

Políticas e Currículo de formação
de profissionais de saúde no Brasil
– que espaço para a
aprendizagem interprofissional?

Andréa Echeverria Martins Arraes de Alencar

2021





Andréa Echeverria Martins Arraes de Alencar

**POLÍTICAS E CURRÍCULO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL –
QUE ESPAÇO PARA A APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL?**

Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP) para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação, sob a orientação da Professora Doutora Preciosa Fernandes.

Dedico este trabalho aos meus pais
Silvia e Jorge (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que me incentivaram, apoiaram e colaboraram neste percurso de trabalho para conclusão da tese de doutoramento.

À direção da Faculdade Pernambucana de Saúde pela liberação das minhas atividades académicas para realização do doutoramento na FPCEUP. À Deborah Foinquinos que assumiu a coordenação neste período.

Ao amigo Luiz Felipe Serguilha que abriu as portas da cidade do Porto.

Aos colegas que conheci neste caminho: Lilian, Maria Clara, Maria Júlia, Wellington, Ana Teixeira, Marina Barros, Augusto, Alberto e Uziel pela companhia e convivência sempre divertida durante a estadia na cidade do Porto.

Aos professores do curso pelos ensinamentos e especialmente a minha orientadora Dra. Preciosa Fernandes pelo rigor permanente no acompanhamento da construção da tese.

À Júlia e Lula que sempre me apoiaram.

RESUMO

Tomando como quadro de referência teórico-metodológico o ciclo contínuo de políticas (Bowe et al., 1992), e reconhecendo que os processos de produção de políticas internacionais orientam o contexto de texto e de prática locais, a investigação realizada teve como objetivo geral analisar efeitos de políticas internacionais nos planos curriculares dos cursos de graduação de saúde no Brasil e, como objetivo específico, compreender sentidos que professores/tutores e estudantes atribuem a uma formação orientada para a aprendizagem autónoma e para uma formação interprofissional. O estudo foi desenvolvido na Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), tendo-se recorrido a uma metodologia mista: qualitativa e quantitativa (Stake, 2011; Amado, 2013; Yin, 2016; Gerring, 2019; Coutinho, 2018, Ribeiro, 2018) por considerarmos que se adequa aos objetivos do estudo. Numa orientação qualitativa, recorreu-se à análise documental das políticas e tratados internacionais (BM, UNESCO, OCDE), e documentos institucionais (Leis de Diretrizes e Bases, Projeto de Desenvolvimento Institucional (PDI/FPS e Projeto Político Pedagógico dos cursos de saúde da FPS: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia e a entrevistas semiestruturadas realizadas a professores/tutores desses vários cursos de saúde da FPS. Os dados de natureza qualitativa foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016), com suporte do software Nvivo versão 12. A dimensão quantitativa, correspondeu aos dados relativos à aplicação de um inquérito por questionário a estudantes dos referidos cursos, tendo-se obtido um total de 337 respostas. Com este procedimento objetivou-se, fundamentalmente, analisar percepções dos estudantes quanto à importância que atribuem a processos de ensino aprendizagem orientados para a aprendizagem interprofissional e para o trabalho colaborativo. Os resultados indicam uma estreita relação entre diretrizes das políticas internacionais de formação superior em saúde e as propostas curriculares nacionais, nomeadamente quanto à indicação de uma formação de matriz geral humanista e a processos de ensino-aprendizagem assentes em metodologias ativas que promovam o envolvimento dos estudantes na sua aprendizagem. Os professores/tutores entrevistados assumem que as metodologias ativas, no caso - Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), favorecem o trabalho interprofissional. Também os estudantes reconhecem mais valias ao trabalho interprofissional e identificam nos currículos dos cursos de saúde da FPS disposições para que o ensino-aprendizagem aconteça entre estudantes das diversas áreas de saúde, evidenciando a passagem de uma lógica centrada na relação uniprofissional para um trabalho articulado, colaborativo e em equipe. Docentes e estudantes manifestam concordância quanto à necessidade de reformulação dos currículos de graduação em saúde promotora de processos formativos interdisciplinares que conduzam ao abandono de uma visão tradicional e segmentada da formação dos profissionais de saúde. Este posicionamento de convergência está também presente na importância que ambos, professores e estudantes, atribuem ao desenvolvimento de competências transversais que possibilitem uma efetiva preparação para uma formação interprofissional em saúde.

Palavras-Chave: Políticas curriculares dos cursos de graduação de saúde no Brasil; professores; estudantes; formação interprofissional.

ABSTRACT

Taking the continuous cycle of policies (Bowe et al., 1992) as a theoretical-methodological frame of reference and recognizing that the processes of international policies production guide the context of local text and practice, this research had the purpose of analyzing the effects of international guidelines on the curricular plans of undergraduate healthcare courses in Brazil and, as a specific objective, to understand the meaning that teachers/tutors and students attribute to a training oriented to autonomous learning and interprofessional training. The study was carried out at the Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), using a mixed methodology: qualitative and quantitative (Stake, 2011; Amado, 2013; Yin, 2016; Gerring, 2019; Coutinho, 2018, Ribeiro, 2018), because we consider that it fits the objectives of the study. In a qualitative orientation, we used the documentary analysis of international policies and treaties (WB, UNESCO, OECD), institutional documents (Laws of Guidelines and Bases, Institutional Development Project, or PDI/FPS) and the Political Pedagogical Project of the healthcare courses at FPS: nursing, pharmaceuticals, physiotherapy, nutrition, medicine and psychology. There were also semi-structured interviews conducted with teachers/tutors of these various healthcare courses at FPS. The qualitative data were analyzed according to the content analysis technique (Bardin, 2016), with the Nvivo software, version 12. The quantitative dimension corresponded to the data collected by applying a questionnaire survey to students of the referred courses. The study obtained 337 responses. With this procedure, the objective was, fundamentally, to analyze student perceptions on the importance they assign to teaching-learning processes driven towards interprofessional learning and collaborative work. The results indicate a close relationship between guidelines of the international policies on higher education in healthcare and the national curricular plans, particularly regarding the indication of a humanistic general curricular training and teaching-learning processes based on active methodologies that promote student involvement in their learning. The interviewed teachers admit that active methodologies - in this case, problem-based Learning (ABP) - favor interprofessional work. Students also recognize the value of interprofessional work and identify, in the curricula of the healthcare courses at FPS, provisions for teaching-learning processes to happen among students from the various areas of healthcare, evidencing the transition from a uniprofessional relationship logic to articulated and collaborative teamwork. Teachers and students agree on the need for reformulation of undergraduate curricula in interdisciplinary training healthcare, resulting in the abandonment of a traditional and segmented vision of the instruction of healthcare professionals. This convergent position is also present in the importance that both teachers and students assign to developing cross-sections competencies that enable adequate preparation for interprofessional training in healthcare.

Keywords: Curricular policies of undergraduate healthcare courses in Brazil; teachers; students; interprofessional training.

RESUMÉ

A partir de la référence théorique et méthodologique du cycle continu de politiques (Bowe et al., 1992) et tenant compte que les processus de production des politiques internationales orientent le contexte de texte et des pratiques locales, l'investigation réalisée a eu comme objectif général analyser les effets des politiques internationales sur les plans curriculaires des cours de médecine et comme objectif spécifique comprendre les sens que les professeurs/tuteurs et étudiants attribuent à une formation orientée et une formation professionnelle. L'étude s'est déroulée à la Faculté de santé du Pernambouc (FPS) et a eu recours à une méthodologie mixte: quantitative et qualitative (Stake, 2011; Amado, 2013; Yin, 2016; Gerring, 2019; Coutinho, 2018, Ribeiro, 2018). Quant à l'orientation qualitative on a fait recours à l'analyse des documents des politiques et traités internationaux (BM, UNESCO, OCDE) et à des documents institutionnels (La loi des orientations de base, Projet de développement institutionnel des divers cours offerts par la FPS et à des interviews réalisées avec les professeurs/Tuteurs des différents cours de la FPS. Les données de nature qualitative ont été analysées selon l'analyse de contenu (Bardin, 2016) avec l'aide du logiciel Nvivo version 1.2. La dimension quantitative correspond aux données relatives à l'application d'un questionnaire soumis aux étudiants des divers cours offerts, avec un total de 337 réponses. L'objectif, avec ce processus, était surtout d'analyser les perceptions des étudiants quant aux processus d'enseignement et apprentissage orientés vers un apprentissage interdisciplinaire et un travail collectif. Les résultats indiquent une étroite liaison entre les orientations internationales et les propositions nationales de curriculum notamment en ce qui concerne la matrice humaniste et les processus d'enseignement basés sur des méthodologies actives qui engagent les étudiants à participer de l'apprentissage. Les professeurs interviewés indiquent que les méthodologies actives-ici, l'apprentissage basé en problèmes, ABP-favorisent le travail interprofessionnel. De même pour les étudiants. Professeurs et étudiants manifestent une concordance quant à la nécessité de reformulation de curriculum de graduation en santé, capable de processus de formation interdisciplinaires qui puissent conduire à l'abandon d'une vision traditionnelle et fragmentée de la formation des professionnels de santé. Cette position de convergence est bien présente dans l'importance que les deux, professeurs et étudiants, attribuent au développement des compétences transversales qui permettent une effective préparation pour une formation des professionnels de santé.

