analisado de tal modo que articule consistentemente as dimensões humanas, técnica, política e social. Com isso os conflitos são reduzidos, as conciliações ocorrem de forma processual e as melhorias no ensino se tornam evidentes. Principalmente, se for permeada pela apropriação, posição e inserção dos sujeitos no contexto educativo, pela conscientização advinda da prática reflexiva como uma forma de desvelar a realidade e vencer as subjetividades naturalizadas, ou seja, é descaracterizar os sujeitos e introduzi-los enquanto seres humanos, em sua mais completa integralidade.

Ao vislumbrar tudo que foi dito e discutido em torno da formação profissional em enfermagem, convém adicionar questões que podem estar subjugadas pelos discursos, normas e/ou rotinas dos processos educativos. Ficou evidente que existe o reconhecimento das metodologias ativas para a formação integral pelo menos em dois critérios - integralidade do cuidado e do sujeito -, mas ainda é necessário ir além da crítica e dos conceitos que se repetem.

Como dito por Sommer (2007), muitas vezes, a regularidade de certas palavras no discurso didático, pode não ter conteúdo real ou ser significativa. São apenas generalizações de expressões que não chegam a ser plenamente precisadas ou inteiramente compreendidas, colocando o discurso didático em risco de converter-se em uma linguagem que não diz nada. Para vencer este vazio, é preciso considerar que “a produção de subjetividade é a matéria-prima das forças que induzem os enquadramentos” (FELDENS; SANTOS, 2017, p.87); entender os discursos que compõe



o currículo, pois eles conduzem verdades, atravessam os sujeitos e legitimam formas de significar o mundo (CARDOSO, 2012); e definir finalidades educativas ao processo de ensino, pois os métodos são apenas caminhos que nos permitirão alcançá-las (CHARLOT, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES

Os estudantes que contribuíram para este estudo desvelaram certa exiguidade de apropriação teórica frente aos princípios que regem a proposta pedagógica da instituição, todavia, eles se apresentaram confiantes dentro do processo formativo, com capacidade para se autogovernarem, mas comedidos pelas normas instituídas e pouca capacidade argumentativa para ir além e contribuir de forma mais incisiva em sua graduação. Embora estes sujeitos não dominem plenamente as bases do processo de ensino e mantenham uma prática referenciada por normas de condutas apreendidas no cotidiano, apresentam a capacidade de sinalizar padrões incoerentes com a metodologia empregada institucionalmente.

A compreensão das metodologias ativas e a abordagem integral do currículo se apresentou inconcluso, sendo necessária a superação de falsas dicotomias em favor de um diálogo mais efetivo dentro da instituição de ensino. É essencial considerar que todo e qualquer princípio pedagógico é carregado de consequências, e, ao adotá-los precisamos atentar para o que se deseja ensinar e quais sujeitos irão advir do processo educativo. Esta alusão é necessária porque aponta para implementação de um currículo que atenda as necessidades de uma formação onde o utilitarismo não deve ser o principal objetivo das práticas pedagógicas.

Dessa forma, o papel que a academia assume para desmistificar e fomentar a formação são de elevada importância, assim como na reflexão dispensada ao currículo e a realidade da formação em saúde. Fica a perspectiva de como fazer com que a distância entre as concepções de formação e o currículo de fato sejam vencidas e favoreça a implementação de uma formação com novas possibilidades para pensar o profissional e a sociedade que se encontra com sua história, entenda e transforme realidades, reinventa novas formas de pensar, atuar e viver.



REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, I. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva**. São Paulo: Cortez, 2005.
- ALMEIDA, A. M. F. P. de. A avaliação da aprendizagem e seus desdobramentos. **Revista de Avaliação Institucional da Educação Superior**, v. 2, n. 2, p. 4, 1997.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comun Saúde Educ.**, v. 2, n. 2, p. 139-54, 1998.
- _____. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.
- BLOOM, B. S.; HASTINGS, J. T.; MADAUS, G. F. **Evaluación del aprendizaje**. Buenos Aires: Troquel, 1975.
- BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**. v. 3, n. 4, p. 119-143, 2014.
- BRANT, V. M. R.; BRANT, A. Formação dos profissionais de saúde, o PSF e o SUS. In: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC, 2001.
- _____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 mai. 2014.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012, de 11 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a dignidade humana e proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 ag. 2014.
- _____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação. Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: Ministério da Educação, 2002.
- CANDAU, M. V. **A didática em questão**. 9ª edição. Petrópolis, Editora Vozes, 1991.
- CARBOGIM, F. C; FRIEDRICH, D. B. C.; PÜSCHEL, V. A. A; OLIVEIRA, L. B. DE; NASCIMENTO, H. R. Paradigma da integralidade no currículo e nas estratégias de ensino em enfermagem: um enfoque histórico-cultural. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 1, p. 961-970, 2014.



- CARDOSO, L. de R. **Nos rastros de uma bruxa, compondo metodologias alquimistas**. In: Meyer, D. E.; Paraíso, M. A. (Orgs.). Metodologias de Pesquisas Pós-Críticas em Educação (p. 219-242). Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CHARLOT, B. **A mistificação pedagógica**: realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação. São Paulo: Cortez, 2013.
- CORRÊA, A. K.; SOUZA, M. C. B. M; SANTOS, R. A; CLAPIS, M. J; GRANVILE, N. C. Perfil de estudantes ingressantes em licenciatura: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 933-8, 2011.
- COSTA, E. de Q. **Reforma curricular do curso de graduação em nutrição**: a implicação dos professores no processo de mudança. 2011. Tese (NUTES), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
- FAZENDA, I. **Interdisciplinaridade**: qual o sentido? São Paulo: Paulus, 2003.
- FELDENS, D. G.; SANTOS, A. C. De lobinha a pioneira: subjetividades de mulheres no movimento educacional escoteiro. **Interfaces Científicas** – Aracaju, v. 5, n. 2, p. 79-90, 2017.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2004.
- _____. **Educação e mudança**. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- FREITAS, L. C. Qualidade negociada: avaliação e contra regulação na escola pública. **Educação & Sociedade**, v. 26, n. 92, p. 1-17, 2005.
- FREITAS, V. P.; CARVALHO, R. B.; GOMES, M. J.; FIGUEIREDO, M. C.; FAUSTINO-SILVA, D. D. Mudança no processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **RFO**, v. 14, n. 2, p. 163-167, 2009.
- GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. **Revista Fronteira da Educação**, Recife, v. 1, n. 2, 2012.
- GOMES, M. P. C.; RIBEIRO, V. M. B.; MONTEIRO, D. M.; LEHER, E. M. T.; LOUZADA, R. C. R. O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. **Ciência & Educação**, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.
- HAYDT, R. C. **Avaliação do Processo Ensino-Aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1995.



- HERRIGER, N. **Empowerment in der sozialen Arbeit**: eine Einführung. 3. ed. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.
- HORTA, A. L. M.; BONILHA, A. L. L.; RIBEIRO, M. O. Características e aspirações do atual graduando de enfermagem: comparação entre duas instituições de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, v. 22, n. 3, p. 323-37, 1988.
- HOUAISS, A.; VILAR, M.S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.
- INGOLD, T. **Being Alive**: Essays on Movement, Knowledge and Description. London: Routledge, 2011.
- ITO, E. E.; PERES, A. M.; TAKAHASHI, R. T.; LEITE, M. M. J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 570-5, 2006.
- KLEBA, M. E.; WENDAUSEN, E. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, 2009.
- MARIN, M. J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 13-20, 2010.
- MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. (org.). **Educação médica em transformação**: instrumentos para construção de novas realidades. São Paulo (SP): Hucitec; 2004.
- MCINTYRE, S. E. Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: estratégias individuais negociais. **Análise Psicológica**, v. XXV, n. 2, p. 295-305, 2007.
- MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem, Brasil. **Comun. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 4, p. 327-339, set/dez. 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-755235>. Acesso em: 25 mar. 2017.
- MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. (Supl 2), p. 2133-44, 2008.
- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- NAKAMAE, D. D.; ARAÚJO, M. R. N.; CARNEIRO, M. L. M.; VIEIRA, L. J.; COELHO, S. Caracterização socioeconômica e educacional do estudante de enfermagem nas escolas de Minas Gerais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 31, n. 1, p. 109-18, 1997.



- PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 07, 2010.
- PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens – entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- _____. **A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- PIANCASTELLI, C.H.; FARIA, H.P.; SILVEIRA, M.R. O trabalho em equipe: texto de apoio da Unidade Didática I. [online]. 2009. Disponível em: http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/Texto_1.pdf. Acesso em: 15 janeiro 2017.
- POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Liinc em revista**, v.1, n.1, p. 3-15, mar. 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/liinc/article/view/3082/2778>. Acesso em: 9 dez. 2019.
- PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO. Resolução Nº 18/2012/Conepe. Sergipe: Universidade Federal de Sergipe, 2012.
- SANTOS, C. D.; LEITE, M. M. J. O perfil do aluno ingressante em uma universidade particular da cidade de São Paulo. **Rev Bras Enferm.**, v. 52, n. 2, p. 154-57, 2006.
- SERAFINI, A. M. S. A autonomia do aluno no contexto da Educação a Distância. **Educ. foco**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 61-82, 2012.
- SOMMER, L. H. A ordem do discursos escolar. **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, p. 57-67, 2007.
- SPÍNDOLA, T.; MARTINS, E. R. C.; FRANCISCO, M. T. R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Rev Bras Enferm.** v. 61, n. 2, p. 164-9, 2008.
- VIEIRA, J. S. Política educacional, currículo e controle disciplinar (implicações sobre o trabalho docente e a identidade do professorado). **Currículo sem Fronteiras**, v. 2, n. 2, p. 111-136, 2002.
- VIGOTSKY, L. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 1988.
- WOOD, D. F. Problem-based learning. **British Medical Journal**, v. 326, n. 8, p. 328-330, 2003.



CAPÍTULO VI

EXPERIÊNCIA DOCENTE MEDIATIZADA PELAS METODOLOGIAS ATIVAS

DOI: 10.51859/ampla.mma658.1121-6

Roxane de Alencar Irineu

Neste capítulo serão apresentados alguns resultados de uma das teses de doutorado que fundamentou este livro: “A metodologia ativa e a mediação de gênero na formação superior em saúde: perspectivas de docentes do Brasil e de Portugal” (IRINEU, 2017). A tese em questão teve como objetivo analisar a experiência de docentes no processo de formação no ensino superior com base na utilização de Metodologia Ativa desenvolvida na área da Saúde no Campus Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e em Instituições de Ensino Superior de Portugal. O estudo de natureza qualitativa e inspiração pós-estruturalista, desenvolveu-se com base em fontes de informação teóricas e documentais, priorizando-se a realização de entrevistas semiestruturadas com 14 docentes (oito mulheres e seis homens), dos cursos de graduação em saúde do campus de Saúde de Lagarto/Brasil na UFS, e da Escola Superior de Saúde do Porto (ESS), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e da Escola de Medicina da Universidade do Minho (EM-UM) em Braga/Portugal. Os/as docentes integram os cursos/departamentos de Educação em Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional.

O capítulo tratará de questões referentes a experiência quanto a mudança do método de ensino de acordo com os discursos analisados a partir das seguintes categorias temáticas: demandas sociais e educacionais vinculadas às Metodologias Ativas na docência; integração entre o método e a realidade social; potencialidades e fragilidades do método na prática e reconstrução da identidade profissional.



