

PERSPECTIVAS DA FORMAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR TRANSFORMADA ATRAVÉS DE METODOLOGIAS ATIVAS: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

TRAINING PERSPECTIVES ON HIGHER EDUCATION TRANSFORMED THROUGH METHODOLOGIES
LIVE: A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

Karla Bruna Nogueira Torres Barros¹, Sandra Larissa Freitas dos Santos², Gláucia Posso Lima³

Recebido em: 09 de setembro de 2016
Aprovado em: 21 de fevereiro de 2017
Sistema de Avaliação: Double Blind Review
RCO | a. 9 | v. 1 | p. 65-76 | jan./jun. 2017

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo apresentar uma revisão narrativa da literatura sobre a formação no ensino superior através de metodologias ativas. A busca realizou-se nas seguintes bases de dados: LILACS, SciELO, MEDLINE e BVS. Para a busca dos artigos foram utilizadas palavras-chaves em português e inglês selecionadas mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Bireme: educação superior, educação em saúde, aprendizagem baseada em problemas. Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a temática publicadas em inglês, português ou espanhol, em formato de artigos, revisões, dissertações e teses publicados de 2006 a 2016. De acordo com os estudos, promover a aprendizagem significativa exige, a princípio, uma metodologia de ensino que seja capaz de envolver o aluno enquanto protagonista de sua aprendizagem, desenvolvendo ainda o senso crítico diante do que é repassado de conhecimento, bem como estratégias para relacionar os conteúdos ao mundo real. Este processo parece tornar-se possível com a utilização do que denominamos de metodologias ativas de aprendizagem. Com isso, as perspectivas das metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o intuito de motivar o discente, pois diante do problema, se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a traduzir suas descobertas.

Palavras-chave: Aprendizagem baseada em problemas. Educação em Saúde. Ensino.

ABSTRACT

The present study aims to present a narrative review of the literature on training in higher education through active methodologies. The search was conducted in the following databases: LILACS, SciELO, MEDLINE and BVS. For search of articles were key words used in Portuguese and English selected in consultation with Descriptors in Health Sciences (DeCS) of Bireme: higher education, health education, Problem-based learning. Inclusion criteria were studies that addressed the subject published in English, Portuguese or Spanish, in format of articles, reviews, dissertations and theses published from 2006 to 2016. According to the studies, to promote meaningful learning requires at first, a teaching methodology that is able to engage the student as protagonists of their learning, still developing critical thinking before it is passed on knowledge, as well as strategies to relate the content to the real world. This process seems to become possible the use of what we call by active learning methodologies. Thus, the active methodologies use questioning as a teaching and learning strategy in order to reach and motivate the students, because before the problem stops, looks, reflects, relates his story and begins to translate their findings.

Keywords: Problem-based learning. Health Education. Education.

¹ Mestre em Ensino na Saúde (Universidade Estadual do Ceará/Brasil). E-mail: karlabruna@hotmail.com.

² Graduanda em Farmácia (Unicatólica/Brasil). E-mail: sandy.lary@hotmail.com.

³ Doutora em Saúde Coletiva (Universidade Estadual do Ceará/Brasil). E-mail: glauciaposso1@uece.br.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com o Censo de Educação Superior, a demanda por profissionais da área da saúde vem aumentando e, em paralelo, está ocorrendo maior acesso da população ao ensino superior (BRASIL, 2012). Porém, com o incremento do número de graduados, evidencia-se a necessidade de se atribuir qualidade à formação, a fim de proporcionar uma rede de profissionais diferenciada, aptos para a atuação no âmbito da integralidade, visando a autonomia dos sujeitos e não somente que atendam às atuais exigências mercadológicas, ou seja, que contribuam para um novo direcionamento das políticas de saúde (VOLPATO, 2011).

É importante que se evite o acúmulo de conhecimentos desintegrados e sem conexão com o exercício profissional. Isto é, os conteúdos a serem trabalhados numa determinada disciplina devem estar articulados com outras experiências vivenciadas pelo aluno, no espaço da universidade ao longo do seu curso. Este ambiente poderá ser dotado de metodologias ativas (LEITE, 2008; RUÉ, 2009).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde reiteram a importância da formação superior propiciar competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional com a finalidade de garantir a integralidade das ações em todos os níveis de atenção, dando ênfase à problematização e às vivências como alternativas para superar essa defasagem e preparar o farmacêutico ou enfermeiro com um novo perfil distanciando do tecnicismo (BRASIL, 2010).