Mots clés: Politiques curriculaires de graduation au Brésil; professeurs; étudiants; formation interprofessionnelle.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
RESUMÉ	vi
ÍNDICE	vii
ABREVIATURAS E SIGLAS	x
ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS	xii
INTRODUÇÃO	1
O ESTUDO NA SUA PROBLEMÁTICA, RELEVÂNCIA E ORGANIZAÇÃO	1
A problemática e relevância do estudo	2
Questões e objetivos da investigação	5
Organização do estudo	6
CAPÍTULO I – INFLUÊNCIAS GLOBAIS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	9
Nota introdutória.....	10
1.1. Globalização e suas características	11
1.2. Influências do BM, UNESCO e OCDE na definição de diretrizes de políticas públicas no Brasil	21
1.2.1. Banco Mundial (BM)	23
1.2.2. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO	28
1.2.3. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)	34
1.2.4. Influências de políticas globais nas orientações para a formação do profissional de saúde no Brasil - uma síntese	37
CAPÍTULO II – POLÍTICAS PARA A FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL	42
Nota introdutória.....	43
2.1. Para uma contextualização de Políticas de formação de profissionais de saúde no Brasil	43
2.1.1. Da independência do Brasil até à constituição de 1988	44
2.1.2. Período pós-constituição de 1998	51
2.2 Orientações legais para a formação superior em saúde no Brasil	57
CAPÍTULO III – CURRÍCULO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL ..	60
Nota introdutória.....	61
3.1. Situando o conceito de currículo	61
3.2. Currículo Integrado e formação do profissional de saúde	65

3.2.1. Aprendizagem Baseada em Problemas e Aprendizagem Significativa	69
3.3. Currículo, interprofissionalidade e formação do profissional em saúde	75
CAPÍTULO IV – ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	82
Nota introdutória.....	83
4.1. Estudo Misto	83
4.2. Técnicas de recolhas de dados	85
4.2.1. As entrevistas	85
4.2.2. Inquérito por questionário	88
4.2.3. Análise documental	91
CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	93
Nota introdutória.....	94
5.1. Contexto de investigação: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).....	94
5.2. Caracterização dos participantes no estudo	97
5.3. O contexto da Prática – da análise de documentos internos da FPS à visão dos professores e estudantes participantes no estudo	102
5.3.1. Análise de documentos internos da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS	102
5.3.2. Dados resultantes das análises das entrevistas a professores/tutores da FPS	116
5.4. Inquérito por questionário	155
5.4.1. Trabalho em equipa e colaboração	160
5.4.2. Identidade profissional.....	177
5.4.3. Síntese interpretativa dos resultados dos inquéritos aos estudantes da FPS	186
CAPÍTULO VI – CONCLUSÕES DO ESTUDO	192
Nota introdutória.....	193
6.1. (Re)situando o estudo e as suas conclusões.....	193
6.1.1. Influências de políticas globais nas políticas de educação superior em saúde no Brasil	196
6.1.2. Relações entre diretrizes curriculares e os currículos dos cursos de saúde da FPS na visão dos professores/tutores	202
6.1.3. Perceções dos estudantes sobre princípios organizadores dos currículos de saúde da FPS na sua relação com um perfil profissional orientado para a interprofissionalidade.....	207
6.2. Cruzando pontos de vista de professores/tutores e de estudantes - uma síntese	209
6.3. Limitações e sugestões para futuros estudos.....	211
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	214

ANEXOS	237
ANEXO I – Entrevista com tutores	237
ANEXO II – TCLE com professores/tutores	239
ANEXO III – Escala RIPLS	240
ANEXO IV – TCLE com estudantes	243
ANEXO V – Perguntas aos estudantes	246

ABREVIATURAS E SIGLAS

APB	Aprendizagem Baseada em Problemas
AS	Aprendizagem Significativa
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CES	Câmara de Educação Superior
CNE	Conselho Nacional de Educação
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
FIES	Fundo de Investimento Estudantil
FMI	Fundo Monetário Internacional
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MAA	Metodologia de Aprendizagem Ativa
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Coordenação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Prática Colaborativa
PDI	Projeto de Desenvolvimento Institucional
PNE	Plano Nacional de Educação
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PROUNI	Programa Universidade para Todos

REUNI	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RIPLS	Readiness for Interprofessional Learning Scale
SP	Saber Popular
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1: Amostra por cursos	90
Quadro 2: Relação do número de professores e estudantes, por curso da FPS, em 2019. 97	
Quadro 3: Caracterização dos professores/tutores da FPS entrevistados	98
Quadro 4: Número de estudantes por curso e número dos que participaram no estudo e período que estavam cursando	99
Quadro 5: Estudantes por curso matriculados no terceiro ano no ano letivo de 2019/2020	100
Quadro 6: Amostra estratificada por curso	101
Quadro 7: Distribuição dos estudantes de saúde da FPS participantes da pesquisa, por idade e por sexo	101
Quadro 8: Documentos analisados	103
Quadro 9: Objetivos e metas da FPS	105
Quadro 10: Dimensões, Categorias e Subcategorias de análise dos discursos dos professores/tutores entrevistados.....	117
Quadro 11: Categorias de análise das respostas ao inquérito Readiness for Interprofessional Learning Scale (2015) selecionadas para o estudo	159
Tabela 1: Documentos internacionais que foram objeto de análise	22
Tabela 2: Documentos/legislação nacionais que foram objeto de análise.....	23
Gráfico 1: Conhecimento da matriz do curso.....	156
Gráfico 2: Identificação nas atividades curriculares de estímulo ao trabalho interprofissional com outros cursos de saúde	157
Gráfico 3: Aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipa de saúde.....	160
Gráfico 4: Benefício para o paciente da colaboração entre estudantes da área de saúde	161
Gráfico 5: Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área de saúde e capacidade de compreender problemas clínicos.....	162

Gráfico 6: Aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde melhora as relações profissionais após a graduação	163
Gráfico 7: Habilidade de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.....	164
Gráfico 8: Aprendizagem compartilhada ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais?	165
Gráfico 9: Habilidade de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área de saúde.....	166
Gráfico 10: Para aprendizagem em pequenos grupos funcione os estudantes precisam confiar e respeitar e uns aos outros	167
Gráfico 11: Aprendizagem compartilhada ajuda a compreender as próprias limitações.	168
Gráfico 12: Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes de meu próprio curso	170
Gráfico 13: Aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões de saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.....	171
Gráfico 14: Oportunidade de trabalhar em projetos em pequenos grupos com estudantes de outras profissões de saúde.....	172
Gráfico 15: Aprendizagem compartilhada ajuda a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.....	173
Gráfico 16: A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipa	174
Gráfico 17: Não desperdício do tempo com estudantes de outras profissões de saúde .	177
Gráfico 18: Necessidades de estudantes de graduação da área de saúde aprendam juntos	179
Gráfico 19: A função dos demais profissionais de saúde é principalmente apoio aos médicos	180
Gráfico 20: Sentimento de desconforto se outro estudante da área de saúde sabe mais sobre um tópico.....	181
Gráfico 21: Diagnóstico como principal função do papel profissional (objetivo clínico) ..	183
Gráfico 22: Estabelecer uma relação de confiança com pacientes é importante (situação do paciente).....	184

INTRODUÇÃO

O ESTUDO NA SUA PROBLEMÁTICA, RELEVÂNCIA E ORGANIZAÇÃO

POLÍTICAS E CURRÍCULO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL – QUE ESPAÇO PARA A APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL?