1. SUBJETIVAÇÃO DOCENTE A PARTIR DA UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA ATIVA: DISCURSO EMANCIPADOR

O trabalho na docência do ensino superior em saúde, nas duas realidades em questão (Brasil e Portugal), tem suscitado experiências profissionais, que ora convergem, ora divergem entre si, visto que são realidades de países distintos do ponto de vista econômico, social e cultural. Compreende-se que os determinados contextos organizacionais e institucionais criam diferentes relações sociais, que são marcadas por contradições e especificidades, experimentados no Brasil e em Portugal.

Nesse sentido, buscou-se compreender qual o discurso que atravessa a fala e a subjetivação dos/as docentes envolvidos com a prática da Metodologia Ativa, tendo em vista que a linguagem e os discursos são instâncias que nos permitem nomear e dar sentido ao mundo ou a realidade. Além disso, bem como afirmou Foucault (2015), a linguagem nos fornece as categorias de pensamento, os conceitos e os termos pelos quais narramos e explicamos a nós mesmos e a tudo mais que nos atinge e rodeia. Pensar os discursos pedagógico-críticos é considerar a participação da educação e da pedagogia nos processos de subjetivação dos indivíduos, e em certas formas de experiência que os/as docentes na relação pedagógica possam ter de si mesmos, dos outros e do mundo. Para Garcia (2002) a pedagogia tem efeitos disciplinares sobre a conduta humana e sobre os modos como pensamos, falamos e atuamos em relação as questões educacionais. A pedagogia, portanto, enquanto discurso de tecnologia está implicada no governo da subjetividade.

Concorda-se que o indivíduo não se encontra com suas ideias e o meio o acolhe; há, ao contrário, uma estreita relação entre aquilo que a pessoa reproduz em sua fala e os lugares ocupados por ela (Foucault, 2008). E dentro dessa perspectiva, os depoimentos colhidos esclarecem como os/as docentes vivenciam a formação superior em saúde frente às inovações metodológicas no contexto da realidade estudada e a ‘política de verdade’, à luz de Foucault, instituída a partir dos discursos vigentes.

1.1. Demandas sociais e educacionais vinculadas às Metodologias Ativas na docência

Compreender a motivação dessa transformação metodológica no ensino superior em saúde, ou seja, os ideais que costumam justificar as práticas pedagógico-



críticas e progressistas, foi uma das questões que muito instigou este estudo, pois à luz de Charlot, a pedagogia, seja ela tradicional ou renovada, mascara ideologicamente a significação política da educação. O autor considera que a pedagogia nova não constitui uma ruptura social e sim um “discurso generoso que desliza na realidade da educação” (CHARLOT, 2013, p.37), sem efetivamente mudá-la.

Nesse sentido, para entender o que pensavam os/as docentes da UFS e das IES de Portugal sobre os “bastidores” dessa transformação metodológica, questionou-se sobre as demandas sociais e educacionais que propulsionaram as metodologias ativas nos cursos de graduação em saúde. Constatou-se que, na concepção dos/as docentes, o dinamismo e as transformações do contexto social e do mundo do trabalho exigiram ajustes nas políticas públicas de saúde e educação e, em consequência, o perfil do profissional, bem como o método de ensino-aprendizagem teve que ser adequado às novas demandas. Nessa lógica, segundo Raoni, professor da Fonoaudiologia no Brasil, “a metodologia de situações-problema pôde acompanhar o avanço da sociedade, tanto tecnologicamente quanto os conflitos que vão surgindo. Na Metodologia Ativa a gente consegue contemplar esse dinamismo”. Portanto, “A sociedade se transformou e os gestores viram e vislumbraram que precisavam mudar o método que se estava trabalhando”. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

As falas referem-se à necessidade de uma formação profissional diferente e pautada na lógica social real, sugerindo que esta metodologia utilizada em seus contextos educacionais, por ser mais dinâmica e pautada nos problemas reais, consegue preparar o futuro profissional para o mundo do trabalho. Pois, de acordo com a professora Araci, “O mercado tá necessitando de profissionais que sejam mais completos, mais generalistas” (Nutrição, Brasil), fato que coaduna com a perspectiva das novas Diretrizes Curriculares do Brasil para os cursos de graduação em saúde que apontam as características do profissional a ser formado – generalista, humanista, crítico e reflexivo, capaz de trabalhar em equipe. (Brasil, 2001). As escolas devem se aproximar dos serviços, em todos os níveis de atendimento, e da comunidade com interação, de forma coerente e sinérgica como prescrito na Constituição, segundo a qual o Sistema Único de Saúde (SUS) deve regular a formação de recursos humanos para o atendimento em saúde (Brasil, 1988).



Quando o professor, a seguir, critica a antiga formação considerando-a “em quantidade, mas sem crítica, sem visão de mundo” reforça a necessidade de um programa de formação mais resolutivo:

A necessidade de formar sujeitos mais dinâmicos, que tivessem um poder de atuação mais efetivo junto aos programas sociais pra tentar resolver mais aquela demanda regional. Isso principalmente na formação em saúde vinculada ao sistema público de saúde. Era tudo muito mecânico e sem resolutividade. Os sujeitos estavam sendo formados em quantidade, mas sem crítica, sem uma formação holística, sem uma visão de mundo entendendo as necessidades sociais reais. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

Convém salientar que no ensino superior em saúde as transformações metodológicas estão ocorrendo como demanda do Sistema Único de Saúde (SUS), que traz nos seus princípios características de uma diferente forma de conceber e fazer a saúde, e conseqüentemente, um novo profissional se faz necessário. Houve uma reestruturação das políticas de educação implementada pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no início do século XXI, de acordo com o Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, Nº 583, de 04 de abril de 2001(CNE/CES 583/2001). Esse processo de mudança das políticas da educação, no campo da Saúde, trouxe dentre tantos desafios, o de romper com modelos de ensino tradicionais a fim de formar profissionais de saúde diferenciados. As DCN orientam as instituições de ensino para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo (LAMPERT et al, 2009).

O discurso de que o sistema de saúde, tanto brasileiro quanto português, requer um profissional de saúde apto a responder com dinamismo às demandas reais da sociedade, bem como às constantes transformações sociais, aliados aos discursos de cunho mais radical da educação fomentaram a metodologia ora estudada. Quanto a isso, Garcia (2002, p.13) relata que:

Desde o final da década de 70 do século XX, no contexto da chamada redemocratização brasileira, discursos de cunho radical em educação adquiriram um certo grau de institucionalização e repercussão no campo acadêmico e escolar. Sustentaram, e ainda sustentam, políticas públicas para



a educação e propostas de reformas curriculares em diversos níveis do ensino oficial brasileiro; são foco de publicações especializadas do campo educacional, circulam em departamentos universitários e em reuniões científicas da área, propondo formas de ser e de agir como professores e professoras críticos.

Afirma ainda, a autora, que as pedagogias críticas vinham se desenvolvendo desde o final da década de 1950 e início de 1960 com Paulo Freire. Em anos subsequentes foi retomada de uma forma mais ampla no Brasil, fundamentando inclusive experiências nas redes oficiais de ensino. Outras tantas emergiram nas décadas de 1980 e 1990 do século XX, em ambiente acadêmico-universitário, intensificando as lutas em defesa da escola pública pela via da qualidade de ensino e da democratização do saber.

Vê-se que as transformações sociais, na concepção dos/as docentes brasileiros e também portugueses impulsionaram às mudanças no método de ensino aprendizagem, especialmente, a partir do final do século XX, com a chamada Era da Informação. Essa Era é também conhecida como digital pois dinamizou os fluxos informacionais pelo mundo por meio dos avanços tecnológicos advindos da Terceira Revolução Industrial. Nesse contexto, foi difundido o *ciberespaço*, um meio de comunicação instrumentalizado pela informática e pela internet, que vem revolucionando a forma de produzir e transformar o conhecimento. Com isso, diz o professor:

[...] a internet, o acesso à informação, o conhecimento deixou de ser a moeda de troca. O acesso à informação tá aqui. Você baixa tudo da internet, no celular, no computador. Você tem programas que calculam doses de medicamento. Então muitas das informações que você não tinha acesso hoje em dia você tem. Então o profissional não se destaca mais pelo que ele consegue armazenar. Armazenar informações deixou de ser a grande questão para o profissional. Hoje em dia o profissional precisa aprender a trabalhar com as informações que ele recebe. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

O depoimento do docente reforça que, diante da facilidade do acesso ao conhecimento, se exige, na atualidade, um reaprender a lidar com as informações para, desta forma, transformá-las em conhecimento. As informações estão aí, dadas, prontas e o indivíduo deve saber lidar com elas, usar os filtros necessários para tratar essa informação, e, segundo o mesmo, a metodologia, de que trata este estudo, favorece esse fato.

Hoje o aluno tem muito mais meios pra chegar até a informação, mas informação é uma coisa, e conhecimento é outra. Conhecimento é a



informação filtrada a partir da tua experiência clínica, com a realidade local, com as tuas capacidades cognitivas e estruturais e assim por diante. Esses filtros me levam até o conhecimento. Nesse método, o professor auxilia o aluno na construção do conhecimento, a partir da criação de filtros das informações que hoje temos em abundância. (Moacir, Odontologia, Brasil).

A docente portuguesa, a seguir, reforça a necessidade de balizas para filtrar a informação em demasia e, reitera a importância da autoregulação do aluno nesse contexto. Sendo assim, compreende que o método na formação superior, tem potencial para preparar esse aluno para o mercado de trabalho em um mundo globalizado e tão diverso.

Hoje eu tenho o mundo em minhas mãos. Quando eu comecei a estudar eu tinha que andar nas casas das minhas amigas a procura de livros que eu ainda não tinha lido. Eu agora tenho o computador e tenho todos os livros lá dentro. Nesse momento o mundo invade-me. Mesmo se eu não teclou, tá lá. Eu saio pra rua, para o Porto, e tem lá uma série de pessoas de todas as nações. Eu entro num restaurante e posso comer uma comida portuguesa, chinesa, americana, inglesa, francesa e tailandesa. [...] Nesse momento a informação circula tão depressa. Há tanta coisa em jogo. De um lado tanta coisa que se quer preservar, do outro lado tanta coisa que se quer mudar. E a informação ou desinformação, como se quer chamar, é tão rápida, que se a pessoa não tiver integridade ou capacidade de análise ou capacidade crítica para preservar a si própria, não tem balizas, não tem referências. E essa é pra mim, se calhar, nesse momento a maior bandeira em termos de formação. Estamos a formar terapeutas, mas também estamos a formar pessoas que tem que ter uma referência e tem que aprender a referenciar-se. Daí a nossa aposta na autoregulação. Nesse momento, é esse o nosso perfil. (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

Evidencia-se, no excerto da professora Vitória, a importância da formação profissional na construção do sujeito, a partir da Metodologia Ativa. Mesmo com todo o avanço tecnológico e facilitação no acesso à informação “[...] estamos a formar pessoas [...]” e, com isso, ao professor cabe uma atenção redobrada. A construção da identidade profissional e pessoal são interdependentes e complementam-se, para tanto a referência docente deve considerar a dinâmica social, bem como os distintos aspectos relativos à existência humana. Nesses termos há que se considerar as questões de gênero. E, por fim, será preparado um profissional apto a autorregular-se com uma visão ampla dos seus objetos de estudo e trabalho.