A velocidade dos avanços da ciência e tecnologia nas últimas décadas é considerada a maior que a humanidade pode presenciar. No entanto, observa-se a dificuldade de estabelecer uma correlação direta entre desenvolvimento científico e tecnológico e o nível de desenvolvimento humano e social. Em relação à formação em saúde, ainda existem lacunas científicas ou práticas não preenchidas que tornam a aprendizagem muitas vezes não significativa, repercutindo, assim, nos profissionais que adentram os sistemas de saúde com deficiência (SOARES; AGUIAR, 2010).

O presente estudo visa apresentar uma revisão narrativa da literatura sobre a formação no ensino superior através de metodologias ativas e assim buscando, em torno da compreensão, a formação de profissionais conectados e comprometidos com suas diretrizes, seus princípios, programas e estratégias.

2 METODOLOGIA

O presente estudo utiliza como método a revisão narrativa da literatura, a qual apresenta como finalidade reunir e concentrar o conhecimento científico já produzido sobre a formação no ensino superior através do uso de metodologias ativas, oportunizando a busca e a síntese das evidências contidas na literatura para contribuir com o desenvolvimento do conhecimento na temática.

A busca realizou-se nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* e BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. Para a busca dos artigos foram utilizadas palavras-chaves em português e inglês selecionadas mediante consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Bireme: educação superior, educação em saúde, aprendizagem baseada em problemas. Os critérios de inclusão foram pesquisas que abordassem a perspectiva do ensino superior transformado através do uso de metodologias ativas, publicadas em inglês, português ou espanhol, em formato de artigos, revisões, dissertações e teses publicados de 2006 a 2016. Os critérios de exclusão foram trabalhos que não apresentassem resumos na

íntegra nas bases de dados e nas bibliotecas pesquisadas, publicações de anos anteriores e com duplicidade.

A pesquisa foi contemplada por 48 resumos de acordo com os descritores. Porém, após a leitura e a categorização das produções que atenderam os critérios estabelecidos previamente, foram selecionados para este estudo apenas 32 produtos. Assim, após análise criteriosa, a categorização foi descrita por Educação na sociedade brasileira: um olhar sobre a educação no ensino superior; Revolução pedagógica: aprendizagem baseada em problemas e Educação em saúde: um olhar sobre a formação no ensino superior. Por fim, a síntese das temáticas foi realizada com o intuito de descrever e classificar os resultados, apresentando o conhecimento produzido sobre o tema proposto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 EDUCAÇÃO NA SOCIEDADE BRASILEIRA: UM OLHAR SOBRE A EDUCAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR

A educação superior no Brasil foi instituída pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e foi marcada como segundo nível estrutural da educação escolar. “A LDB postula que a universidade moderna desempenha quatro funções essenciais: formar profissionais competentes, oferecer educação em nível especializado, realizar estudos, pesquisas e investigação científica voltada para o desenvolvimento e, por fim, funcionar como instituição social” (CAPOZZOLO *et al.*, 2013). São amplas as discussões e pesquisas acerca de inovações já implementadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) e daquilo que ainda há de se fazer.

A partir das DCN's, o ensino na saúde vem a cada dia aproximando-se da realidade envolvida na população, apesar de ainda existirem lacunas consideradas cruciais. Em 2001, o Ministério da Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação da área da saúde, em consonância com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação. As diretrizes curriculares conformam uma nova baliza para o ensino em saúde a partir da extinção do currículo mínimo, considerado demasiadamente teórico, rígido e inflexível, não atendendo às exigências particulares de cada região, instituição ou curso, bem como às demandas sociais. As diretrizes curriculares representam ainda o desejo de superação da hegemonia do modelo biomédico e do ensino centralizado no professor (SOARES; AGUIAR, 2010).

Sobre a configuração da educação superior no Brasil, o crescimento da rede privada e a estagnação da rede pública são pontos que colocam a necessidade de uma reavaliação do sistema de ensino superior. Uma vez que, dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta os mais baixos índices de acesso à educação superior. Para a faixa etária entre 18 e 24 anos no Brasil, apenas 12% acessam o ensino superior, enquanto na Argentina esse índice chega a 40%, na Venezuela, 26%, na Bolívia, 20,6% e no Chile, 20%. Além disso, apesar da ampliação do acesso ao ensino superior no Brasil observada nas últimas décadas, as taxas de escolarização (6,7%) ainda são baixas se comparadas com a Argentina (22,4%), Uruguai (11,3%) e com os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cuja média é de 23,2% (OLIVEIRA, 2010).