A problemática e relevância do estudo

A velocidade no acesso às informações tem alterado a economia, o conhecimento e a subjetividade dos cidadãos do séc. XXI. Os valores mudam muito e rápido e as formações profissionais estão cada vez mais dependentes do mercado de trabalho. A sociedade atual imprime um modelo de formação em que os valores estão intimamente relacionados com a economia de mercado neoliberal acarretando efeitos no ensino, na aprendizagem, no conhecimento e na atuação pedagógica. Num mundo onde a rapidez e as mudanças se processam em escalas meteóricas, em que estamos perante novas demandas para a formação profissional, coloca-se em questão a forma como se aprende hoje, o que mudou e o que permanece válido (Young, 2010; Pacheco, 2014; Santos, 2017).

Acompanhar as mudanças num mundo globalizado torna-se, assim, um permanente desafio para a educação, principalmente quando a proposta é oferecer um ensino de qualidade e atualizado com os movimentos educacionais inovadores. Neste panorama, importará que cada instituição de ensino superior, e seus responsáveis, se posicionem política e ideologicamente face a essas novas demandas, procurando caminhos para a formação que não fiquem prisioneiros de uma lógica de mercado neoliberal.

Neste panorama, organizações e conferências internacionais têm avançado com orientações para a educação que intentam acompanhar as transformações das sociedades contemporâneas. Neste âmbito, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO), desde o seu início, em novembro de 1945, tem trabalhado com diretrizes e propostas para o avanço na democratização da educação e do acesso ao conhecimento para toda a população do planeta. Numa leitura sobre o papel da UNESCO, Gomide (2009) preconiza que "é por meio da educação que reside a esperança de formação de mentes verdadeiramente democráticas, abertas ao diálogo e solidária em todas as práticas sociais" (Gomide, 2009, p. 3). Esta diretriz é reforçada na Declaração de Dakar UNESCO que fixa a "Educação Para Todos", como meta a atingir, recomendando que a todos seja acessível a condição para aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser (UNESCO, 2000). Tal recomendação não se restringe à educação

formal, mas abrange uma dimensão que transcende a escola e envolve toda a sociedade na medida em que compreende a educação numa aceção ampla, que engloba dimensões do ser, pensar/conhecer, agir e sentir (Cunha, 2001). Neste sentido o compromisso maior daquela meta vai além do seu objetivo educacional, abarcando de forma abrangente o combate à exclusão social, a erradicação da pobreza, o desenvolvimento humano, a democracia, a sustentabilidade do planeta e a construção de uma cultura de paz (UNESCO, 2000).

Neste contexto de influências das políticas internacionais cabe também um registo quanto à contribuição para o campo da educação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). No relatório de abril de 2018, intitulado *The Future of Education and Skills 2030* (OECD, 2018) foram lançadas questões e desafios para os governos visando a promoção de políticas globais relacionadas especificamente com o campo do currículo e com a formação dos futuros profissionais, interrogando-se:

- Que conhecimentos, habilidades, atitudes e valores os estudantes de hoje precisam para prosperar e moldar seu mundo?
- Como os sistemas institucionais podem desenvolver esses conhecimentos, habilidades, atitudes e valores de forma eficaz? (OECD, 2018, p. 2).

As preocupações apontadas neste relatório parecem direcionar-se para a necessidade de, por um lado, se traçarem objetivos mais amplos para a educação, priorizando o bem-estar individual e coletivo e, por outro, se pensarem os currículos de formação numa perspectiva mais ampla, organizando-os não apenas para a obtenção de conhecimentos, mas também para o desenvolvimento de habilidades, atitudes e valores. Dá-se clara ênfase ao desenvolvimento de competências para transformar a sociedade, e à construção de projetos inovadores que permitam avançar em direção a uma mudança ecossistêmica (OECD, 2018, p. 4-6).

É neste contexto de orientações das políticas internacionais que o currículo do futuro deve ser projetado, envolvendo os estudantes para os motivar, e reconhecendo os seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. Sugere-se um ensino desafiador,

alinhado com os processos de avaliação, e com uma adequação do conhecimento a situações problemas, que permita o desenvolvimento, nos estudantes, de um pensamento e reflexão profundos capazes de garantir a qualidade da sua formação. Preconiza-se, nestes pressupostos, que o estudante possa, de modo bem informado, "fazer as suas escolhas" (OECD, 2018, p. 7).

Em sintonia com estas orientações, argumenta António Nóvoa¹ que, o grande desafio para a educação no século XXI será a criação de novos ambientes educativos, considerando que o ambiente que caracteriza as instituições educativas na atualidade foi construído no século XIX, não estando, assim, adaptado às grandes mudanças da atualidade.

É neste cenário que se considera pertinente compreender relações de influência entre políticas internacionais (globais) e políticas brasileiras, orientadas, neste caso, para a formação de profissionais de saúde. Neste campo específico, considera-se particularmente relevante produzir conhecimento sobre currículos de formação de profissionais de saúde, e processos do seu desenvolvimento, levando em conta as identidades institucionais de ensino superior, demarcando valores e referências para a comunidade científica, assim como para os estudantes e professores.

O presente estudo visa, assim, contribuir para esclarecer concepções, dinâmicas e sentidos, inerentes aos processos de construção e de desenvolvimento dos currículos de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). O interesse em desenvolver esta investigação decorre de três razões fundamentais. Uma primeira prende-se com o facto de esta faculdade, desde 2005, ter adotado para todos os cursos o modelo de **Aprendizagem Baseada em Problemas** (ABP) (Komatsu et al., 2003). Sendo a ABP entendida como uma proposta curricular inovadora, que requer modos de "fazer ensinar" e "de aprender" peculiares (Perrenoud, 1999), considera-se importante, decorridos 16 anos após a sua implementação, produzir conhecimento sobre sentidos que lhes são atribuídos quer por professores/tutores, quer por estudantes, e efeitos na formação dos estudantes. Uma segunda razão prende-se com a importância de se identificarem aspetos de natureza

¹ Aula Magna proferida por António Nóvoa em 2018 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

curricular, e relativos a práticas pedagógicas que, nos diferentes cursos, não estão a ser bem sucedidos/as de modo a contribuir para a sua melhoria e, assim, para a sustentabilidade da proposta curricular em curso. Em terceiro lugar objetiva-se compreender como as metodologias ativas, no caso a aprendizagem baseada em problemas (ABP) contribui para uma educação voltada para uma atuação interprofissional em saúde.

Em síntese, a presente investigação visa: produzir conhecimento sobre políticas de currículo de formação de profissionais de saúde; mapear concepções que caracterizam o currículo de formação de profissionais de saúde em desenvolvimento na Faculdade Pernambucana de Saúde; compreender a relação entre o currículo em desenvolvimento e o perfil do profissional que se pretende formar e identificar sentidos atribuídos por professores/tutores e estudantes sobre os princípios organizadores dos currículos dos cursos desta Faculdade, assim como compreender que possibilidades/espacos existem para uma aprendizagem interprofissional voltada para o trabalho colaborativo e em equipa.

Questões e objetivos da investigação

No quadro ideias apresentadas a presente investigação desenvolveu-se em torno das seguintes questões de investigação:

- 1) Que influências de políticas globais são identificadas nos currículos nacionais para formação do profissional em saúde no Brasil?
- 2) Em que medida os currículos da FPS favorecem uma formação do profissional de saúde orientada para a interprofissionalidade?

Para responder a estas questões de pesquisa definiram-se como objetivos, os seguintes:

- a) Mapear influências das políticas globais nos currículos nacionais para formação do

- profissional em saúde;
- b) Analisar relações entre as Leis e Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de saúde e os projetos curriculares dos cursos da FPS e competências orientadas para a interprofissionalidade;
 - c) Identificar sentidos atribuídos por professores/tutores e por estudantes sobre princípios organizadores do currículo de saúde da FPS e os processos do seu desenvolvimento na sua relação com um perfil profissional orientado para a interprofissionalidade.