Houve muitas similaridades em relação as perspectivas dos docentes homens e das docentes mulheres tanto do Brasil como de Portugal. Apesar do diferente contexto vivido em Portugal, onde evidencia-se uma vinculação direta da transformação metodológica com o Processo de Bolonha que, por sua vez, visava preparar o aluno para



o mercado de trabalho, desenvolvendo conhecimentos, habilidades e atitudes consideradas fundamentais na prática profissional. Nesse sentido, os cursos iniciaram uma revisão do perfil do profissional das respectivas áreas do conhecimento, em seguida aprovaram nacionalmente este perfil, e foi instituído em Diário da República. “Começou tudo por causa da adaptação de Bolonha, fizemos um aproveitamento muito bom daquilo que foi oportunizado. Não foi uma mudança cosmética, toda a prática pedagógica foi revista.” (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

Todos os/as entrevistados/as portugueses/as citaram o referido processo em suas falas, como explica, em detalhes, o docente da Terapia Ocupacional da Escola Superior de Saúde de Porto:

Foi um processo político, né. Foi o entendimento que a nossa equipe fez do que era o processo de Bolonha. Para nós, entendemos que deveríamos centrar a formação superior do aluno no perfil de saída do profissional, centrar nas competências que ele deveria ter para o exercício da profissão. Quando nós começamos a refletir sobre o que são as competências e o que encerram essas competências em termos de habilidades, conhecimentos e atitudes (três grandes parâmetros de cada uma das competências) nós achamos que, por termos sido expostos a alguma experiência com métodos mais dinâmicos, nós achamos que não fazia muito sentido continuar no modelo tradicional. Para desenvolver essas competências eu tenho que preparar a pessoa para funcionar em equipe, uma equipe multidisciplinar, tem que preparar a pessoa para saber adequar suas atitudes em diferentes situações, tanto no trabalho de equipe, como no trabalho direto com as pessoas e também nas relações com as instituições, com as organizações. E isso não é uma coisa que seja, na nossa opinião, compatível com a transmissão de conhecimento, com uma aula teórica e prática tradicional. Isso tem que ser integrado com o todo, sendo que as competências não são domínio de uma área específica/exclusiva do conhecimento e, portanto, para fazer essa integração dessas competências com o input de várias áreas de conhecimento, que é aquilo que nós mobilizamos quando estamos lá fora, o método tinha que ser diferente. Portanto, decidimos ganhar coragem e modificar todo o paradigma. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

A noção de competência, citada na fala do docente como meta do processo de Bolonha, é associada, entre outras questões, aos esquemas de operações mentais, à capacidade, ao fazer com saber, ao conhecer as consequências, à resolução de problemas, à mobilização, aplicação e contextualização dos conhecimentos e à formação profissional. Segundo Deluiz (2006) para o modelo de competências importa não só a posse dos saberes disciplinares escolares ou técnico-profissionais, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho.



No Brasil, o SUS que tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de doenças, objetiva maior resolutividade, eficiência e eficácia, e uma nova visão do processo saúde-doença, portanto, perpassa fundamentalmente pela discussão das competências profissionais e a incorporação de novas demandas ao processo de trabalho. (BRASIL, 2001). Dessa forma, o termo competência vem adquirindo destaque na área de Educação, na qual os debates acerca das novas concepções de currículo têm se intensificado e resultado em ajustes inclusive metodológicos, a exemplo da implementação da Metodologia Ativa na formação em Saúde. Muitas Instituições de Ensino Superior têm procurado elaborar seus projetos de cursos não mais centrados em conteúdo, traduzidos em uma grade de disciplinas, mas tendo como foco o desenvolvimento de competências. No Brasil, dentro do campo da Educação, a noção de competência aparece em documentos oficiais na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/96) tendo sido afirmada através de regulamentação específica. A LDB extinguiu os antigos currículos mínimos e conferiu maior flexibilidade e autonomia às instituições para a criação dos projetos político-pedagógicos dos cursos. A partir dessa disposição legal, é potencializada a adoção desse conceito como elemento organizador das ações nas instituições e das práticas docentes. (DUTRA, *et al*, 2013).

Desta forma, passa a se valorizar o lugar do sujeito e das relações intersubjetivas, na medida em que a mobilização psíquica do indivíduo, sujeito do processo de trabalho, constitui a pré-condição mesma de toda a atividade produtiva. (HIRATA, 2002). A tendência deste conceito atribui mais importância à aquisição de qualificações tácitas no local de trabalho do que às qualificações expressas. Entendendo qualificações tácitas como àqueles componentes não organizados da formação, ligada a trajetória subjetiva e a uma interpretação da história pessoal, socialmente construída. A valorização das qualificações tácitas deveu-se a “desumanização” do trabalho em face de uma tecnologia alienante no passado. Diz respeito às qualidades que não foram obtidas através dos canais socialmente reconhecidos de formação profissional, e sim através da experiência de trabalho nas esferas ditas “reprodutivas”, fato que tornou as mulheres “desqualificadas” por ser sua habilitação considerada inata (KERGOAT, 2003). As qualificações tácitas são, portanto, fruto da vivência concreta do trabalhador, baseada na experiência adquirida em uma situação específica, é de difícil transmissão através da linguagem formalizada, sendo também insubstituível.



Por diversas razões, o uso do conceito de competência na Educação não tem sido consensual e vem recebendo críticas e suscitado resistências. Associa-se a noção de competência com o modelo tecnicista de educação implantado pelo governo militar no Brasil na década de 1970. Também se posicionam dessa forma crítica organizações como o Sindicato Nacional de Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN) e a Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Educação (ANPED). De modo geral, essas entidades argumentam que a noção de competência estaria dando excessiva ênfase ao fazer e aos saberes práticos, em detrimento do conhecimento. Essas críticas externam o (justo) temor de que seja conferido à formação profissional um caráter eminentemente prático e utilitarista, voltado para o mercado, sem a apropriação de um quadro teórico e reflexivo que subsidie a ação. Considerando-se essas críticas, é possível construir outros entendimentos quanto à noção de competência, relacionando-a com a capacidade de articular, mobilizar e aplicar um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes em um contexto específico. A partir desse conceito, aponta-se a importância dada a essas três dimensões, que devem necessariamente articular-se para formar um profissional competente. (DUTRA, 2013).

Embora não se possa falar de uma relação direta entre essas duas formas de definir competência, grosso modo, pode-se associar o saber-conhecer com o conhecimento, o saber-fazer com as habilidades e o saber-ser e saber-conviver com as atitudes. A competência não pode ser transmitida, deve ser construída de forma ativa. Os modelos formativos, para Dutra (2013), propostos serão apenas uma referência para o desenvolvimento das competências dos alunos, tendo em vista que, em última instância, cada sujeito imprimirá sua marca pessoal ao seu processo de aprendizagem. Entre os muitos profissionais que venham a ser formados a partir de uma dada concepção curricular, haverá semelhanças, mas cada um terá a sua singularidade. Uma competência pode estar desenvolvida em diferentes níveis de complexidade e nunca é um produto final, acabado, mas um processo em permanente desenvolvimento.

Diante do exposto, vê-se que a Metodologia Ativa, tanto no Brasil como em Portugal, surgiu como uma demanda educacional para ajustar a formação profissional em uma lógica de competências. Na formulação das diretrizes curriculares no Brasil e Declaração de Bolonha na Europa, se entendeu que essa formação habilitaria o egresso a se inserir no mercado de trabalho com as características específicas para este fim.



Esses ajustes nas estratégias de ensino-aprendizagem ocorreram em toda a União Europeia, em distintas instituições, apesar de existirem experiências pedagógicas ativas anteriores ao referido processo de Bolonha a exemplo da Escola Superior de Enfermagem de Porto (ESEP):

O Processo de Bolonha, em algumas instituições, obriga a utilizar metodologias mais um bocadinho com maior abertura para os estudantes. No nosso contexto aqui da escola não se sentiu tanto, talvez por termos um curso com uma vertente mais prática, isso já nos estimulava a ter metodologias ativas para preparar as pessoas para essa profissão. Noutros contextos em que se faziam uso exclusivamente tradicional, Bolonha veio a alterar todo o processo. (Maria, Enfermagem, Portugal).

Alguns depoimentos mencionam que a implementação da Metodologia Ativa, em Portugal, não foi necessariamente uma livre escolha das IES, a partir do momento em que “Na mudança do método, nós fomos obrigados a reduzir as horas com os estudantes e dar mais horas para o estudo autônomo”. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

Fomos um bocado empurrados pra isso por causa da reforma de Bolonha, quando nos restringiram um bocado de horas, nos disseram que os cursos tinham que ter tantas horas e o resto tinha que ser trabalho autônomo. E quando começamos a pensar nisso colocando na metodologia antiga verificamos que não era possível. [...] portanto, nós tínhamos que arranjar uma forma alternativa de poder passar as competências que eles precisam ter com menos tempo de contato. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

O estudo autodirigido é um dos marcos desse padrão educacional pois privilegia a autonomia no aprendizado e a mobilização do conhecimento individual em função da velocidade das mudanças e da competitividade (ARRUDA, 2000). Nesse intuito, reserva carga horária significativa para o estudante fazer suas pesquisas às fontes bibliográficas e buscar a solução do problema apresentado pelo professor. No entanto, o fato citado efetivamente flexibilizou a carga horária em sala de aula, o que coaduna com uma das fragilidades do método elencada nesta pesquisa, também pelos/as docentes brasileiros, conforme será apresentado adiante no tópico que trata das fragilidades.

1.2. Integração entre o método e a realidade social

Quando educadores e educadoras falam de sua prática na escola ou universidade, dizem do lugar que ocupam no processo educativo, posicionam-se no interior de uma ordem particular dos saberes e do discurso, significando-se a si próprios



e as suas práticas através de uma gramática que é introduzida em grande parte pela pedagogia e outros saberes. Com isso, priorizam categorias e princípios, e preterem, excluem e negam outros tantos. (GARCIA, 2002).

O sistema educacional foi projetado há centenas de anos e vem seguindo uma lógica pautada na era industrial. Alunos são educados em massa e controlados e orientados pelo sistema a seguirem suas instruções e são recompensados quando o fazem integralmente. No entanto, no momento atual, diz-se que não se consegue chegar muito longe seguindo apenas as instruções, pois é dado um valor maior às pessoas criativas, que podem comunicar suas ideias e colaborar com os outros.

Nessa lógica discursiva da formação de um profissional mais colaborativo, com capacidade comunicativa e em sintonia com a realidade social, implementou-se a mudança no processo de ensino no Brasil e em Portugal. A construção/adequação dos novos currículos deveria responder aos desafios do novo século, desenvolver uma visão do todo e promover redes de mudanças sociais (com base numa ampliação da consciência individual e coletiva) por meio de métodos inovadores (capazes de compreender o homem como um ser histórico) e do cumprimento de uma prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora (MITRE *et al*, 2008).

A partir dos depoimentos dos/as participantes deste estudo, foi possível constatar que, de fato, os cursos de saúde da UFS, campus Lagarto, estão fazendo uso da Metodologia Ativa integralmente, assim como proposto pela instituição nos diversos espaços de aprendizagem, tais como: Tutorial, Habilidades, Prática de Módulos e Prática de Ensino na Comunidade (PEC). No entanto, o tutorial, espaço onde se utiliza as respectivas **situações-problema**, parece ser o espaço de aprendizagem em que o método está sendo utilizado de maneira mais sistemática, inclusive seguindo os tradicionais oito passos que a Aprendizagem Baseada em Problemas estipula.