A partir do regime militar, especificamente com a reforma universitária de 1968 (Lei nº 5.540), importantes mudanças são introduzidas e ocorre no plano legal, como o fortalecimento das universidades na medida em que a lei decreta que o ensino superior deveria ser ministrado prioritariamente por universidades e apenas em caráter excepcional em faculdades. Além disso, define um modelo único de universidade pública e gratuita que deveria se pautar no princípio da indissociabilidade entre ensino,

pesquisa e extensão. No entanto, o que se observou na prática foi um desrespeito ao plano legal e uma expansão do ensino privado por meio das faculdades. O autor destaca que desde a década de sessenta, a pressão social por vagas no ensino superior era bastante grande e a resposta do governo militar a esse problema foi uma avalanche de autorizações para abertura de novas escolas e também para que as escolas já existentes aumentassem suas vagas sem atender a grandes exigências burocráticas (CALDERÓN, 2010).

A abordagem contemporânea dada à educação na sociedade brasileira se estrutura sob dois aspectos: a educação como promotora de competitividade e a educação como promotora de cidadania social. A nova DCN reflete estas duas dimensões. Outro ponto de relevância na pauta de discussões sobre o ensino superior no Brasil seria a saída do modelo único, possibilitando à universidade o oferecimento de formação científica, profissional, tecnológica e formação de professores (BRASIL, 2010).

Fazendo uma revisão da educação na sociedade brasileira, estudos apontam que, no período que vai dos anos cinquenta até o início da década de sessenta, a educação era considerada um instrumento de mobilidade social. A educação apresentava, além das funções de socialização e formação, a função de dar "status" aos indivíduos. Esta perspectiva se insere em um contexto de reestruturação da sociedade, abalada pela Segunda Guerra Mundial e, no Brasil, a educação se colocava para fortalecer ideias de democracia com o objetivo de diminuir o poder das oligarquias, fortificar a burguesia nascente, dar uma certa participação eleitoral às massas e estimular a industrialização (SOBRAL, 2010).

A formação profissional tradicional, no modelo voltado para a qualificação, objetiva disciplinar o trabalhador e ensinar-lhe uma responsabilidade. Nesta, o nível de escolaridade relaciona-se ao nível da complexidade necessária para o exercício de uma determinada profissão, correlacionando-se com a posição diante da sociedade. O papel da universidade no Brasil se vincula à construção da cidadania a partir da ampliação de seu acesso, autonomia de gestão, compromisso e busca contribuir para a autonomia do país através de desenvolvimento da ciência e tecnologia (ROLDÃO, 2007). O novo contexto de desenvolvimento do Brasil aparece como sinônimo de autonomia nacional através da geração de conhecimento científico e tecnológico, buscando a superação da dependência em relação aos países centrais. Neste momento, a função social da educação seria trazer ao indivíduo sua cidadania através do ensino público e gratuito e também pela participação deste nas esferas do poder (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

Na década de noventa, a educação era considerada, sobretudo, promotora de competitividade, dando ao indivíduo a condição de empregabilidade e trazendo para a sociedade a modernidade associada ao desenvolvimento sustentável. O contexto mundial é caracterizado pela globalização, menor intervenção do Estado na economia, maior competição entre os países, competitividade aumentada através da qualificação/formação de recursos humanos e o tripé "educação + ciência + tecnologia" aparece como caminho para o desenvolvimento. No Brasil, a política educacional apresenta ideias de educação para competitividade e também ideais de uma concepção social da educação (acesso à educação como possibilidade de diminuir desigualdades sociais) (MARTINS, 2006; ROLDÃO, 2007).

Martins (2006) explica que a expansão do ensino superior brasileiro nas últimas três décadas destacou-se em processo de transformação, formando-se um campo acadêmico extremamente complexo, marcado por diferentes posições ocupadas pelas instituições, diferenças do corpo docente (titulação), diferença na capacidade científica, formatos organizacionais distintos, diferenças em relação ao prestígio, reconhecimento social e simbólico das instituições de ensino superior (IES).

Para o autor, há uma desconsideração ao aspecto legislativo, uma vez que hoje existem aproximadamente 1000 IES, sendo que as universidades compõem 16% do conjunto e o restante é constituído por estabelecimentos isolados (faculdades). Das IES no país, 59% estão concentradas na região Sudeste, observando-se que 78% são estabelecimentos privados, enquanto 22% são do setor público. Além disso, o crescimento das IES privadas aumentou em 280%. Observa-se também que as instituições de ensino superior privadas vêm se destacando no campo acadêmico nacional como, por exemplo, nos bons resultados do Exame Nacional de Cursos e elevados conceitos nas avaliações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (MARTINS, 2006).