Organização do estudo

No quadro da problemática em estudo e das questões e objetivos explicitados, o presente trabalho apresenta, no **capítulo I**, uma leitura sobre influências de políticas globais (**contexto de influência**) (Bowe et al., 1992) nas diretrizes de formação do profissional de saúde no Brasil (**contexto de produção do texto**) e seu impacto nos projetos curriculares de formação de profissionais de saúde no Brasil especificamente na Faculdade Pernambucana de Saúde (**contexto da prática**), dando-se conta de princípios e concepções que as matriciam e de orientações para a sua concretização, capítulo que constitui como que uma antecâmara do referencial teórico.

A seleção dos documentos internacionais (Banco Mundial - BM, Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE), para análise, teve como marco o ano 2000 até 2018, período que representa um crescimento significativo no Brasil do número de faculdades privadas, e o início da construção de leis que legalizam e regulamentam os currículos e o ensino superior do em saúde até à atualidade.

No **capítulo II** intitulado **Políticas para a formação superior em saúde no Brasil**, aborda-se, com maior aprofundamento, a implicação das políticas globais para a formação do profissional de saúde no Brasil. Parte-se de uma análise histórica do movimento do sistema de saúde brasileiro numa contextualização das políticas antes e depois da

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, até à atualidade. Analisam-se, portanto, as orientações legais para a formação superior em saúde no Brasil na sua relação entre influências das Leis e Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) de saúde da FPS.

No capítulo III aborda-se o **Currículo de formação de profissionais de saúde no Brasil** com base na teoria crítica do currículo, teoria que o fundamenta. Nesse âmbito aborda-se a perspectiva de currículo integrado a partir do pensamento de Beane (1993, 1995, 2000) e outros autores, na sua relação com o currículo de **formação do profissional de saúde**. Ainda neste capítulo III discorre-se sobre **Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)**. Parte-se da definição de Aprendizagem Baseada em Problemas, seus fundamentos e características, enquanto “pano de fundo” para o aprofundamento da reflexão sobre o conceito de **Aprendizagem Significativa** e a sua relação com a **educação/aprendizagem interprofissional** em saúde. Num último tópico deste capítulo aborda-se a relação entre currículo, interprofissionalidade e formação do profissional de saúde, com foco no desenvolvimento das bases que fundamentam o trabalho em equipa e a interprofissionalidade no cuidado em saúde.

O capítulo IV apresenta-se a **Abordagem Metodológica** adotada na pesquisa. Explicita-se a problemática do estudo, as questões e os objetivos da investigação, o tipo de investigação, e as técnicas de recolha. Para a concretização dos objetivos e questões norteadoras da pesquisa realiza-se um estudo de caso focado na Faculdade de Saúde de Pernambuco (contexto da prática). Para Creswell (2010), o estudo de caso é a exploração de um sistema “limitado” no tempo e em profundidade, através da recolha de dados provenientes de fontes múltiplas de informação sobre contexto e o foco em estudo. Recorre-se a uma metodologia mista: qualitativa e quantitativa (Stake, 2011; Amado, 2013; Yin, 2016; Gerring, 2019; Coutinho, 2018, Ribeiro, 2018), com análise documental e entrevistas semiestruturada a professores/tutores dos cursos da Faculdade Pernambucana de Saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia procurando, através da técnica de análise de conteúdo, compreender sentidos que atribuem a práticas curriculares orientadas para à aprendizagem para uma formação/aprendizagem

interprofissional, e à aplicação de inquérito a estudantes dos cursos de saúde da FPS, com recurso à análise estatística descritiva.

No **capítulo V** tem lugar a **apresentação, análise e a discussão dos dados**. Inicia-se o capítulo com a caracterização do contexto de investigação e dos participantes do estudo, com base na análise de documentos internos à FPS. Apresenta-se num segundo tópico a análise relativa às entrevistas semi-estruturadas realizadas a professores/tutores dos cursos de formação em saúde da FSP, seguida da apresentação dos dados relativos ao inquérito por questionário aplicado aos estudantes. O capítulo encerra com uma síntese interpretativa dos dados.

O **capítulo VI** dá conta das conclusões do estudo, demarcando relações e conexões entre os dados obtidos a partir das diferentes fontes de informação. As conclusões estão estruturadas numa lógica que visa responder às questões e objetivos do estudo.

Apresentam-se, finalmente, algumas limitações identificadas na realização da pesquisa e apontam-se também algumas sugestões para investigações futuras, fechando com as referências bibliográficas.

CAPÍTULO I

INFLUÊNCIAS GLOBAIS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Nota introdutória

O acesso global, e rápido, à informações e conhecimentos diversas/os tem alterado as dinâmicas sociais, políticas, culturais e económicas das sociedades contemporâneas. Essas alterações têm implicações no campo da educação e da formação, cujas demandas requerem, simultaneamente, atender a uma educação para a cidadania e para os valores e as exigências do mercado de trabalho. Neste cenário coloca-se em questão a forma como se aprende, o que mudou e o que permanece válido (Apple, 2005; Young, 2010; Pacheco, 2014; Santos, 2017). Acompanhar essas mudanças no mundo globalizado torna-se, assim, um permanente desafio para a educação e para as Instituições do Ensino Superior (IES), principalmente quando a proposta é oferecer uma formação de qualidade. Importará, pois, que cada IES, e seus responsáveis, se posicionem política e ideologicamente face aos novos desafios e demandas, procurando caminhos inovadores que não deixem a formação prisioneira de uma lógica de mercado. No quadro destas ideias, o presente capítulo problematiza, num primeiro momento, o processo de globalização e sua influência nas políticas locais e analisa, num segundo tópico, orientações de políticas para o ensino superior preconizadas por organizações internacionais, e suas influências em políticas locais para Educação/Formação Superior em Saúde no Brasil. Para isso, foram identificados documentos provenientes dos organismos internacionais: Banco Mundial (BM), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Organização para Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE). A escolha destas organizações justifica-se pela importância que têm tido na definição de metas e de orientações educacionais, e a sua influência a nível local, principalmente a partir do ano 2000, marco que representa um crescimento significativo no Brasil do número de faculdades privadas, e o início da construção de leis que legalizam e regulamentam os currículos do ensino superior em saúde até à atualidade, razão pela qual se considerou, demarcando-se para efeitos de análise, esses documentos internacionais e dessa legislação brasileira, o período de 2000 a 2018.

1.1. Globalização e suas características

No âmbito dos objetivos que orientam esta investigação considera-se importante compreender as influências que as agências internacionais exercem sobre o processo de criação de políticas nacionais para o ensino superior lideradas pelas organizações internacionais (BM, UNESCO, OCDE). Avalia-se a sua implicação nas políticas para formação do profissional em saúde no contexto nacional, por considerar que estas orientações interferem nas políticas de ensino superior de distintas formas. Neste sentido, e sendo um dos objetivos deste estudo identificar influências de políticas globais na educação superior na área de saúde e nas práticas curriculares para formação de profissionais da saúde, não poderíamos deixar de ter em conta o contexto internacional e, portanto, o conceito de globalização é crucial.

Conseqüentemente, convoca-se, o quadro de referência teórico-metodológico designado por "ciclo contínuo de políticas" proposto por Bowe et al. (1992)², para corroborar esta análise. Nele, são apresentados três contextos: de influência, de produção de textos e de prática. As políticas globais têm impacto nos processos que atravessam estes três contextos, sendo estes, lugares de decisão e de produção de políticas.

Parte-se do contexto de influência, lugar onde se constrói a base, onde os discursos políticos adquirem legitimidade, onde normalmente as políticas públicas são iniciadas e os discursos políticos são construídos. É nesse contexto que grupos de interesse disputam, objetivando influenciar a definição das finalidades sociais da educação e do que significa ser educado (Mainardes & Tello, 2016). Aqui, a política sedimenta um espaço de disputa e negociação entre interesses de determinados grupos, que articulam orientações, e influenciam as metas e intenções da educação, que por sua vez impactam nas ações dos governos, das comunidades epistémicas, nos grupos com poder econômico e organizações

² Este modelo analítico é retomado em outros trabalhos desenvolvidos por Ball e colaboradores, tais como, Ball (1998, 2001), Ball et al. (1998), Ball et al. (2012).

internacionais representantes das grandes economias mundiais (Robertson, 1995; Ball 1998, 2001; Arnove & Torres, 1999).