Segundo Kauê (Educação em Saúde, Brasil) o PBL é o carro chefe da atividade do tutorial da qual ele é responsável e, menciona satisfação com a proposta, visto que “é instigante o fato de a gente estar na sala de aula e todo mundo poder debater, discutir. Aquele silêncio que existia nas minhas aulas, não existe mais. Minha voz sozinha sem interferência não é legal”. Constata-se que a metodologia fomenta à discussão e promove uma maior participação dos alunos no processo. Sendo o debate em grupo e o foco na realidade extra-muros as prioridades da estratégia pedagógica, ela tem



mudado a perspectiva do ensino, tudo isso em coerência com a orientação das novas DCN que orientam as instituições de ensino para inserir em seus currículos conteúdos essenciais relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, articulados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar. Devem contemplar a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis do indivíduo e do coletivo (LAMPERT et al, 2009).

As falas mostram a importância da atividade do tutorial e a maneira como o tutor pode conduzir, introduzir e questionar fatos que tenham relações com o contexto social, como exemplifica o professor, a seguir:

A gente confecciona situações-problema que contemplem condições sociais de determinado grupo populacional com a teoria necessária para que o fonoaudiólogo ao se formar tenha o conhecimento sobre os problemas da voz e os associe ao contexto de alguma população. No início foi bem difícil. [...] se a gente começa a ficar ansioso para dar respostas, o método acaba falhando. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Quando o docente menciona a possibilidade de o método falhar refere-se a mudança na conduta do professor em relação ao aluno nas sessões de tutorial, visto que nesse método não cabe a ele dar as respostas e sim motivar e orientar o aluno na busca por seu conhecimento. Logo, quando o docente prontamente responde aos questionamentos dos alunos interrompe o ciclo de aprendizagem preconizado pela Metodologia Ativa.

Nos demais espaços de aprendizagem há uma mescla de metodologias ativas, ficando a critério do docente a escolha mais acertada para o seu objetivo de aprendizagem. E na PEC (Prática de Ensino na Comunidade), a “problematização” é a Metodologia Ativa de escolha, assim como preconizada por Paulo Freire e reforçada pelo relato do professor do curso de Enfermagem da UFS: “Eu sou professor de PEC, então começamos conhecendo a realidade da comunidade nas visitas, conversando com os pacientes, e buscando entender as variáveis que poderiam estar relacionadas aos problemas de saúde do paciente”.

Pensar na **autonomia** discente, seu local de inserção e a realidade da comunidade, “aproxima o aluno dos problemas de saúde regionais, para que eles tentem encontrar soluções já que eles vivem nesse meio”. (Iara, Fonoaudiologia, Brasil).



Portanto, o acesso à realidade, proporcionado pelo método, mostrou-se presente em todas as falas dos/as docentes que vão ao encontro do discurso de autores que defendem a pedagogia crítica. Para Freire (1979) a pedagogia problematizadora (que se contrapõe à educação bancária), de caráter reflexivo, implica em um constante desvelamento da realidade ou inserção crítica na realidade.

O sujeito ativo precisa ter uma situação autêntica de experiência, com propósitos definidos, interessantes e que estimulem o pensamento. E, portanto, após observar a situação, irá buscar e utilizar as informações e instrumentos mais adequados, devendo o resultado do trabalho ser concreto e comprovado por meio de sua aplicação prática. (DEWEY, 1998).

A problematização pode levar o indivíduo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões (PENAFORTE, 2001).

Ainda que inserido em um contexto próprio, permeado por discursos de positividade e crença no método, observou-se contradições no modo de pensar do corpo docente do Campus de Saúde de Lagarto, visto que o curso de Odontologia não faz uso do método em sua inteireza e não segue os oito passos do tutorial. O departamento e seus docentes contestaram a rigidez do método, bem como a ausência da liberdade de escolha do profissional, pois segundo eles, o professor deve adequar sua estratégia de ensino-aprendizagem de acordo com suas necessidades e demandas que são singulares. Houve nesse depoimento, a experiência do **contra discurso** vinculado a pedagogia crítica:

Na questão de Lagarto a gente viveu muitos embates, existiu muitos dogmatismos em relação ao PBL. Aí eu fiz o que qualquer professor doutor faria na minha condição. Eu fui ler o que os cursos de Odontologia faziam em relação ao método internacionalmente. Fui vendo quais eram as instituições internacionalmente que faziam uso das metodologias ativas de uma maneira geral, limitando-se ou não ao PBL. E aí eu comecei a ver que havia uma série de questões que essas instituições faziam. E conseqüentemente fizeram uma série de modificações na aplicação do método. (Moacir, Odontologia, Brasil).



Para Foucault (2008) essa atitude do docente também poderia ser chamada de “contraconduta”, ou seja, um movimento que tem como objetivo uma outra conduta, por meio de outros procedimentos, com outros objetivos e também outros métodos. Assim, torna-se possível fomentar novas formas de pensar e agir dentro da realidade vivida. A fala do professor, causou muitas divergências no corpo docente e gestor do campus em questão, pois vinha na contramão de um discurso hegemônico presente na imensa maioria da população acadêmica. Esse discurso prometia que, ainda que trazendo um tom de ironia à questão, a Metodologia Ativa fosse responsável pela “redenção da humanidade e a sua salvação neste mundo”.

No entanto, ainda que a Odontologia do campus de Lagarto não use o método na forma como foi organizada pela UFS, se beneficia do modo de pensar do PBL e, portanto, mantém uma lógica pautada na centralização do aluno em todo o processo de ensino aprendizagem e na estimulação da reflexão e do pensamento crítico. O professor menciona ainda que “[...] a gente se beneficia do modo de pensar que o tutorial promove pra poder usar da maneira que a gente acha conveniente”. (Moacir, Odontologia, Brasil).

Na realidade portuguesa, pode-se afirmar, a partir dos relatos dos/as docentes, que a **metodologia é utilizada de forma híbrida** pelos cursos de Enfermagem da ESEP, Medicina da EM-UM e também pelo curso de Fonoaudiologia da ESS. Isto quer dizer que é comum mesclar momentos convencionais com variadas técnicas ativas, inclusive o PBL.

[...] achou-se que seria inadequado tentar seguir um modelo único de estratégia ativa, pois há muitas formas e modelos ativos, PBL e outros. Muitas histórias de sucesso e toda a gente sabe que há também muitas histórias de insucesso. E, portanto, aquilo que foi feito aqui foi adequar a estratégia às condições que temos. Para recebermos e trabalharmos ativamente com os 120 alunos que recebemos anualmente na Medicina temos sempre a ideia de que temos que usar diferentes abordagens. [...] As aulas são baseadas em discussão de problemas sim, através da ‘*peer instruction*’ e também da aprendizagem por módulos de objetivos. Mas a aula expositiva também tem seu papel, talvez 10 ou 15 por cento do total de aulas ministradas. (Teobaldo, Medicina, Portugal).

A metodologia chamada de *peer instruction* ou aprendizagem por pares, citada pelo docente de Medicina, diz respeito a uma técnica proposta por Eric Mazur, professor de física da Universidade de Harvard, que visa o entendimento dos conceitos, valendo-



se da discussão entre os alunos. Esta técnica é uma das mais estudadas em termos dos impactos sobre o conhecimento dos alunos e funciona basicamente da seguinte forma:

1. Os alunos estudam o assunto antes da aula;
2. As aulas são baseadas em perguntas elaboradas pelo professor;
3. As perguntas são apresentadas aos alunos;
4. Os alunos têm um tempo para refletirem individualmente;
5. Há um dispositivo para voto que pode ser através de plaquinhas com as alternativas ou até mesmo com o auxílio de computadores ou smartphones;
6. Quando a média de acerto estiver entre 35 a 70%, os alunos discutem a questão em pares ou grupos novamente;
7. Há uma nova votação;
8. O professor analisa o resultado e depois decide se propõe outra questão ou retorna a discussão do conceito apresentado anteriormente (PALHARINI, 2011). O mais importante dessa aula é, portanto, o trabalho por pares.

Já a metodologia por módulos de objetivos, também utilizada pela Medicina da EM-UM, tem seu trabalho alicerçado em objetivos de aprendizagem que definem as metas a atingir em cada módulo, semelhante ao PBL, com cinco fases de aprendizagem:

1. Apresentação e discussão dos objetivos pelos alunos de forma a elaborar um mapa conceitual e identificar os recursos disponíveis para atingir os objetivos definidos;
2. Autoaprendizagem tutorizada, em que os alunos acompanhados pelos/as docentes trabalham os recursos pedagógicos disponibilizados em diferentes ambientes;
3. Certificação de que os objetivos foram atingidos através de exposição e debates entre os alunos e docentes;
4. Autoaprendizagem tutorizada, com práticas e outras atividades complementares e por último
5. Avaliação do módulo.

Portanto, diferente da realidade brasileira apresentada pelo Campus de Saúde da UFS, em Portugal há uma preferência por flexibilizar o método, tornando-o híbrido na maioria das experiências aqui relatadas. No entanto, tem-se a vivência do curso de Terapia Ocupacional da ESS que **mudou de forma integral seu paradigma de ensino**, implementando o PBL em todas as unidades curriculares da graduação e, com isso, os/as docentes entrevistados/as observam, ao longo dos 10 anos utilizando o método, inúmeras vantagens.

[...] vamos preparar os nossos alunos para ter as ferramentas para poder a partir do conhecimento/ da bagagem que trazem, adquirir uma nova bagagem, na perspectiva da aprendizagem ao longo da vida. E o PBL dá essas ferramentas ao estudante para que ele não sabendo de algo, num dado



momento, tenha como fazer para vir a adquirir as competências necessárias. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

Sem sombra de dúvidas eu acredito no modelo PBL e por isso que decidimos avançar no modelo, acredito que os estudantes saem com competências que no modelo tradicional não conseguem, por exemplo, autonomia, rapidez no raciocínio, rapidez na busca de soluções, e ainda competências sociais, sabem lidar com o outro, relacionar-se em equipe. (Angélica, Terapia Ocupacional, Portugal).

Para Berbel (1998), as metodologias ativas baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, fazendo uso de experiências reais ou simuladas, visando às condições de resolver, com sucesso, os desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos. Nesse sentido, as metodologias ativas buscam a inserção de novas formas de convivência, comunicação e organização do fazer, tanto do docente, quanto do discente. Muda o foco do ensino centrado no professor para a aprendizagem centrada no protagonismo do estudante, de modo a criar possibilidades para a produção ou construção do conhecimento.

1.3. Potencialidades do método

Embora o primeiro momento tenha sido de desafios, a adaptação ao método e admiração parecem ter sido concomitantes. Os depoimentos dos/as docentes demonstram, em regra geral, satisfação em participarem desse processo de transformação metodológica, por observarem o desenvolvimento de habilidades nos alunos essenciais para o desbravamento dos respectivos territórios de atuação dos mesmos no futuro, bem como a resolutividade dos problemas reais de saúde dos cidadãos.