Martins (2006) também avalia que seria mais vantajoso estimular a pluralidade de modelos institucionais ao invés de insistir no modelo único. Outro ponto importantíssimo destacado por ele diz respeito ao fato de que, “apesar do crescimento do ensino superior no Brasil, apenas 7,6% da população entre 20 e 24 anos de idade têm acesso a este nível de ensino”. Há também uma discordância entre a expansão de matrículas e o número de alunos que concluem o curso devido ao fenômeno da evasão.

3.2 REVOLUÇÃO PEDAGÓGICA: APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS

Uma “revolução pedagógica” deve ser pensada, identificando, de início, "preconceitos sobre a educação superior que a mantém no ponto em que está". Para Guimarães (2011), existem sete preconceitos: a educação superior deve ser para uma elite e não para as massas; a educação superior diminuiu a qualidade conforme é transmitida a um número maior de pessoas; somente uma proporção mínima de pessoas está apta para a educação superior; para essa educação superior, devem-se selecionar os mais aptos; não se deve possibilitar educação superior para além das possibilidades de emprego; o Estado já está gastando demais nessa área e, por fim, não se deve querer que todos sejam profissionais, pois seria horrível um mundo em que não houvessem operários (GUIMARÃES; SILVA, 2010).

Gomes *et al.* (2010) evidenciam que as formas de aprendizagem envolvem a assimilação de lições dadas por professores; desenvolvimento de debates; leitura de livros e outros materiais didáticos; investigação de temas e problemas; observação direta da realidade (metodologias ativas); interação entre professores e estudantes; aplicação de conhecimentos na solução de problemas concretos e através da participação na vida da comunidade a que pertence.

Cavalcanti *et al.* (2011) afirmam que a competência inserida na formação do ensino superior na área da saúde seria a capacidade de orquestração de esquemas do mercado de trabalho. Pois um especialista é competente quando é capaz de dominar rapidamente situações comuns com esquemas que entram em ação automaticamente e, além disso, é capaz de coordenar e diferenciar rapidamente os esquemas de ação e os conhecimentos para enfrentamento de situações inéditas.

Levando em consideração a complexidade do ensino superior no Brasil, o processo de formação do homem deve ser compreendido aqui de forma abrangente e considerando a importância de valores como solidariedade, atendimento às demandas da população, inclusão social, democracia e dimensão política do processo de formação universitária. A aprendizagem está imersa em todos os processos citados acima, porém De Aquino (2007) relata que “aprendizagem se refere à aquisição cognitiva, física e emocional, e ao processamento de habilidades e conhecimento em diversas profundidades, ou seja, o quanto uma pessoa é capaz de compreender, manipular, aplicar e/ou comunicar esse conhecimento e essas habilidades”.

[...] a universidade sofre profundas transformações, no sentido de oferecer aos estudantes da área da saúde oportunidades para conhecerem melhor a realidade brasileira como um todo e formar profissionais capazes de trabalhar em equipe, de pensar criticamente, de aprender a aprender, de trabalhar de maneira articulada com os serviços de saúde e com a comunidade, de produzir conhecimento relevante para a construção do SUS (SANTOS, 2009, p. 35).

O paradigma dominante na ciência, inscrito no modo capitalista de produção, tem nos levado à contínua divisão do conhecimento em disciplinas e destas em subdisciplinas. À medida que esta tendência foi se aprofundando, o conhecimento se tornou cada vez mais especializado, abrangendo aspectos cada vez mais limitados da realidade. A formação em saúde adota um ensino organizado em disciplinas, centrado no professor, com atividades práticas em cenários próprios de saúde. Examinando o modelo hegemônico de se fazer ciência e as repercussões para os processos de formação e atuação, nos reportamos a Santos (2009), que chama a atenção para a excessiva divisão e disciplinarização do saber científico de hoje, que faz do cientista (profissional da saúde) um ignorante especializado, o que acarreta efeitos negativos, principalmente para o atual modelo dos serviços da rede pública e saúde em nosso país (GOMES *et al.*, 2010).

Desde seu surgimento, a universidade oscila entre duas exigências antagônicas. De um lado, as exigências que impeliram a organizar o conhecimento de forma parcelada e compartimentalizada, distinguindo as disciplinas ministradas. Por outro lado, as exigências de reunir as especialidades e áreas do conhecimento num espaço institucional comum (departamentos, faculdades, escolas, além das próprias universidades), buscando afinidades e unificação. Uma das consequências dessa dinâmica foi o surgimento do conflito até hoje ainda não resolvido entre o "generalista" (que se esforça por unificar e ampliar o conhecimento) e o "especialista" (que se esforça por aprofundá-lo) (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013).