O contexto de texto, está diretamente relacionado ao contexto de influência, e diz respeito a produção de textos. Nesta perspectiva têm lugar os escritos oficiais, que para Bowe et al. (1992), são os textos políticos que costuram interesses, disputas e acordos, e que na leitura de Mainardes (2006), consolida a articulação entre o global e o local, onde o Estado tem um papel fundamental. No quadro da argumentação que desenvolvemos neste capítulo focar-nos-emos apenas nestes dois contextos: de influência e de produção de texto.³

No ciclo de políticas de Bowe et al. (1992; Ball, 1994), a simplicidade e a linearidade de outros modelos de análise de políticas são substituídas pela complexidade do ciclo de políticas. A abordagem do ciclo de políticas traz várias contribuições para a análise de políticas, uma vez que o processo político é entendido como multifacetado e dialético, necessitando articular as perspectivas macro e micro (Mainardes, 2006).

É, em consonância com esta linha de análise, e tendo em conta o ciclo de políticas (Ball, 1994) mas, sobretudo, a importância da análise das relações que se estabelece entre os diversos contextos, que se exige não só a compreensão dos efeitos das políticas de globalização, que nas palavras de Ball (2001) se traduzem em “o surgimento de um novo paradigma de governo educacional”, ou “convergência de políticas” que interessa examinar.

Segundo o autor

³ O **contexto de prática**, caracteriza-se pelos efeitos locais, a partir dos entendimentos das políticas colocadas em ação. Existe uma “interpretação” das políticas globais que acarreta em uma releitura que produz efeitos e consequências que podem representar mudanças e transformações significativas na política original (Mainardes, 2006). Os três contextos – **influência, texto e prática** – estão relacionados de forma atemporal e não seguem uma sequência linear. Representam lugares de disputa e incorporam o que Ball (2001) denomina de hibridismo, ou seja, “a combinação de lógicas globais, distantes e locais” (p. 133). Ball (1994), amplia posteriormente os três contextos acrescentando mais dois, aos três descritos acima, (**influência, texto e prática**). Acrescenta o **contexto de resultados** ou **efeitos**, e o **contexto de estratégia política**. O quarto contexto – o de **resultados** ou **efeitos** - inclui questões de justiça, igualdade e liberdade individual. O último contexto proposto, o **contexto de estratégia política**, é segundo Mainardes (2006), um componente essencial da pesquisa social crítica, pois envolve a identificação de um conjunto de atividades sociais e políticas que seriam necessárias para lidar com as desigualdades criadas ou reproduzidas pela política investigada.

... o desaparecimento gradual da concepção de políticas específicas do Estado Nação nos campos económicos, social e educativo e, concomitantemente, o abarcamento de todos estes campos numa concepção única de políticas para a competitividade económica, ... e o crescente abandono ou marginalização dos propósitos sociais da educação (Ball, 2001 p. 100).

Portanto, para Ball (2001)

A essência da tese da globalização repousa na questão do futuro do Estado Nacional como uma entidade cultural e política. Esta tese é articulada através de quatro perspectivas fortemente inter-relacionadas que têm como referente respectivamente a transformação económica, política, cultural e social (p. 101).

É no quadro de referência teórico-metodológico do "Ciclo contínuo de políticas" proposto por Bowe et al. (1992) e dos estudos sobre globalização, que se apresenta a seguir a análise, a partir da contribuição de Dale (1994), sobre o poder das organizações internacionais que reforçam o papel de fixação da agenda global da educação. Segundo o autor, "a influência das organizações internacionais se situa não apenas no poder de definir a agenda, mas, sobretudo, no poder de controlar as regras do jogo e de formatar preferências".

Dale (2004) enfatiza que a globalização tem um conjunto de implicações muito forte sobre a educação, e isto não é reduzido a um país em particular, de forma que a estruturação dessa influência se traduz, em essência, a uma espécie de "governança global". Sugere uma análise aprofundada sobre os efeitos da globalização sobre a educação reforçando a necessidade de

... (a) especificar a natureza da globalização, (b) indicar claramente o que é que se quer dizer com "educação" e (c) especificar como é que a globalização afecta educação, quer directamente, de forma identificável, e indirectamente, e por consequência, especificando outras mudanças que possa trazer no seu próprio interior ou no sector da educação (Dale, 2004, p. 425).

Roger Dale (2004) é rigoroso na análise do conceito de globalização. Assinala a necessidade de reflexão sobre o contexto da globalização neoliberal, enfatizando a inevitabilidade de análise dos vários problemas locais, e em conformidade com os autores

Torres (2005), Teodoro (2006), Santos (2017), considera importante avaliar questões estruturais mais amplas que são fundamentadas a nível nacional. É no quadro destas ideias que Dale (2004) empreende sua análise contrapondo globalização e educação. Busca, portanto, uma “efectiva teoria do efeito da globalização sobre a educação”. Cita a abordagem desenvolvida por John Meyer (Meyer & Hannan, 1979; Meyer & Kamens, 1992; Meyer et al., 1997), sobre o efeito da globalização na educação, intitulada **Cultura Educacional Mundial Comum** (CEMC), em que os autores defendem

... que o desenvolvimento dos sistemas educativos nacionais e as categorias curriculares se explicam através de modelos universais de educação, de estado e de sociedade, mais do que através de factores nacionais distintivos... A abordagem CEMC, portanto, constitui uma forte e coerente teoria da relação entre globalização e educação. Ela especifica a natureza da força supranacional, identifica as motivações para os estados incorporarem características centrais universais do modelo de visão do mundo e aponta para os produtos educativos destes processos (Dale, 2004, p. 425-435).

Destarte, propõe uma **Agenda Global Estruturada para a Educação (AGEE)** que tem como pilar trabalhos sobre economia política internacional (Cox & Sinclair, 1996). Para Dale (2004), no centro da compreensão da agenda global encontra-se a economia capitalista mundial, atuando como força soberana da globalização. Os efeitos desta potência estão mediados pelos contextos locais sobre os sistemas educativos, e acrescenta que

Para à AGEE, a globalização é um conjunto de dispositivos político-económicos para a organização da economia global, conduzido pela necessidade de manter o sistema capitalista, mais do que qualquer outro conjunto de valores. A adesão aos seus princípios é veiculada através da pressão económica e da percepção do interesse nacional próprio (Dale, 2004, p. 426).

Portanto, para o Dale (2004) a globalização, na perspectiva da AGEE, é vista como

... sendo construída através de três conjuntos de actividades relacionadas entre si, económicas, políticas e culturais. Estes podem ser caracterizados como hiper-liberalismo, governação sem governo e mercadorização e consumismo, respectivamente. Trata-se de um processo complexo e frequentemente contraditório que se centra em torno dos três principais agrupamentos de estados, Europa, América e Ásia (Dale, 2004, p. 430).

Por conseguinte, ao incluir todas as nações do mundo a AGEE estabelece, na relação entre globalização e economia global, uma perspectiva de mercadorização de todas as coisas, acarretando mudanças técnicas na velocidade de transferências financeiras, impactando por sua vez em novas formas de governação e da consequente busca desenfreada pelo lucro (Dale, 2004).

Em consonância com esta perspectiva sobre a globalização, Santos (2010) pontua que a globalização tem seu marco político fortemente assinalado durante o Consenso de Washington⁴ no final da década de 1980, com a participação de instituições financeiras americanas como o FMI, BM e o BID na realização de uma série de prescrições que objetivavam a reestruturação económica da América Latina. Estas prescrições, como referimos adiante, terão impacto nas políticas voltadas para a educação e mais precisamente para o ensino superior no Brasil. Na sua definição, globalização representa um processo complexo que atravessa todas as áreas sociais desde

... os sistemas produtivos e financeiro à revolução nas tecnologias e práticas de informação e de comunicação, da erosão do Estado nacional e redescoberta da sociedade civil ao aumento exponencial das desigualdades sociais, das grandes movimentações transfronteiriças de pessoas como emigrantes, turistas ou refugiados, ao protagonismo das empresas multinacionais e das instituições financeiras multilaterais, das novas práticas culturais e identitárias aos estilos de consumo globalizado. (Santos, 2010, p. 11).