O foco no perfil de saída do aluno, no desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes, tem proporcionado, segundo relatos, maior autonomia e proatividade. “Os supervisores técnicos que recebem os alunos nos estágios, nas unidades de saúde tem elogiado bastante. Eu acho que nosso aluno sai mais proativo. Eles correm atrás”. (Araci, Nutrição, Brasil).

O termo **proatividade**, comportamento de antecipação e de responsabilização pelas próprias escolhas e ações frente às situações impostas pelo meio, foi citado repetidas vezes pelos entrevistados/as do Brasil e de Portugal:



Quando eu proponho pibic, eles têm muita iniciativa para as coisas. E acho que é resultado do método. Eles são proativos. Alunos que estão comigo em pibic e pibix são como colegas de trabalho de tão autônomos que são e de tanta confiança que tenho neles. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

O enfoque é muito mais naquilo que o aluno há de ser como profissional. Em termos daquilo que é de prática de pesquisa, o saber estudar, o ser capaz de se relacionar com outros profissionais, a parte comunicativa do que propriamente o ensino técnico que é hoje assim, amanhã é de outra maneira. A parte técnica tem evoluído tudo tão rapidamente que aquilo que nós ensinamos em um ano, chega no estágio e aquilo já está desatualizado. Todos temos que aprender a aprender. Então o aluno tem que saber aprender e saber chegar lá e perceber o que falta para conseguir recuperar, para conseguir chegar às fontes. Isso é o que privilegiamos. Muito mais essas competências de ir buscar o conhecimento novo necessário propriamente do que a base técnica, pois a técnica tá aí, a base naturalmente. (Vitória, Fonoaudiologia, Portugal).

Não obstante, vale considerar que esse ideal da pessoa autônoma, na perspectiva de Rose (1996), como um ideal regulatório que suscita paixões tanto da esquerda como da direita do espectro político, inspira grande parte dos modos de subjetivação que a cultura põe ao nosso dispor e foi fortalecida pelo saber disciplinar da psicologia a partir do século XIX. Portanto, segundo a autora, os termos largamente hoje utilizados para definir o sujeito educado e crítico, como autonomia, liberdade, responsabilidade, auto-realização, participação, solidariedade, são, em grande parte, devedores do conhecimento psicológico e social e de suas hermenêuticas. Esses enunciados permearam os discursos dos/as docentes deste estudo.

O trabalho em Saúde, a partir do SUS, funciona em redes de atenção, e por isso é dada importância fundamental a questão da interdisciplinaridade, visto que o profissional necessita trabalhar em equipe, saber acolher as demandas de saúde da população, bem como saber encaminhar e articular as redes disponíveis. Nessa lógica, a habilidade de **trabalhar em equipe** e especialmente o desenvolvimento de competências comunicacionais tem sido características citadas nos depoimentos como positivas do método em questão:

Eu diria que “expressão” define o método. Eu acho que ela faz com que o aluno se expresse da forma mais bonita que ele tem pra se expressar. E acho também que o professor consegue fazer de uma forma muito mais bonita o seu trabalho, porque ele não tá ali totalmente o detentor do conhecimento. Porque de fato, na maioria das vezes ele nem é. Ele tá só numa casinha, ele tá vendo só o olhar de um estudioso, por exemplo. E a gente não abria o leque, não abria as possibilidades, não levava o aluno a pensar. Então eu acho que essa palavra ‘expressão’ define bem o método. E também libertador.



Acho que é um método libertador, tanto para o aluno quanto para o professor. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Os estudantes estão muito melhor preparados. De certo modo, são obrigados a desenvolver determinadas competências porque a própria estratégia os estimula a isso. O saber estar, interagir com as pessoas, explicar, além de preparar para saber argumentar sobre as decisões clínicas [...] O método acaba por confrontar as pessoas com algumas dificuldades. (Maria, Enfermagem, Portugal).

Pode-se dizer que a comunicação é a competência mais trabalhada na Metodologia Ativa, pois o aluno desde o primeiro ano é estimulado, durante as sessões tutoriais, a trabalhar em equipe e expressar sua opinião sobre aquilo que estudou acerca do assunto. Inclusive a avaliação do aluno depende sobremaneira da sua participação nas discussões. Além disso, o contato mais próximo facilitado pelo número reduzido de alunos na sala de aula, bem como pela disposição das cadeiras em círculo ao redor de uma mesa redonda, facilita a comunicação entre os alunos e entre eles e seus professores.

O trabalho em saúde produz bens imateriais, como conhecimento, informação, comunicação, afetos, reações emocionais, relações, e tem, portanto, duas dimensões: a dimensão cognitiva/linguística, ligada a resolução de problemas, e a dimensão afetiva, vinculada a produção e manipulação de afetos. Praticamente todas as profissões da saúde envolvem técnicas de conversa, a exemplo da anamnese utilizada no contato inicial com o paciente. Essa técnica visa sondar a história da queixa do indivíduo; são técnicas de conversa dirigidas e, normalmente, definem a pragmática do encontro entre profissional de saúde e paciente. Quanto maior for a capacidade do profissional de ouvir a queixa do paciente e sondar sua demanda e história considerando as distintas dimensões, por exemplo o fato de ser mulher, de ser negro ou de pertencer a determinada classe social, maior será a possibilidade de perceber de que forma este fato está condicionando aquela queixa. No entanto, equivocadamente se usa essa oportunidade conversacional, assim como o intitula Teixeira (2005), de forma mecânica, quase como um adestramento e se perde a possibilidade de construir uma efetiva relação. Por isso a Metodologia Ativa foca na **habilidade comunicativa** com vistas a preparar o futuro profissional de saúde ao “encontro”. E nesse encontro oportunizar a relação entre os dois, profissional e paciente, que pode ser construída pelo profissional na intenção de escuta qualificada, na valorização das chamadas qualificações tácitas.



Pois no campo do trabalho em saúde o conhecimento é apreendido enquanto necessidade humana que se constitui no interior das relações sociais.

Na Escola de Medicina da Universidade do Minho, há um tratamento diferenciado com seus alunos: “a maneira como recebemos os nossos alunos, desde o início com muito cuidado, tendo a certeza que eles não são apenas alunos, são pessoas que a gente quer trabalhar, são nossos colegas”. (Teobaldo, Medicina, Portugal). Nessa lógica, a Escola de Medicina mantém um espaço aberto para dialogar com os alunos e colocam em prática a **horizontalização da relação professor-aluno**, com vistas a introduzir desde a chegada do aluno na universidade a humanização das relações.

Além disso, a prática da resolução de situações-problema viabilizada tanto nos tutoriais quanto nas Práticas de Ensino na Comunidade tem facilitado o desenvolvimento de um raciocínio mais crítico e conseqüentemente de uma aprendizagem mais significativa. “No fim das contas nosso aluno aprende de uma forma diferente, eles conseguem fazer associações mais significativas, estabelecer conexões e propostas de intervenção”, mencionou Kayke (Enfermagem, Brasil).

A gente já observa isso. Alunos que no terceiro ciclo vão pra eventos, mesas e palestras e dão show de perguntas muito bem elaboradas, profundas. E a gente fica com orgulho. Dá pra ver que eles conseguem ter esse raciocínio integrado entre os conteúdos. E um raciocínio clínico e crítico. Então, eu vejo isso como uma potencialidade muito grande do método. Tenho bastante orgulho deles. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

Considera-se como **aprendizagem significativa** aquela em que ideias interagem com aquilo que o aprendiz já sabe, com algum conhecimento relevante que já existe na cognição do indivíduo. E nesse sentido, em um jogo de experimentação do conteúdo e discussão com seus pares, o aluno aprende de forma significativa. Abreu (2009) menciona que não haveria aprendizagem genuína em processos separados da experiência, onde se memorizam fatos sem perceber os relacionamentos, gerando então um conhecimento superficial e destituído de significado pessoal para quem aprende. A aquisição de significado, portanto, é essencial para uma experiência educativa e requer um ato de reflexão e, com isso, a reorganização da experiência pelo pensamento muda sua qualidade. A experiência reflexiva é o sustentáculo de todo processo de aprendizagem.



Alsubel (1980) foi o pesquisador a propor o termo aprendizagem significativa e reitera, pois, que aprender significativamente é ampliar e reconfigurar ideias já existentes na estrutura mental e com isso ser capaz de relacionar e acessar novos conteúdos. Segundo ele quanto maior o número de links feitos, mais consolidado estará o conhecimento e por isso, o conteúdo a ser ensinado deve ser potencialmente revelador e o estudante precisa estar disposto a relacionar o material de maneira consistente e não arbitrária.

Sabe-se que as experiências constroem as subjetividades e as diferenças de acordo com as dimensões de classe, de idade, de raça, de gênero, de orientação sexual, de origem, e desta forma, cada um vivencia uma experiência singular. Nessa perspectiva, a pós-estruturalista Judith Butler (2003) entre outras teóricas feministas, que também formularam acerca da temática das articulações de diferenças, auxilia a produzir deslocamentos nos paradigmas disciplinares no marco dos quais trabalhavam. Butler tende a manter o enfoque central de suas reflexões na articulação das categorias de gênero e sexualidade. Em sua empreitada em problematizar a categoria “mulher” como sujeito do feminismo afirma que

Se alguém é uma mulher, isso certamente não é tudo o que esse alguém é [...] o gênero estabelece intersecções com modalidades raciais, classistas, éticas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas [...] se tornou impossível separar a noção de gênero das intersecções políticas e culturais em que invariavelmente ela é produzida. (BUTLER, 2003, P. 20).

Portanto, a variável gênero permeia todas as vivências do indivíduo, tanto as sociais quanto àquelas oportunizadas no ato da formação profissional, nas experiências, por exemplo, com o método de ensino.

Para Freire apud Marteleto (2017, p.54), “não basta saber ler que Eva viu a uva. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho”. Portanto, inserir o conhecimento no contexto social e histórico a fim de tornar compreensível a intenção do ensino e aprendizagem é foco do método que aqui se investiga.

A **prática de estudo** é algo que foi citado por todos os/as docentes, e que parece ser um diferencial do método, pois o aluno necessita de leitura prévia para conseguir participar ativamente das discussões nas sessões tutoriais e nas práticas clínicas, portanto, se vê obrigado a estudar. Para se envolver ativamente no processo de aprendizagem, deve ler, escrever, perguntar, argumentar e também contestar. E como



disse o docente: “Todos os alunos aqui estudam. No tradicional, os alunos não estudavam, se resumiam ao que eu passava pra eles em sala de aula”. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

1.4. Fragilidades do método

O professor é responsável pela construção da identidade do profissional de saúde a ser formado. A depender da forma como ele dinamiza as diretrizes curriculares, as Políticas de Saúde, o projeto pedagógico nas relações cotidianas com seus discentes, pode fortalecer o perfil identitário destes. Portanto, a partir da Metodologia Ativa o docente pode repassar ao aluno sua percepção sobre a saúde e problematizar sobre a relação entre o processo saúde-doença e as outras dimensões da vida do sujeito em adoecimento, a exemplo do gênero, raça, idade, orientação sexual, classe social, etc. Nesse sentido, é preciso ter clareza também acerca das fragilidades que esse método apresenta na formação em saúde, na perspectiva de refletir e minimizar seus efeitos.