A expressão "capacitado a atuar em todas as áreas do conhecimento" fomenta uma dimensão ampla onde, na maioria das vezes, o graduando assiste de forma pincelada conteúdos e programas de perfil extenso, que na vida egressa acabam sendo essenciais. Com isso, gera-se uma lacuna na aprendizagem do profissional de saúde, instruindo-o a atuar em vários âmbitos com bagagens de ensino estritamente deficientes, gerando dificuldades de intervenção profissional (PASSOS; BARROS, 2010).

Na França, em meados do século XX, as discussões sobre interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade e multidisciplinaridade se iniciaram. Na sequência, aparecem os termos "transdisciplinar" e "transdisciplinaridade", trazendo a ideia do "trans" como um ideal do conhecimento a ser perseguido no futuro (FEUERWERKER, 2012).

O treinamento dos estudantes para o exercício profissional é presidido pela falta de articulação entre conteúdos teóricos e práticos e diversificação de disciplinas que compõem o currículo. Assim, repensar mudanças no ensino de graduação em saúde, a partir da reflexão sobre a concepção da formação generalista ou especialista, pode significar o investimento no desenvolvimento de competências gerais, várias delas destacadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (GOMES *et al.*, 2010).

A crise da educação ou crise pedagógica deve ser compreendida em seu aspecto mais amplo enquanto crise da formação cultural. O colapso da formação cultural e, portanto, a complexidade da pseudoformação está em compreender que faz parte de um conjunto de fatores sociais que não devem ser vistos isoladamente e dissociados da formação cultural como um todo. Não se pode pensar na formação cultural e, portanto, na formação do indivíduo, isolando-a das condições concretas de existência. Assim se dá a sistematização da teoria e prática no ensino na saúde levando em consideração o meio e a cultura onde estes profissionais após a graduação serão inseridos (FEUERWERKER, 2012).

Nessa medida, podemos compreender porque hoje a educação se apresenta com alto grau de superficialidade e utilitarismo, servindo a um objetivo bem direcionado que não dá espaço para a incorporação de valores, crítica e análise. Ou seja, os profissionais muitas vezes estão tornando-se tecnicistas, onde a maior preocupação é ter que atuar, não levando em conta a qualidade desta atuação. O que assistimos hoje em larga escala é a reprodução da cultura das massas, a cultura do consumo de mercadorias e da disputa entre competidores. Assim, a educação incorpora conhecimentos que são convertidos em mercadorias para aumentar o valor individual (valor de mercado), ao invés de se vincular à construção de conhecimentos para a coletividade, solidariedade e autonomia (PASSOS; BARROS, 2010).

Se a formação é a apropriação subjetiva da cultura, então a pseudoformação é a apropriação subjetiva dos princípios da sociedade de consumo, ou seja, a apropriação de bens culturais. Observando especificamente os problemas que hoje afetam a área da saúde em termos das relações entre profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), nos damos conta da frieza que tomou conta das relações entre as pessoas. Prova disso encontra-se no programa de nome “Humaniza SUS”, que tenta resgatar ou construir uma dimensão mais humana das relações entre as pessoas. Nessa medida, percebemos o quanto a formação para o trabalho, enquanto formação para a competição e busca exclusiva de sobrevivência, é regressiva, já que coloca o homem isolado e impedido de estabelecer relações cooperativas ou solidárias com outros homens (ALMEIDA *et al.*, 2008).

Os cursos definidos pelo Ministério da Educação como pertencentes à área da saúde são biomedicina, ciências biológicas, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, educação física, medicina, nutrição, odontologia e terapia ocupacional e também alguns dos cursos que fazem a interface entre as áreas de ciências humanas e saúde: psicologia e ciências sociais. Tal critério de definição dos cursos que compõem a área de formação em discussão se justifica por representarem, no momento atual, a possibilidade mais imediata de incremento nas discussões e práticas que visam a uma mudança na formação e atuação profissional na área de saúde (KOEHLER *et al.*, 2012).

Atualmente considerando a aprendizagem significativa ser relevante para a formação dos profissionais de saúde, o que se propõe é um processo de aprendizagem que permita aos estudantes a aquisição de conhecimentos teóricos com base na observação da realidade e na reflexão crítica sobre as ações dos sujeitos, de forma que os conteúdos teóricos sejam apreendidos em conexão com a prática. Há, inclusive, diversos estudos, entre eles os de Cunha, Tavares e Harte (2001) e Piexak *et al.* (2013) sobre experiências deste tipo que podem ativar processos de ensino e aprendizagem significativos e bastante inovadores, sendo desenvolvidas em uma disciplina ou entre diversas disciplinas de um mesmo curso, especialmente em se tratando do ensino nas universidades.