O autor, na sua leitura sobre o fenómeno da globalização mobiliza os conceitos de *localismo globalizado* e *globalismo localizado*. O *localismo globalizado* consiste “no processo pelo qual determinado fenómeno local é globalizado com sucesso” e o *globalismo localizado* “consiste no impacto específico nas condições locais produzido pelas práticas e imperativos transnacionais que decorrem de localismos globalizados” (Santos, 2005, p. 65-66). O impacto destes dois tipos de processos remete, no primeiro exemplo, *localismo globalizado*, para a mudança de costumes, identidades e interações sociais nos locais ou comunidades. Já o segundo conceito, *globalismo localizado*, caracteriza-se pelas

⁴ O Consenso de Washington foi uma recomendação internacional elaborada em 1989, que visava a propalar a conduta económica neoliberal com a intenção de combater as crises e misérias dos países subdesenvolvidos, sobretudo os da América Latina. Sua elaboração ficou a cargo do economista norte-americano John Williamson (Batista, 1998).

influências exercidas, como a perda da identidade local, exclusão econômica, exclusão social, soberania entre outras condições locais. As consequências, segundo o autor, destas formas de globalismos são

... a eliminação do comércio de proximidade; criação de enclaves de comércio livre ou zonas francas; desflorestação e destruição maciça dos recursos naturais para pagamento da dívida externa; uso turístico de tesouros históricos, lugares ou cerimônias religiosas; artesanato e vida selvagem; dumping ecológico ("compra" pelos países do Terceiro Mundo de lixos tóxicos produzidos nos países capitalistas centrais para gerar dívidas externas); conversão da agricultura de subsistência em agricultura para exportação como parte do "ajustamento estrutural"; etnização do local de trabalho (desvalorização do salário pelo facto de os trabalhadores serem de um grupo étnico considerado "inferior" ou "menos exigente". (Santos, 2005, p. 66).

Segundo o mesmo autor estes dois processos, hegemonia e contra-hegemonia, sinalizam ações que operam em conjunto, devendo, contudo, ser analisados separadamente.

Em harmonia com este pensamento sobre globalização, Torres (2005), enfatiza que a influência da reforma educacional no Terceiro Mundo acontece de formas diferentes. Para o autor a globalização neoliberal não é totalmente hegemônica, universal, feita ao mesmo tempo ou sem contestação a nível local e global.

É neste contexto da globalização neoliberal, que Seixas (2001), em consonância com Torres (2005) e Teodoro (2006), afirmam que as organizações internacionais como o Banco Mundial, a UNESCO e a OCDE, irão atuar na elaboração e difusão de uma ideologia de desenvolvimento educativo em nível mundial, que por sua vez, desempenham papel fundamental na organização e regulamentação das políticas educativas em nível dos Estados nacionais. Como faz notar Teodoro (2006), essas organizações internacionais estabelecem

... uma agenda que fixa não apenas prioridades, mas igualmente as formas como os problemas se colocam e equacionam, e que constituem uma forma de fixação de um mandato, mais ou menos explícito conforme a centralidade dos países. (p. 192).

Também para Stoer (2002), numa leitura alinhada ao pensamento de Ball (2001), a educação desenvolve-se através de tecnologias políticas baseadas na trilogia “mercado, gestão e performatividade” que por sua vez produz efeitos nas ações dos atores. Argumenta, à data, que

... as mais recentes reformas da educação constituem um processo de re-regulação, isto é, um veículo para a mudança social e cultural e, mais especificamente, mecanismos para reformar os agentes educativos. Assim, constituem um meio para alterar o que significa ser professor: o professor torna-se um “sujeito empreendedor”, isto é, num gestor de performatividade. Na base deste processo está a mercadorização do conhecimento, no âmbito da qual “empenho, discernimento e autenticidade” são lidos através da performance (Stoer, 2002, p. 40).

Estas ideias, face à argumentação que temos vindo a desenvolver, reforça a posição de Roger Dale e Gandin (2014), ao enfatizar que o Estado não detém todo o poder e contrôle sobre as políticas. Relacionando com a leitura do ciclo de políticas de Ball (2001), a concepção de política para Dale é mais vertical, não sustentando uma transferência automática da política, admitindo que a mesma política não funciona da mesma forma em diferentes situações. Posicionando-se em relação ao ciclo de políticas de Ball (2001), para Dale (2004) os três momentos (**contexto de influência, de texto e de prática**) não funcionam como três momentos iguais, e nem fluem no mesmo sentido. Dale e Gandin (2014) acreditam que o ciclo pode iniciar em qualquer lugar e sua hierarquia emerge em termos de atuação, implementação e formulação. O rigor de sua análise deve partir de algumas questões que necessitam ser permanentemente formuladas. Propõe, portanto, partir das seguintes questões: como chegamos lá? O que teve de acontecer para que isso acontecesse? Para o autor essa é uma forma bem mais satisfatória de fazer esse processo (Dale, 2014).

Em harmonia com este pensamento, Cabral (2012) afirma que na globalização neoliberal acontece a perda da importância do Estado-nação e, ao mesmo tempo, novos espaços são desenhados, novas redes de poder são articuladas, novas racionalizações são elaboradas, novas dialéticas surgem – o nacional, o regional e o local são colocados a serviço. Por conseguinte, a globalização económica implica o redesenho da relação entre estado e mercado. Neste cenário a educação sofre o impacto

... sob a coordenação de organizações bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, tendo como premissa a necessidade de formular diretrizes para orientar a definição da política educacional no que concerne, particularmente, ao currículo, às práticas pedagógicas, ao financiamento, aos padrões organizacionais (gestão), à formação docente, e à avaliação (Cabral, 2012, p. 26).

Logo, cria-se um novo tipo de organização socioprodutiva, definindo-se novas bases conceituais para orientar a formulação das políticas educacionais, que estão atreladas ao paradigma econômico e centrado no sistema tecnológico. Os organismos internacionais, ao defenderem que o conhecimento na atualidade se situa como um dos eixos fundantes da atividade produtiva, colocam a educação como uma das condições indispensáveis para que os países se integrem, favoravelmente, no processo de competitividade, característico da economia global (Cabral, 2012). Esta leitura é corroborada por Ball (2014), quando sustenta que

... na interface entre a política educacional e o neoliberalismo, o dinheiro está em toda a parte..., a própria política é agora comprada e vendida, é mercadoria e oportunidade de lucro, há um mercado global crescente de ideias de políticas. O trabalho com políticas está também cada vez mais sendo terceirizado para organizações com fins lucrativos, que trazem suas habilidades, seus discursos e suas sensibilidades para o campo da política, por uma taxa honorária ou por um contrato com o Estado. (p. 222)

É no quadro destas ideias que Ball (2014), ao relacionar o neoliberalismo e a globalização, reforça a necessidade de análise de um conjunto complexo de práticas organizadas em torno de um "mercado" com penetração em quase todos os aspectos de nossas vidas, numa visão que se repercute muito além de uma doutrina econômica, ou de um conjunto de projetos políticos. Neste sentido afirma que

... o neoliberalismo está "aqui dentro" bem como "lá fora". Ou seja, o neoliberalismo é econômico (um rearranjo das relações entre o capital e o Estado), cultural (novos valores, sensibilidades e relacionamentos) e político (uma forma de governar, novas subjetividades). [...] em um sentido paradoxal, o neoliberalismo trabalha a favor e contra o Estado de maneiras mutuamente constitutivas. Ele destrói algumas possibilidades para formas mais antigas de governar e cria novas possibilidades para novas formas de governar. (Ball, 2014, p. 229)

Nesta relação entre neoliberalismo e globalização o autor põe em cena a produção de "... novos tipos de atores sociais, sujeitos sociais híbridos que são espacialmente móveis, eticamente maleáveis e capazes de falar as linguagens do público, do valor privado e filantrópico", bem como, acrescenta, está atuando de modo global a partir de redes políticas transnacionais. (Ball, 2014, p. 230)

Partindo desta aproximação entre neoliberalismo e as redes políticas globais, Ball (2014) observa que muitas políticas educacionais têm sido objeto de disputa, e que possuem uma gama diversificada de participantes que envolvem não somente os governos e outros agentes nacionais, mas também organismos de atuação transnacionais como o Banco Mundial, a OCDE, a UNESCO, etc., além de grupos de interesses privados, como entidades empresariais e empresas internacionais de venda de "pacotes prontos" de educação cujos discursos imprimem a ideia de que o conhecimento é moeda de troca, presente e futuro de qualquer sociedade qualificada e competitiva. Na sua leitura afirma que

... as próprias políticas educacionais tornam-se uma mercadoria, um negócio, um objeto de venda, de exportação ou importação, comercializado por empresas nacionais e multinacionais, podendo ser compradas, consumidas e/ou incorporadas como políticas de educação próprias de cada Estado Nacional, destacadamente pelos países mais pobres do globo. (Ball, 2014, p. 220)

Na defesa de um contexto de "política educacional global", o autor recomenda que é preciso avançar em direção a investigações que analisem redes políticas e de métodos de pesquisa, na tentativa de conectar iniciativas locais e globais, perscrutando "[...] as mediações locais e traduções do movimento de tecnologia da educação global" (Ball, 2014, p. 19).