Uma das fragilidades citadas, neste estudo, de forma sistemática relacionou-se ao conteúdo ministrado e conseqüentemente a **carga horária de aula**. O método ativo sugere uma carga horária vasta para o estudo autogerido do aluno, com isso, há uma redução do tempo de sala de aula e a necessidade de condensar conteúdo. O estudante assume, portanto, a iniciativa no diagnóstico de suas necessidades, eleição e busca dos recursos humanos e materiais para a aprendizagem, além disso seleciona as estratégias para melhor aprender. O professor atua como um facilitador e orientador da aprendizagem. Por conta disso: “Em termos de corpo teórico, de robustez, se calhar, ficamos um bocadinho aquém, mas, de outro lado, eles ficam com as competências pra procurar quando precisarem. Coisas que os antigos não sabiam fazer.” (Amélia, Terapia ocupacional, Portugal).

As vezes eu fico com receio dos alunos saírem com pouco conteúdo. Me questiono se o conteúdo discutido será suficiente para a vida profissional. Será que vai dar conta? Ele vai sair bem formado? As vezes o aluno fica solto. Pouco tempo em alguns módulos. O aluno passa, por exemplo, um mês e pouco na ortopedia, coisa que no tradicional o aluno passaria muito mais tempo. A carga horária normalmente na tradicional é mais diluída e aqui é condensada. Então a gente fica com receio de que esse um mês e meio não seja suficiente. Então a gente ainda vê esse detalhe como uma fragilidade, mas acho que com o amadurecimento, com estudos sendo feitos talvez a gente veja que isso não é um problema, que isso talvez nem seja uma fragilidade. Então a fragilidade é se o conteúdo ministrado dá conta. Por outro lado, eu vejo que quando os meninos saem eles acabam se virando muito



bem. Tem conteúdos que se vê no tradicional, mas a gente não consegue aqui. A questão é que no tradicional é tudo separado e mais mastigado. Num módulo a gente dá muita coisa ao mesmo tempo, é muito conteúdo. (Irani, Fisioterapia, Brasil).

A questão da carga horária reduzida em razão da determinação do método ativo, traz incertezas aos professores, no entanto, pode significar um tempo maior para o estudante assimilar seu conhecimento e articulá-lo à sua prática em saúde. Entende-se que uma grande quantidade de informação transmitida ao estudante não terá, muito provavelmente, efetividade para o seu conhecimento. Reitera-se que há diferenças substanciais entre os dois vocábulos, em que conhecimento não é a simples apropriação de informações, nem tão pouco o ato de guardar as coisas. Conhecimento é um ato intelectual, onde se indaga, se questiona e se estabelece relações entre as diversas informações. Nesse sentido, parece importar muito mais para a formação em saúde a maneira como se aprendeu e o que se fez com o que se aprendeu.

O trabalho em equipe, ainda que citado como vantagem do método, pode também ser considerado como uma fragilidade quando o aluno tem como característica de personalidade a **timidez**, visto que ela dificultará sua participação no grupo, bem como sua expressão oral. Mesmo que o aluno seja estudioso e um bom leitor, se ele não se posiciona será, provavelmente mal avaliado, pois “O aluno tímido sofre muito mais porque faz parte da exigência do método o aluno conseguir se expressar, isso faz parte da avaliação. É uma habilidade importante de aprender pra vida.” (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

De início, se o professor não tiver essa percepção, o aluno acaba sendo muito punido por isso (timidez). E acaba sendo uma fragilidade. Temos que ter cuidado pra entender as características do aluno. E ele entender que isso é bom pra ele (habilidade de falar). Eu entendo o aprendizado como estímulo, mas tem gente que entende como punição. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

A substância do trabalho em saúde é a conversa, trata-se de um trabalho eminentemente conversacional. Não se pode entender o trabalho em saúde sem a conversa. Logo, a habilidade de comunicar torna-se fundamental e o aluno tímido poderá se prejudicar caso não vença esse obstáculo. Este aspecto questiona a formação do professor para atuar em situações de descompasso entre o método e o perfil do aluno.



Nesse sentido, os depoimentos de brasileiros e portugueses, tanto homens como mulheres, convergem na percepção de que o processo de **avaliação** é uma grande dificuldade da Metodologia Ativa:

O processo de avaliação ainda é bem difícil. Pensar que parâmetro utilizar para avaliar a fala desse aluno. Será que esse aluno tá desenvolvendo bem e aquele mal? Tem aluno que só se posiciona uma vez na aula, mas a sua fala é crucial pra fechar todo o caso, mas tem outros que ficam regurgitando a mesma fala o tempo todo, lendo o caderno. (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Os alunos dependem uns dos outros. Tu faz isso, tu faz aquilo, depois nós trocamos e na verdade nenhum deles, se calhar, alcança as competências que deveria alcançar. Metade aqui, metade ali e muitas vezes quando nós não temos o cuidado de verificar se eles desenvolveram todas as competências passamos despercebidos. Não conseguimos perceber que eles arranjavam esquemas para trabalhar e nossa avaliação não é suficientemente clara para nos mostrar se todos os indivíduos ganharam as competências propostas. Esse é o ponto mais desafiante do método. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

Assim como o método de ensino aprendizagem se transformou faz-se necessário ajustes no instrumento de avaliação também. Utiliza-se na Metodologia Ativa dois tipos básicos de avaliação, a formativa e a somativa. A avaliação formativa ocorre durante todo o procedimento educacional, é, pois, processual e de desenvolvimento. O docente acompanha passo a passo o desenvolvimento do aluno no decorrer do período. É chamada de formativa por observar e aconselhar os alunos na transformação em direção aos objetivos almejados. Já a avaliação somativa acontece no final do processo de educação e tem uma função classificatória, algo também utilizado na metodologia tradicional.

No entanto, se observa, a partir dos relatos apresentados, que essa estratégia avaliativa não está sendo coerente com a proposta metodológica. Os professores não estão conseguindo perceber o real desenvolvimento do aluno no decorrer do processo, dada à impossibilidade de se desenvolver um sistema de avaliação capaz de identificar todas as nuances e multiplicidades que envolvem as novas qualificações para o trabalho em Saúde. Entende-se como delicado individualizar e avaliar objetivamente comunicação, comprometimento, autonomia, responsabilidade, bastiões do modelo da competência, sem tender para o subjetivo e para a personalização.

De acordo com o observado nesta pesquisa, tanto no Brasil quanto em Portugal, a maioria dos professores não tinha experiência prévia na utilização do método em



questão, fato citado por alguns participantes como sendo uma fragilidade do método, visto que nem o professor nem tão pouco o aluno havia vivenciado essa prática, o que trouxe algumas dificuldades em saber lidar com questões pontuais.

A preparação do estudante para funcionar nesse método. Eles quando vem do ensino secundário não estão preparados a trabalhar assim. É preciso quebrar esse pedaço de pedra e começar a prepará-los para serem elementos ativos no seu processo de construção de competências. (João, Terapia Ocupacional, Portugal).

A totalidade dos depoimentos denunciam a fragilidade quanto a **ausência de experiência prévia de docentes e alunos na utilização da Metodologia Ativa** e constata-se a necessidade de formação e inserção desse tipo de formação no ensino médio. Na tentativa de preparar o aluno para esse perfil de maior flexibilidade e autonomia, algumas escolas básicas, a exemplo do Colégio Coesi em Aracaju e Escola da Ponte em Portugal, inseriram estratégias pedagógicas diferenciadas. A Escola da Ponte é uma instituição pública de Portugal que, desde 1976, compreende que o percurso educativo de cada estudante supõe um conhecimento cada vez mais aprofundado de si próprio, um relacionamento solidário com os outros e a busca por uma aprendizagem autodirigida. Já o projeto pedagógico do Colégio Coesi passou a inserir o PBL recentemente, em sintonia com as atuais tendências educacionais e tem como um dos seus pilares o educar para pensar.

Segundo relatos do Brasil, o processo de transformação metodológica vivenciado pelos/as docentes, foi dificultado por uma característica do método em especial, considerada como uma grande desvantagem/fragilidade, que diz respeito ao entendimento de que o **professor não deve ser especialista na área** do seu tutorial. Segundo alguns, isso é justificado pelo fato de o docente não ter que dar respostas aos discentes e sim estimular a busca e estudo autônomo dos mesmos. Nesse sentido, sendo o professor um especialista na área, a possibilidade de ter a resposta pronta e não hesitar em repassá-la na sala de aula, torna o especialista não desejado na aplicação da ABP. Esse fato muito contribuiu para um desgaste importante da categoria que além de não ter experiência com a proposta metodológica, não dominava a área. Observou-se que os professores não concordam com essa especificidade do método e trazem seus argumentos:



[...] as vezes você cai em subunidades que não é a sua área. Eu sou da saúde mental e as vezes caio em reabilitação física. E pra mim foi um baque, eu dei reabilitação física por um semestre e foi muito difícil. Eu não gosto dessa área e eu tive que estudar muito pra conseguir então eu acho que esse é um dos nossos problemas. Acho que a identidade é importante na Metodologia Ativa. (Jaci, Terapia Ocupacional, Brasil)

Eu sou cirurgião, mas já dei tutorial de pediatria, de tratamento de canal, de periodontia, são coisas que eu tenho fundamentada na minha graduação e até certo ponto eu consigo levar, mas quando tu chega na “repinboca da parafuseta” tu te perde. Tu não tem o refinamento que a coisa exige. [...] Essa história do tutor não ter que ser um especialista na área, na minha opinião, a partir das leituras que fiz, de fato ele não precisa, mas o aluno se beneficia muito mais quando o docente é especialista isso tá provado, isso tá na literatura. Então assim, contra fatos não há argumentos e contra nossa observação diária na trincheira também não tem como argumentar. (Moacir, Odontologia, Brasil).

Eu fiquei numa área completamente diferente daquilo que eu tinha especialidade. E aí, eu pensei o que fazer. Porque eu trabalho com alimentos, microbiologia, composição de alimentos, segurança de alimentos, fiz mestrado e doutorado em microbiologia de alimentos e quando eu entro na universidade me mandam fazer dietas, trabalhar com clínica. Eu nunca mais tinha trabalhado com isso. Aí me diziam: ah, mas pra trabalhar no tutorial você não precisa estar na sua área. Eu não concordo. Eu dar aula no tutorial de algo que eu não domino é completamente diferente. (Araci, Nutrição, Brasil).

Portanto, percebe-se que a ausência de afinidade com a área do tutorial significou uma grande perda profissional. E constata-se a partir do depoimento do docente, a seguir, quando menciona que “as pessoas têm uma visão da Metodologia Ativa como se fosse uma religião que não pode por nada ser quebrado”, uma convergência com o pensamento de Tomaz Tadeu da Silva (apud GARCIA, 2002, p.12): “Há, na área da teoria educacional crítica, certos pressupostos que funcionam como verdadeiros dogmas, bem como certas perspectivas que parecem atuar como verdadeiras seitas”. Portanto, o docente assim como o autor demonstram um incômodo quanto à falta de flexibilidade do método quanto a essa questão da especialidade, e rompem com a passividade de construções discursivas que tentam impor uma pretensa pureza, bem como com uma visão ‘pastoral’ da dita pedagogia crítica.

No início a vivência para mim foi muito traumatizante porque o meu concurso foi para uma determinada área, só que eu tive que ser tutor de uma área que eu não tinha propriedade para falar sobre. Eu me senti muito exposto e senti que meus alunos foram muito prejudicados quanto a isso. Isso foi muito errado. As pessoas têm uma visão da Metodologia Ativa como se fosse uma religião que por nada pode ser quebrado. E não é por aí. Tem que ter uma certa flexibilidade.[...] (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).