Conforme Koehler *et al.* (2012), promover a aprendizagem significativa exige, a princípio, uma metodologia de ensino que seja capaz de envolver o aluno enquanto protagonista de sua aprendizagem, desenvolvendo, ainda, o senso crítico diante do que é repassado de conhecimento, bem como estratégias para relacionar os conteúdos ao mundo real. Assim, este processo parece tornar-se possível com a utilização do que denominamos por metodologias ativas de aprendizagem.

O processo ensino-aprendizagem é complexo; apresenta um caráter dinâmico e não acontece de forma sequencial como uma somatória de conteúdos expostos. Exige ações direcionadas e específicas para que o discente aprofunde e amplie os significados elaborados mediante sua participação, enquanto requer do docente o exercício permanente do trabalho reflexivo, da disponibilidade para o acompanhamento, da pesquisa e do cuidado, que pressupõem a emergência de situações imprevistas e desconhecidas (GOMES *et al.*, 2010).

3.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO NO ENSINO SUPERIOR

A proposta de repensar a formação em ciências da saúde parte do princípio de que todo o movimento que coloca os processos de saúde e adoecimento como mercadorias deve ser rechaçado. A compreensão que o Estado brasileiro tem de saúde é como um direito e não como mercadoria e, sendo assim, a responsabilidade sobre a saúde deve ser entendida de forma coletiva e não como um bem de apropriação privada, dependente das diferentes condições econômicas que se colocam para sua compra e venda. Assim, tornam-se necessárias as ações de fortalecimento quanto à formação de sujeitos que serão inseridos na Saúde Pública, especialmente considerando a complexidade de conceitos e ações contidos na ideia de Saúde Coletiva. Formar profissionais voltados para a comunidade, preocupados com a melhor comunicação com os pacientes e com problemas humanísticos e éticos, é de responsabilização formativa e pessoal (MITRE *et al.*, 2008; DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a traduzir 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 essencial 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 (MARIN *et al.*, 2010; MITRE *et al.*, 2008).

A estratégia educacional central da transformação através de metodologias ativas é obtida através de ferramentas essenciais: discussão de situações-problemas ou casos clínicos em pequenos grupos chamados de grupos tutoriais; contextualização da realidade chamado de Arco de Maguerez; ativação de subsunçores através do circuito ou painel; exposição crítica e reflexiva, onde deve-se comprovar algo, chamado de júri simulado. Estas ferramentas de aprendizagem, além de facilitar o processo de aquisição de conhecimentos, contribuem de maneira significativa para o desenvolvimento de outros atributos na formação do aluno, entre eles: habilidades de comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica. O desenvolvimento dessas habilidades e domínio de conhecimento de situações práticas trará ao futuro profissional de saúde mais capacidade de lidar com os problemas da vida profissional (TOLEDO JUNIOR *et al.*, 2008).

Para percebermos mais claramente a abrangência de uma discussão que propõe uma mudança na formação de profissionais da área de saúde, faz-se necessário um exame de diferentes conceitos sobre saúde e seu processo de desenvolvimento para que possamos perceber quais os pontos em que os avanços teóricos devem apresentar-se concretamente em desdobramentos da formação e da prática. “O conceito de saúde foi definido pela Organização Mundial de Saúde no ano de 1946 como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011), afirmando ainda que o gozo de melhor estado de saúde constitui um direito fundamental de todos os seres humanos, sejam quais forem suas raças, religiões, opiniões políticas, condições econômicas e sociais. Este conceito, que representou um avanço em termos de ampliação das dimensões que compõem a saúde, para além da simplificação de uma relação de oposição com a doença, suscita questionamentos importantes no momento (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011).

A saúde coletiva é representada como um campo de práticas científicas, teóricas e empíricas, multi e transdisciplinares, e no plano da ação-intervenção, como um campo de práticas multifacetárias (sociais,

políticas, econômicas, biotécnicas, educacionais), onde o cuidado é considerado um núcleo estrutural consistente, sendo tais práticas orientadas pela necessidade coletiva sobre os condicionantes e o próprio processo saúde-doença (SANTOS, 2009).

Trata-se de uma abordagem interdisciplinar que abrange o indivíduo, os grupos, comunidades e as dimensões institucionais, articulando diferentes disciplinas e perspectivas teórico-metodológicas dentro das ciências da saúde e que abre lacunas para o conceito de aprender fazendo, onde se reafirma a ideia de que o processo ensino-aprendizagem precisa está vinculado aos cenários das práticas, estando presente ao longo de toda a carreira. Estudos revelam que a participação dos profissionais dos serviços e da comunidade (usuários) são fundamentais na definição dos conteúdos e na orientação dos trabalhos a serem desenvolvidos com os discentes da saúde para que estas práticas sejam construídas (SOBRAL, 2010).