Em síntese, os estudos de Ball (2001, 2014), e de outros autores (Dolowitz et al., 2000; Dale & Gandin, 2014), apontam para a necessidade de se refletir sobre a influência da globalização, do neoliberalismo e das políticas de Estado na educação de forma geral e, em particular, no ensino superior. Como já referido, estamos assistindo a um gradual

afastamento de políticas de Estado voltadas para os campos social e educativo em detrimento da presença marcante de um novo paradigma de governo educacional, onde predomina o campo econômico e de mercado, numa concepção única de políticas para a competitividade. (Ball, 2014)

Desta forma, a análise de textos políticos pode ajudar na compreensão do **contexto de influência** macro nas políticas locais. A propósito, em trabalho anterior, Ball (2001), sustenta que embora não haja uma transposição total da agenda educacional global para o local, as decisões políticas dos Estados Nação vêm sendo tomadas majoritariamente dentro da lógica do mercado global, levando a uma certa “convergência de políticas educativas” (Ball, 2001, p. 112). Argumenta ainda que há uma tensão básica, no âmago da pesquisa em política educacional, entre compromisso com a busca de eficiência e com a busca de justiça social. Nesta linha de pensamento o mesmo autor destaca que as reformas têm sido atravessadas por discursos de excelência, efetividade e qualidade, e por uma lógica e cultura de gerenciamento e de responsabilização (*accountability*), e de performance (Ball, 2011), que configuram formas de agir e de pensar dominantes (Dale, 2004) nas novas economias institucionais. Em consequência disto o setor público passa a funcionar como um negócio.

Esta situação tem efeitos no campo da formação, e no modo de se pensar a profissão sendo o profissionalismo substituído por responsabilização, e o coleguismo por competição e por performances (Ball, 2011). É no quadro desta argumentação que se reconhece pertinente o “olhar” que neste ponto se constrói.

Para não tender a realizar uma leitura simplista das influências de documentos de agências multilaterais na legislação e documentos nacionais/brasileiros, segue-se a orientação de Ball (2001) de se trabalhar com o inter-relacionamento das teorias, levando em conta a advertência que faz o autor de manter a coerência nestes estudos.

Nesta perspectiva as decisões educacionais sofrem a interferência de uma linguagem política comum, a que Ainley (1999) se referiu como sendo uma linguagem política que se traveste de política de aprendizagem, que por sua vez imprime um consenso sobre uma economia baseada no conhecimento.

Neste contexto de análise, vale evocar Dale em trabalho desenvolvido em 1994

quando chama a atenção para o fato de que, quando se fala em mercadorização da educação, esse fenômeno está associado essencialmente à implementação

... de mecanismos de liberalização no interior do sistema educativo, ou da introdução de elementos de “quase-mercado”. ... são novas formas de combinações de financiamento, fornecimento e regulação da educação, diferentes das formas tradicionais exclusivamente assumidas pelo Estado. (Dale, 1994, p. 112).

Como já referido, Roger Dale (1994) sustenta a ideia de uma agenda globalmente estruturada para a educação reconhecendo que se assiste a um esvaziamento do debate sobre princípios educativos, tendo, nesse debate, vindo a ganhar espaço a discussão sobre o predomínio dos modelos de aprendizagem atreladas as demandas de regulação e gestão relacionados ao desempenho esperado nos rankings avaliativos dos estudantes e das instituições de ensino. É no quadro desta argumentação que se considera pertinente neste estudo refletir sobre influências das políticas globais em políticas locais para a educação/formação superior em saúde no Brasil, o que pretende-se desenvolver no tópico adiante.

1.2. Influências do BM, UNESCO e OCDE na definição de diretrizes de políticas públicas no Brasil

Neste ponto do capítulo I pretendeu-se compreender quais as influências de políticas globais em políticas locais para a Educação/Formação Superior em saúde no Brasil, tomando nesta leitura como base metodológica o ciclo de políticas (Ball & Bowe, 1992; Ball, 1998) no que respeita aos *contextos de influência* (análise das diretrizes internacionais) e de *produção de texto* (análise de leis e diretrizes de base para Educação Superior no Brasil, com foco no campo da saúde). Dito de outro modo, objetivou-se compreender de que forma as leis que regulamentam a educação no Brasil têm sido influenciadas por diretrizes internacionais ditadas por organismos como o BM, a UNESCO e a OCDE. As tabelas 1 e 2 sistematizam os documentos internacionais e as leis que foram objeto de análise.

Tabela 1: Documentos internacionais⁵ que foram objeto de análise

Organismo	Ano	Título
BM	2000	La Educacion superior en los países em desarrollo. Peligros y promesas
BM	2003	Construir sociedades do conhecimento: nuevos desafios para la educacion terciária
BM	2011	Aprendizagem para todos. Estratégia 2020 para a Educação do Grupo Banco Mundial
BM	2017	Em uma encruzilhada: Ensino Superior na América Latina e Caribe
UNESCO	2000	Fundamentos da nova educação
UNESCO	2009	Conferência Mundial sobre Ensino Superior. As novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social
UNESCO	2012	Desafios e perspectivas da educação superior Brasileira para a próxima década 2011-2020
UNESCO	2015	Educação para a cidadania global: preparando alunos para os desafios do século XXI
UNESCO	2016	Educação 2030: Declaração de Incheon e Marco de Ação para a implementação do objetivo de desenvolvimento sustentável: assegura a educação inclusiva e equitativa de aprendizagem ao longo da vida
OCDE	2008	L' enseignement supérieur pour la société de la connaissance
OCDE	2011	L' enseignement superior à l'horizon 2030
OCDE	2018	The Future of Education and Skills 2030

Fonte: Quadro construído pela investigadora.

⁵ Estes documentos foram consultados em www.worldbank.org, en.unesco.org, www.oecd.org (2019).

Tabela 2: Documentos/legislação nacionais que foram objeto de análise⁶

Documento	Data	Título
PNE Resolução n. 10.172	09/01/ 2001	Plano Nacional de Educação
SINAES Lei n. 10.861	14/04/2004	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior SINAES
PROUNI Lei nº 11.096	13/01/2005	Programa Universidade para Todos
REUNI Decreto nº 6.096, de 2007	24/04/2007	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
PNE Projeto de Lei nº 8.035	16/10/2010	Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020

Fonte: Quadro construído pela investigadora

A leitura sobre influências provenientes de organismos internacionais na definição de diretrizes de políticas públicas no Brasil é feita, seguindo a ordem dos documentos apresentados na tabela 1, e estabelecendo articulações com os documentos legais apresentados na tabela 2.

1.2.1. Banco Mundial (BM)

Situado nos anos 2000, o documento *La Educacion superior em los países em desarroll Peligros y promessas. Wasshington: Banco Mundial* é expresso que se os países em desenvolvimento não investirem em educação superior será cada vez mais difícil beneficiar-se da economia mundial baseada no conhecimento (Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad, 2000, p. 11). Por outro lado, é salientado que países em desenvolvimento apresentam inadequada qualificação docente para ensinar, falta de motivação e remuneração insuficiente para os docentes, reconhecendo-se, em

⁶ Documentos consultados em portal.mec.gov.br (2019)

consequência, que os estudantes aprendem pouco, devido a um ensino deficiente e a escassa qualidade dos currículos. Em face dessas constatações recomenda-se a necessidade de os programas e os currículos das IES promoverem:

Conhecimento e habilidades especializadas, flexibilidade e inovação permitindo a renovação de estruturas económicas e sociais, capacidade de readaptar potencialidades e conhecimentos à medida que se produzem as mudanças económicas, e aumentar a quantidade e qualidade das investigações (Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad, 2000, p. 12).