Assim ocorreu no princípio do campus de saúde de Lagarto, no entanto, atualmente muitos cursos já conseguiram alocar o professor nos módulos de suas respectivas especialidades, como por exemplo a Fonoaudiologia, a Nutrição e a Odontologia, e alguns outros estão reestruturando seus Projetos Políticos Pedagógico (PPP) para esse fim. Segundo o professor: “[...] quando a gente conseguiu trabalhar com as grandes áreas dentro da Fonoaudiologia e cada um ficou com a área que mais se identificava isso ajudou absurdamente.” (Raoni, Fonoaudiologia, Brasil).

Em Portugal, os/as docentes não vivenciam mais essa problemática, visto que já conseguiram vincular-se às suas respectivas áreas de especialidade, porém, também consideram esse aspecto, quando não solucionado, como uma fragilidade do método.

Constata-se que a Metodologia Ativa, nessa perspectiva, questiona a formação tecnicista e específica do professor. Há uma valorização da formação generalista e da flexibilidade para que o mesmo possa transitar por vários temas e por várias teorias, sendo necessário para isso, que o professor se capacite, leia e estude através da formação permanente. Importa obviamente a expertise dele em determinada área, mas nunca em detrimento do conhecimento mais abrangente, da visão do todo na sua respectiva profissão.

1.5. Reconstrução da identidade profissional

Sabe-se que a identidade profissional é construída a partir do processo formativo, assim como das relações de trabalho, das atividades coletivas em organizações e das diferentes formas de intervenções no mundo do trabalho. Nessa lógica, a pedagogia delimita, então, um processo formativo, que tem na Metodologia Ativa a contribuição para a formação de identidades pessoais e profissionais. Sugere-se que essa metodologia diferenciada traz uma perspectiva de levar em conta os aspectos humanos, as interações sociais, as diversidades de gênero, as questões das desigualdades, para que o futuro profissional desenvolva essa sensibilidade no seu processo formativo.

A experiência aqui analisada trouxe como uma das categorias relevantes para o estudo, a questão da identidade profissional ou, como diria Foucault (1994), o processo de subjetivação. Para o autor o termo “experiência” refere-se ao processo pelo qual a subjetividade é fabricada pelos seres humanos, podendo ser definida como a correlação,



numa cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e modos pelos quais os indivíduos se reconhecem a si próprios como sujeitos de certo tipo. Logo, a experiência da docência no contexto da Metodologia Ativa, ou seja, de uma educação crítica, pode ser analisada através do estudo dos saberes que a ela se referem, dos sistemas de poder e de normas que regulam sua prática e dos modos pelos quais os indivíduos se reconhecem a si mesmos como sujeitos educadores críticos.

A aprendizagem proporcionada pela Metodologia Ativa na formação em saúde, o ser e o agir como educador crítico supõe tanto a aprendizagem de uma certa moralidade da conduta crítica, quanto um certo trabalho ético do indivíduo sobre si mesmo. Percebeu-se, nesta realidade, que tal experiência demandou dos/as docentes tanto do Brasil quanto de Portugal, homens e mulheres, uma **ressignificação de suas práticas** e conseqüentemente da sua identidade profissional.

A maioria dos/as docentes, pelo fato de não ter experiência prévia no uso do método ativo na formação em graduação, sentiu estranheza e dificuldade em um primeiro contato com a metodologia, fazendo com que os mesmos repensassem sua prática. Foi comum o relato da necessidade de reconstrução de suas identidades profissionais, fato que vem acontecendo passo a passo na rotina de todos os/as docentes tanto do Brasil como de Portugal, e que tem sido minimizado pelas constantes capacitações as quais são submetidos/as. Todos/as relataram ter participado de **preparação**, cursos presencial e/ou virtual, oficinas, workshops, para se adequarem ao método. Inclusive na ESS em Porto, os/as docentes tiveram formação prévia em PBL por um período aproximado de 4 anos e, além disso, participaram da construção do método na prática, o que provavelmente tenha minimizado os efeitos das mudanças metodológicas vivenciadas.

Para a professora Irani, a experiência “Mexeu muito com o ego, com vaidades. Foi enriquecedor por ser um processo até de desconstrução de ego, porque as vezes os alunos falam de uma coisa e a gente não faz ideia.” (Fisioterapia, Brasil). O **método questiona as relações de poder** e hierarquias entre docentes e alunos/as, como pode se observar a partir dos relatos a seguir:

Eu vinha de uma instituição onde eu dominava o conhecimento e passava para o aluno, então eu tive que me adequar, principalmente a ouvir mais o aluno. Eu vim de um método que só eu falava, falava e falava, e fazia slides e aqui tive que aprender a ouvir. Tenho que ouvir muito o aluno. Foi difícil, é



difícil porque eu vou ter que deixar de lado essa característica de eu ser o centro do saber, detentor do conhecimento. Eu aprendo com meus alunos. Eu tive que olhar para o meu aluno e saber quem ele era, o que ele pensa, qual a formação desse aluno. E decidi participar dessa construção. (Kayke, Enfermagem, Brasil).

Tive que aprender a ser mais flexível e polivalente. Flexível porque não podemos ficar agarrados a conceitos, temos que ter a mente aberta. Polivalente porque em qualquer momento um estudante pode nos solicitar uma coisa que não estou preparada. Tem a ver com a experiência pessoal de cada um. Dá muito trabalho. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

O ego e a vaidade, citado por alguns/as docentes, foi um ponto culminante na mudança do método, pois o professor ao sair do centro do processo de ensino-aprendizagem teve o domínio da aula diminuído. O aluno é instigado a estudar e a procurar em diversas fontes de pesquisa, sem um roteiro bibliográfico prévio, e ao voltar para o fechamento do problema, isto é, para a conclusão do caso, traz uma gama de informações que, muitas vezes, o professor não teve acesso. Dentro desse novo contexto, o professor tem que aprender a ser mais flexível e admitir suas fragilidades quanto ao conhecimento. Dentro dessa perspectiva, segundo Foucault (2012), o sistema educacional, seja ele qual for, é uma forma de manter ou modificar a adequação dos discursos com os conhecimentos e os poderes que acarretam.

Nunca me deu tanto trabalho e nunca tive que ler tanto constantemente, porque eles vão ler um artigo que eu ainda não li e vão saber mais do que eu. Tudo bem, é normal. Que assim seja, mas tenho que esperar que isso aconteça. Portanto eu tenho que estar a par do que está acontecendo. Há pessoas que são muito agarradas e que não ficam à vontade com esse confronto quando os estudantes trazem uma verdade nova. E você precisa estar confortável com isso porque se não eles dizem: “mas está aqui no artigo, como o professor não sabe disso?” Eles nos confrontam muitas vezes. Um certo grau de humildade do professor é necessária. (Amélia, Terapia Ocupacional, Portugal).

Aparece o questionamento constante das relações de poder nessa metodologia, especialmente em virtude das novas tecnologias em que o acesso dos alunos a informação mais recente e atual é facilitado. Esse fato questiona a atuação do professor que precisa estar sempre atualizado para acompanhar o dinamismo dos alunos. Isso pode gerar uma **indefinição na relação professor-aluno**, pois tanto o professor se sente incomodado por ser questionado quanto ao seu conhecimento teórico, como o aluno passa a sentir um certo “prazer” no confronto, como relata o professor de Odontologia:

O professor muitas vezes quando questionado se sente ofendido, agredido, e o aluno, às vezes, também se sente numa condição de querer ensinar o professor, coisa que não é o papel dele. O aluno incorpora muito isso, vou lá



mostrar pro cara. E isso cria uma relação de conflito que não é saudável pro processo de ensino-aprendizagem. As duas partes têm que se respeitar, afinal nós somos os professores. Temos que saber como lidar. Eu acho que isso não existe em Lagarto. Esse trabalho do ponto de vista relacional, psicológico, como é que tu tem que se comportar frente a esse aluno? (Moacir, Odontologia, Brasil)

Essa **metodologia questiona o papel tradicional do professor**, antes considerado como “dono do saber”, hoje sendo o saber compartilhado e horizontalizado. O modo como este modelo, outrossim, é orientado pelas diretrizes curriculares, os conteúdos, a interação professor-aluno, o objeto de estudo, a literatura da área, o perfil profissional que se deseja construir, a partir das questões que o professor e os alunos trazem, constroem as formas identitárias. Para isso, o docente cita, ser necessário um preparo do ponto de vista relacional, visto que, a vida de todos os seres movimenta-se constantemente através de diferentes práticas que os subjetivam de diversos modos. As relações entre verdade e poder estão presentes nos depoimentos de um modo particular: o saber instrumentaliza o poder, ou seja, ao se diminuir, de certa forma, os rumos da condução educacional, o professor fragiliza seu poder. E, por sua vez, o aluno converte o seu “dito” saber em instrumento do poder, criando um impasse do ponto de vista da relação professor-aluno. “O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso”. (FOUCAULT, 2012, P. 45).

O poder não é algo que algumas pessoas exercem sobre todo o corpo social. O poder é algo que todos exercem, visto que a sociedade é uma teia de distintas relações de poder e, portanto, não existe noção de subjetividade fora das relações de poder. É o poder que constitui o sujeito. Para Foucault (2012) o poder não existe em si, o que existe são práticas de poder. Ele fala de micropoderes que se espalham pelas diversas instituições da vida social.

Logo, a reconstrução das identidades profissionais deve-se a essência e a estrutura do método ativo, causando um repensar não apenas da prática docente, mas também de todo um saber que envolve a especialidade, a formação e também a visão de mundo do docente. “Então foi um processo bastante interessante de ressignificação do modelo de ensino e aprendizagem e eu passei a acreditar muito nesse método.” (Iara, Fonoaudiologia, Brasil).



Dubar (2005) defende a centralidade do trabalho na vida pessoal e reforça, que entre as múltiplas dimensões da identidade dos indivíduos, a dimensão profissional adquiriu uma grande importância. Sugere o termo “formas identitárias” e esclarece que não são “identidades pessoais” no sentido de designações singulares de si, mas construções compartilhadas com todos os que tem trajetórias subjetivas e homólogas, principalmente no campo profissional. O emprego condiciona a construção das identidades sociais, assim como as mudanças no mundo do trabalho obriga a transformações identitárias delicadas, e nesse sentido a formação intervém nas dinâmicas identitárias por muito tempo além do período escolar.

Vários campos do saber são acionados nessa empreitada por reconstruir-se profissionalmente e o sujeito se sente convidado a **olhar para o outro com mais compaixão, percebendo-o para além da doença**, repensando as práticas de saúde, assim como citado por Kauê: “Eu gosto muito de gente, de ser humano. Eu gosto de conhecer a história das pessoas. Eu acho que o método me favoreceu muito a enxergar o outro, esse olhar individualizado. Minha transição foi facilitada por isso”. (Educação em Saúde, Brasil). Ademais o **cuidado em saúde** se dá na inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos orientados por racionalidades distintas e está vinculado a um tipo de saber advindo da práxis, ou da atividade prática, denominada de sabedoria prática, voltada para a realização de sujeitos e não objetos. (AYRES, 2012).