A atuação do profissional de saúde pode se dar em nível preventivo e/ou terapêutico, superando, paulatinamente, uma atuação puramente curativa para uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde, na medida em que este profissional se perceba como um ator social em interlocução com os demais atores do tecido social. Os desafios colocados pela realidade, as limitações dos modelos tradicionais de atenção à saúde, a emergência de novas áreas de atuação para o profissional da saúde, a ampliação e diversificação da clientela atendida, as inovações nos procedimentos e técnicas e a integração em equipes multiprofissionais são eixos que levam à necessidade de revisitar os conceitos, a formação e as práticas em saúde (PASSOS; BARROS, 2010).

Dentre as críticas que tem sido feitas aos profissionais de saúde que se formam, a principal é em relação ao seu perfil profissional voltado para a atuação em instituições privadas e seu consequente despreparo para lidar com a Saúde Pública. Tão evidente é a preocupação com a formação de recursos humanos em saúde que esta temática tem merecido a atenção de diversas iniciativas governamentais nacionais e internacionais. Pensar o processo de formação universitária de profissionais de saúde passa necessariamente pelo que consideramos como compromissos de uma educação para a cidadania e que se expressam pelo atendimento aos princípios estabelecidos no SUS (BRASIL, 2010).

Rever a formação universitária é pensar no desenvolvimento de competências específicas para a atuação profissional na área de saúde e também na capacidade de avaliar, criticar, interagir, integrar e reformular as práticas profissionais considerando a diversidade dos indivíduos e coletividades. Para isso, se busca dar ênfase aos preceitos éticos, técnicos, políticos e ambientais que revelem o respeito à diversidade e ao enfoque da Saúde Coletiva, compreendida como o campo no qual se inscrevem as múltiplas dimensões indissociáveis do ser humano, para além dos fenômenos biológicos e orgânicos, considerando sua inserção no contexto sócio histórico e as relações que constrói a partir dessa inserção (ESPERIDIÃO; MUNARI; STACCIARINI, 2008).

A formação dos alunos de graduação em enfermagem e farmácia encontra como obstáculo a diversificação do termo humanização, sem que se valorize o documento do Ministério da Saúde sobre Política Nacional de Humanização e a discrepância relacionada a teoria com a prática vivenciada (FERREIRA; RAMOS, 2014). Com isso, torna-se necessário a revisão das matrizes curriculares que atendam às necessidades dos saberes na graduação, para que esta possa influenciar uma nova estratégia de atendimento, aperfeiçoamento e humanização nos serviços de saúde, respondendo e preenchendo as lacunas existentes no processo de formação profissional, estabelecendo ao discente a permissão da autonomia refletida nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BARBOSA *et al.*, 2013).

Nos serviços de saúde ainda se mantém a padronização de condutas e o fazer técnico como forma de organização dos serviços em detrimento ao acolhimento e igualdade do cuidado. Segundo a Política

Nacional de Humanização, a busca é formar profissionais que na sua atuação articulem ações de eficiência técnica e científica, postura ética, mas que respeite a necessidade e singularidade de cada usuário, sabendo que esta convivência é imprevisível e é geradora de inovação nas práticas de saúde. A humanização interligada com o cuidado com os usuários, o processo de trabalho e a formação profissional, indicam a consolidação da construção de um arcabouço teórico-prático imprescindível e vivo para a implementação do Sistema Único de Saúde fortalecendo a construção efetiva do profissional da saúde, sendo, este processo, facilitado através das metodologias ativas de ensino (ARAÚJO; FREITAS, 2010; BARBOSA *et al.*, 2013).

4 CONCLUSÃO

A ideia de uma prática pedagógica inovadora é um ponto de partida para o desconhecido, representando, muitas vezes, uma ameaça ao posto conquistado. A partir disso, surgem novos horizontes e possibilidades de transformação. A reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são o alicerce para a reconstrução de novos caminhos na busca pela integralidade entre teoria e prática, ensino e aprendizagem, razão e emoção, ciência e fé, competência e amorosidade. Somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos.

Observa-se nos estudos que as perspectivas das metodologias ativas são predominantes em relação as experiências aplicadas em disciplinas ou atividades de ensino e assistência. Tais experiências são motivadas por interesses pessoais e institucionais, empenhando os docentes na aplicação de inovações pedagógicas.

Com isso, as práticas baseadas em problemas exigem momentos de reflexão para a melhoria da didática frente às dificuldades apresentadas e constante autoavaliação e replanejamento. Além disso, a adequação de metodologias ativas no ensino superior é dita como um ato desafiador e motivador que propõe habilidade comunicativa, exercício de liderança e observação de aspectos referentes à interdisciplinaridade dos conteúdos e a complexidade dos indivíduos, sujeitos dos casos, exigindo sensibilização, motivação e participação docente, discente e institucional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. *et al.* Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica.

Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 437-444, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, p. 137-146, jan./mar. 2010.

BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 123-127, jan./fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resumo técnico censo da educação superior 2010**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/resumo_tecnico/resumo_tecnico_censo_educacao_superior_2010.pdf>. Acesso em: 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Referenciais curriculares nacionais dos cursos de bacharelado e licenciatura**. Brasília, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/site/arquivos/pdf/Referenciais-Curriculares-Nacionais-v-2010-04-29.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

CALDERÓN, A. I. Universidades mercantis: a institucionalização do mercado universitário em questão. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 61-72, 2000.

CAPOZZOLO, A. A. *et al.* Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 45, p. 357-370, abr./jun. 2013.

CAVALCANTI, L. I. P. *et al.* A docência no ensino superior na área da saúde: formação continuada/desenvolvimento profissional em foco. **Revista Eletrônica Pesquiseduca**, v. 3, n. 6, p. 162-182, jul./dez. 2011.

CUNHA, M. I.; TAVARES, P. M.; HARTER, C. Inovações pedagógicas na formação inicial de professores. In: FERNANDES, C. M. B.; GRILLO, M. (Orgs.). **Educação superior: travessias e atravessamentos**. Canoas: Editora da ULBRA, 2001. p. 33-90.

DE AQUINO, C. T. E. **Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

ESPERIDIÃO, E.; MUNARI, D. B.; STACCIARINI, J. M. R. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 516-522, jul./ago. 2008.

FEUERWERKER, L. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, 2013.

GOMES, M. P. C. *et al.* 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.

GUIMARÃES, D. A.; SILVA, E. S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2551-2562, 2010.

GUIMARÃES, R. Desafios da pós-graduação em saúde humana no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 1-13, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32924/35494>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

KOEHLER, S. M. F. *et al.* Inovação didática - projeto de reflexão e aplicação de metodologias ativas de aprendizagem no ensino superior: uma experiência com "peer instruction". **Janus**, Lorena, ano 6, n. 15, jan./jul., 2012.

LEITE, C. Que lugar para as ciências da educação na formação para o exercício da docência no ensino superior?. In: SOUSA, J. M. (Ed.). **Educação para o sucesso: Livro de Actas do Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação**. Funchal: SPCE, p. 131-140, 2008.

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.

MARTINS, C. B. **O ensino superior brasileiro nos anos 90**. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 41-60, 2006.

MITRE, S. M. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

OLIVEIRA, G. A. Uso de metodologias ativas em educação superior. In: CECY, C.; OLIVEIRA, G. A.; COSTA, E. **Metodologias ativas: aplicações e vivências em educação farmacêutica**. Brasília: Associação Brasileira de Ensino Farmacêutico e Bioquímico, 2010. p. 11-33.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. 26. ed. Ginebra, 2011.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-80, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v16n1/4390.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

PIEXAK, D. R. *et al.* A percepção de estudantes da primeira série de um curso de graduação em enfermagem acerca da pesquisa. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 68-72, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/10.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ROLDÃO, M. C. Função docente: natureza e construção do conhecimento profissional **Revista Brasileira de Educação**, v. 12, n. 34, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0541.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

RUÉ, J. A aprendizagem com autonomia: Possibilidades e limites. In: PIMENTA, S. G.; ALMEIDA, M. I. (Orgs.). **Pedagogia universitária**. São Paulo: EDUSP, 2009. p. 17-23.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2009.

SOARES, N. T.; AGUIAR, A. C. Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Rev. Nutr.**, Campinas, SP, v. 23, n. 5, p. 895-905, set./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n5/a19v23n5.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SOBRAL, F. A. D. F. Educação para a competitividade ou para a cidadania social? **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n. 1, p. 3-11, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n1/9797.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

TOLEDO JÚNIOR, A. C. C. *et al.* Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 18, n. 2, p. 123-131, abr./jun. 2008.

VOLPATO, G. A universidade na sua constituição: criação, reformas e implicações político-epistemológicas. **Rev. Bras. Est. Pedag.**, v. 92, n. 232, p. 678-701, set./dez. 2011.