A minha mudança veio quando eu vi que os alunos se tornavam mais independentes, eles começaram a questionar mais, buscar mais informações e aquilo que eu dizia não era mais a coisa mais importante, eles passaram a me questionar. Eu sou uma pessoa vaidosa, achei que isso ia me incomodar muito. Mas eu percebi que minha vaidade são meus alunos. Vê-los desenvolvendo é demais. Então foi uma transição boa pra mim. Hoje não me vejo dando aula tradicional. (Kauê, Educação em Saúde, Brasil).

A ideia da **independência**, contida na fala de Kauê, ou emancipação da humanidade a partir da educação, a necessidade de alçá-la a uma vida de racionalidade e moralidade, a produção de cidadãos esclarecidos e ‘senhores do próprio destino’, assim como preconiza os métodos ativos, remonta ao final do século XVIII, articulada pela filosofia iluminista e pela Revolução Francesa. Essa bandeira, outrossim, foi levantada pela burguesia quando ainda fazia parte de uma classe, à época, “revolucionária”. Portanto, a pedagogia crítica, a universalização da escola, no século XVIII, foi patrocinada pela burguesia ascendente para contrapor-se aos interesses



feudais. “A crença iluminista no poder libertador da razão” levou a classe burguesa a propor a ampliação da formação cultural para todos. (GARCIA, 2002). Transformar o homem e, através dele, a sociedade, foi a ideia revolucionária da burguesia nesses tempos. Mas logo que se consolidou no poder, ela passou a negar a formação cultural para o povo, deixando apenas a possibilidade do ensino profissional. Desta forma, a escola desviou-se de seus objetivos e fundamentos democráticos nos meandros obscuros da história, pela ação dessa mesma classe social que antes a tinha instituído com fins legítimos.

Transformar cada indivíduo singular em um homem racional e ativo; **humanizar** uma sociedade oprimida e explorada pela dominação político-econômica é um dos enunciados decorrentes nos discursos pedagógico-críticos, evidenciados nesta pesquisa. Essa tarefa significa ajudar os indivíduos a reencontrarem-se com seu destino histórico, sua natureza e vocação mais profunda. A educação crítica e progressista promete a emancipação da razão, o progresso moral e social e a libertação da humanidade das cadeias da ignorância e da opressão de classe. Em sua reflexão sobre a Pedagogia Crítica, Garcia (2002) menciona que alguns enunciados a sintetizam: produção do sujeito ou cidadão racional, reflexivo e autônomo; esclarecimento das consciências com as verdades propiciadas pela ciência; acesso a formas superiores de pensamento; redenção e a salvação de si mesmo e da humanidade pelo poder libertador da razão e da ação.

Portanto, constata-se, em regra geral, a partir da análise dos depoimentos dos/as docentes, que há uma reprodução desses discursos pedagógicos de redenção e salvação vinculadas ao método ativo, algo próximo ao ideal platônico, guardado os devidos exageros.

A identidade deve ser entendida como uma prática, e uma prática significativa que envolve sujeitos culturalmente inteligíveis como efeitos resultantes de um discurso amarrado por regras, e que se insere nos atos disseminados e corriqueiros da vida linguística. (BUTLER, 2003, p.43).

A Metodologia Ativa vai permitir que o docente e o discente, na dinâmica dos processos de ensino, reconstruam suas identidades, dando novos significados às suas práticas, ampliando questões teóricas, abordagens emergentes, visto que precisam



saber lidar com imprevistos, com novas questões e buscar respaldo teórico. Dessa forma, vai acontecendo uma reconstrução das identidades profissionais, de ambos, pela experiência do uso do método.

2. CONSIDERAÇÕES

As experiências dos docentes do Brasil e de Portugal, investigadas neste estudo, encontram zonas de convergência, mas também divergem entre si, em virtude dos diferentes contextos sociais e institucionais marcados pelas especificidades dos dois países. Ambos mencionaram que as transformações no mercado de trabalho, tendo como foco as competências profissionais, suscitaram uma nova metodologia de ensino orientada pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais no Brasil e pelo Processo de Bolonha em Portugal. Consideram que o dinamismo social e o rápido acesso à informação marcado pela Era da Informação, onde os avanços tecnológicos, a exemplo da internet, trouxeram “o mundo às nossas mãos em um simples clique”, foram cruciais nesse contexto de transformação. Portanto, fez-se necessário aprender a filtrar as informações para transformá-las em conhecimento. Dessa forma, entendeu-se que o aluno deveria participar ativamente do seu processo de formação, definindo seus próprios rumos, de maneira independente e com foco no estudo autodirigido.

A Metodologia Ativa, fruto dessa transformação, trabalha, então, com situações-problema advindas da realidade social, considerando a diversidade dos determinantes sociais de saúde, e vinculando os conteúdos trabalhados ao contexto da comunidade. Ela é utilizada de forma integral na realidade estudada no Brasil, seguindo o modelo da Aprendizagem Baseada em Problemas, e de forma híbrida em Portugal, onde há uma mescla de métodos ativos com momentos também de aulas expositivas. As duas realidades, tanto o uso integral do método quanto o uso híbrido, mostraram resultados positivos quanto a sua estratégia metodológica.

Percebe-se, nas duas realidades, potencialidades da Metodologia Ativa, a exemplo do desenvolvimento de alunos proativos, com comportamento de antecipação e de responsabilização pelas próprias escolhas; da habilidade de trabalhar em equipe, desenvolvendo o respeito às distintas opiniões, o que coaduna com a proposta de trabalho em redes e em equipes do sistema de saúde tanto brasileiro quanto português;



o desenvolvimento de habilidades comunicativas com vistas a preparar o futuro profissional de saúde ao “encontro” com o paciente, por entender que o cuidado em saúde deve valorizar as chamadas qualificações tácitas. O cuidado em saúde é considerado um campo que não se restringe a dimensão profissional e/ou formal, se estende, outrossim, à família e/ou relações sociais de quem precisa de cuidados e se dá na inter-relação entre saberes instrumentais e saberes práticos orientados por racionalidades distintas. Além disso, a aprendizagem, resultado da Metodologia Ativa, mostrou-se significativa, pois facilitou a ampliação e reconfiguração de ideias já existentes na estrutura mental do aluno tornando-o capaz de relacionar e acessar novos conteúdos.

Ainda que evidenciada muitas características de positividade, sugeriu-se algumas fragilidades do método, como por exemplo: a carga horária reduzida de ensino em sala de aula, fato que tem como consequência a diminuição do conteúdo teórico trabalhado; o processo avaliativo, que parece não ser capaz de identificar todas as nuances e multiplicidades que envolvem as novas qualificações para o trabalho em saúde, entendendo-se como delicado individualizar e avaliar objetivamente comunicação, comprometimento, autonomia, responsabilidade, bastiões do modelo da competência, sem tender para o subjetivo e para a personalização; a ausência de experiência prévia do aluno e docente; bem como a não vinculação do docente à sua área de especialidade, característica do método, justificado pelo fato de o docente não ter que dar respostas aos discentes, e sim estimular a busca e estudo autônomo dos mesmos.

Foi destacado neste capítulo as questões referentes a experiência com o método ativo, excluindo-se os dados e análises sobre a relação do método com a abordagem de gênero. A discussão de gênero é extensa, não estando diretamente ligada ao conteúdo principal deste livro, portanto será apresentada em outra publicação.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. R. P. de. **Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas – necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas.** 2009. Dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- ARRUDA, M. da C. C. Qualificação versus competência. **Boletim Cinterfor.** N. 149, maio-agosto de 2000.



- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface. Comunic. Saúde. Educ.*, v. 8, n. 14, 73-92, 2004.
- BERBEL, N. A. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface Comun.Saúde Educ.*, v. 2, p. 139-154, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Superior. Orientações para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Parecer CNE/CES nº583, de 4 de abril de 2001. Disponível em: www.portal.mec.gov.br. Acesso em: 22/06/2012, 11:54.
- _____. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 10 dez. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.
- BUTLER, Judith. (2003) Problemas de gênero: feminismo e subversão da realidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- CHARLOT, B. **A mistificação pedagógica: realidades sociais e processos ideológicos na teoria da educação.** Ed. Ver. E ampl. São Paulo: Cortez, 2013.
- DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo.** Disponível em: <<http://www.senac.br/INFORMATIVO/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 25 maio 2016.
- DEWEY, J. **Democracia y Educación: una introduccion a La Filosofia de La Educación.** Madri: Morata, 1998.
- DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- DUTRA, S. *et al.* **O conceito de competência e seus desdobramentos didático-pedagógicos na UNISINOS.** Disponível em: <http://unisinoblogs.com/formacao-docente/files/2013/01/Ensino-por-competencias-na-Unisinoblogs.com.pdf>. Acesso em: 11 de janeiro de 2018.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.



- FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade e política**. In: Motta, M. B. (org). Rio de Janeiro: Forense Universitária. P. 234-239. (Ditos e escritos, 5), 2004.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Trad.: Laura Fraga de Almeida Sampaio. 17. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.
- FOUCAULT, M. “Mesa-redonda em 20 de maio de 1978”. In *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. (3ª ed, p. 328-344) Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.
- GARCIA, M. M. A. **Pedagogias críticas e subjetivação: uma perspectiva foucaultiana**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.
- HIRATA, H. **Nova Divisão Sexual do Trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade**. São Paulo: Bomtempo Editorial, 2002.
- IRINEU, Roxane de Alencar. **A metodologia ativa e a mediação de gênero na formação superior em saúde: perspectivas de docentes do Brasil e de Portugal** (Tese de doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação: Universidade Federal de Sergipe, 2018.
- JUNQUEIRA, E. B. A mulher juíza e a juíza mulher. In: BRUSCHINI, Cristina et al (Orgs.) **Horizontes Plurais. Novos estudos no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1998, p. 135-161.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: EMÍLIO, Marli et al. (Orgs.). **Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as políticas públicas**. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher, 2003, p. 132-152.
- LAMPERT, J. B.; COSTA, N. M. S. C.; PERIM, G. L.; ABDALLA, I. G; AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; STELLA, R. C. R. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. (1 Supl. 1), p. 19-34, 2009.
- MEYER, D. E.; BORGES, Z. N. Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. **Ensaio: Aval. Pol. Publ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 59-76, jan/mar.2008.
- MILTRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. (Supl 2), p. 2133-44, 2008.
- PALHARINI, C. Peer Instruction – Uma Metodologia Ativa para o Processo de Ensino e Aprendizagem. 2012. Disponível em: . Acesso em: 19 jun. 2019.
- PENAFORTE, J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J.; SCHMIDT, H.; CAPRARA, A.; ROSE,



N. **Inventing ourselves** – Psychology, power and personhood. Cambridge University Press: 1996.

SILVA, A. V. Uma reflexão para a prática educativa em Paulo Freire. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 45, n. 1, 2005.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.



SOBRE OS ORGANIZADORES

GLEBSON MOURA SILVA

Enfermeiro. Professor da Universidade Federal de Sergipe, Campus de Ciências da Saúde Professor Antônio Garcia Filho, Lagarto, Sergipe. Departamento de Enfermagem. Doutor em Educação. Endereço: Rua Percílio da Costa Andrade, 175. CEP: 49020-600. Treze de Julho. Aracaju. Sergipe. Contato: 79.9.9164.7293.

ROXANE DE ALENCAR IRINEU

Fonoaudióloga. Professora da Universidade Federal de Sergipe, Campus de Ciências da Saúde Professor Antônio Garcia Filho, Lagarto, Sergipe. Departamento de Fonoaudiologia.