Esta recomendação está em linha com a ideia também veiculada sobre:

... a falta de preparação académica inicial dos estudantes, as limitações de infraestrutura, a tradição cultural que oferece poucas perspectivas laboral para os jovens, a pouca idade na escolha da profissão e a inflexibilidade relacionada a possibilidade de alterar a escolha profissional no início do percurso académico (Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad, 2000, p. 21).

O relatório propõe, então, a inovação do ensino superior nos países em desenvolvimento levando-se em conta a economia do conhecimento, o que remete para uma reconfiguração das IES existentes e/ou para a criação de novas instituições. Sustenta-se que essas novas instituições são mais fáceis de surgir nas economias emergentes do que nas maduras, e reconhece-se que, "a nível mundial, as forças do mercado são cruciais no momento de determinar em qual dos temas em competência ... se concentrará o esforço científico" (Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad, 2000, p. 90). Neste ponto, a relação entre mercado e educação torna-se estreita, estabelecendo-se um vínculo entre conhecimento, competência, economia e mercado (Masetto, 2003).

Em linha com as recomendações veiculadas em 2000, também o documento do BM publicado em 2003, intitulado *Construir sociedades del conocimiento: nuevos desafios para la educacion terciária*, adverte para necessidade de se fomentar um melhoramento do sistema global de educação contínua, empreendendo e apoiando reformas no âmbito da educação terciária. Sustenta-se que o compromisso com a educação terciária contribui para a construção da capacidade de participação dos países em uma economia cada vez mais baseada no conhecimento. Desta forma, recomenda-se a aposta em políticas

alternativas de educação terciária que possam impulsionar o crescimento económico e a redução da pobreza. E, como forma de reduzir a pobreza, sugere-se, mediante estratégias de redistribuição e empoderamento, estimular a educação superior para oferecer melhores oportunidade e perspectivas de vida a estudantes que pertençam a minorias ou a famílias de baixa renda, contribuindo para melhorar as possibilidades laborais, as perspectivas económicas e reduzir a desigualdade de acesso (Banco Mundial, 2003).

Encontra-se, ainda, nestas orientações do BM referências à globalização, alertando para a diminuição dos custos com a comunicação e transporte, e para a abertura das fronteiras políticas como fatores que, combinados, facilitam a mobilidade do recurso humano capacitado. Esta dinâmica tem produzido, segundo o enunciado do relatório, um mercado global de capital humano onde os indivíduos têm maiores possibilidade de participar deste modelo de formação.

No que **respeita à educação**, é sugerido no mesmo documento, uma educação de melhor nível cultural, mais completa e gratificante, que possa preparar pessoas para dirigir uma sociedade moderna e que, desta forma, possa contribuir para o seu progresso. Propõe-se, ainda, a criação de um fórum em que a sociedade possa analisar os seus problemas e encontrar suas próprias soluções, e por último, oferecer um ambiente adequado ao estudo e ao desenvolvimento da cultura e valores da sociedade. Recomenda-se, ainda, uma educação geral e humanista sustentada por um currículo orientado para conferir conhecimentos abrangentes e desenvolver atitudes intelectuais gerais, numa lógica de desenvolvimento integral das pessoas (Banco Mundial, 2003).

Já em 2011, no documento intitulado *Aprendizagem para Todos - Investir nos Conhecimentos e Competências das Pessoas para promover o Desenvolvimento, Estratégia 2020 para a Educação* (Banco Mundial, 2011), identifica-se uma mudança na concepção de educação alinhada com princípios neoliberais, e com o mercado de trabalho. A propósito, postula-se o desenvolvimento de uma educação que vise a competitividade, forças de trabalho mais capacitadas, avanços tecnológicos, e que promova uma aprendizagem acelerada e a formação de jovens com competências ajustadas para o mercado de trabalho.

A proposta do BM de promover reformas na educação nos países de renda média⁷ tem como objetivo geral criar uma base global de conhecimento suficientemente forte para liderar essas reformas, assim como, corresponder ao desejo dessas nações de aumentar a competitividade mediante a criação de novas forças de trabalho capacitadas e ágeis. Estas orientações, influenciadas pelas alterações tecnológicas, demarcam um perfil particular dos empregos requeridos pelo mercado de trabalho, e que prioriza uma aprendizagem acelerada, e uma melhor gestão dos sistemas de educação (Banco Mundial, 2011).

É referido que o BM tem investido em processos de avaliação de impacto dos programas implantados, reconhecendo, a partir dos resultados dessas avaliações, o papel crescente que o sector privado tem desempenhado na educação superior. Parece, pois, ficar latente neste relatório a influência do BM nos processos de acompanhamento e monitorização desses resultados, realizando análises detalhadas do sistema e do investimento em conhecimentos e em dados que permitam ao Banco e aos decisores políticos analisar ao nível global e agir no nível local (Banco Mundial, 2011).

No relatório de 2017, intitulado *Em uma encruzilhada: ensino superior na América Latina e Caribe*, o ensino superior é objeto de análise. Na introdução é referido que a ampliação do ensino superior, iniciada no ano 2000, criou um panorama novo e complexo, impulsionado pelo crescimento económico, a abundância fiscal e a ascensão da classe média na América Latina e no Caribe. A conjugação destes factores possibilitou um aumento de acesso ao ensino superior entre os anos 2000 a 2013, prioritariamente de alunos médio, de família de baixa renda e com menos preparação académica. Este factor veio acarretar o aumento de mercado das IES particulares que atraem alunos de renda mais baixa que os que vão para as IES públicas (Ferreyra et al., 2017).

Evidencia-se, portanto, “uma expansão de IES particulares e não universitárias que conquistam uma maior fatia do mercado” (Ferreyra et al., 2017, p. 20). Como forma de resolução desta encruzilhada é proposto "o incentivo, a concorrência, a opção, o monitoramento e a informação como mecanismos para o desempenho de um papel importante no movimento de superação da atual encruzilhada (Ferreyra et al., 2017, p.

⁷A renda média domiciliar per capita representa a soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, em reais, dividida pelo número de seus moradores. Fonte: ibge.gov.br.

26)". Em face desta situação, é enunciado no relatório em análise, que um novo perfil de aluno irá surgir, bem como uma nova oferta de ensino superior.

Estabelecendo uma articulação entre as orientações do Banco Mundial (2003, 2011; Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad, 2000; Ferreyra et al., 2017) e a legislação no campo da Educação Superior, publicada no Brasil (Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001; Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004) (tabela 2) identificam-se pontes e influências, das quais se destacam:

- a) Na Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001, do PNE, no capítulo IV intitulado *Da Educação Superior*, se determina a inclusão nas diretrizes curriculares dos cursos de formação docente de temas relacionados com as problemáticas de: gênero, educação sexual, ética (justiça, diálogo, respeito mútuo, solidariedade e tolerância), pluralidade cultural, meio ambiente, saúde e temas locais. Desta forma observa-se, neste ponto, estreita relação entre diretrizes preconizadas no relatório do Banco Mundial (2003), nomeadamente no que diz respeito à educação voltada para humanização com enfoque em temas ambientais e orientados para uma formação generalista.
- b) Com a Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, a relação de influência torna-se clara na proposta de que as metas educacionais sejam monitoradas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), que é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. A avaliação deve contemplar o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos estudantes, a gestão da instituição, corpo docente e instalações.
- c) No Projeto de Lei nº 8.035, de 20 de dezembro de 2010, institui o Plano Nacional de Educação (PNE) para o decênio 2011-2020, com vigência de dez anos, encontra-se, por consequência, a recomendação, através de metas e estratégias, da necessidade de melhoria do ensino superior, com incentivo à promoção humanista, científica, cultural e tecnológica com padrão de qualidade e equidade, revelando ainda influências de orientações preconizadas no relatório do Banco Mundial (2003).

Em síntese, a leitura e análise dos documentos do BM e a sua relação com as leis promulgadas no período estudado apontam para uma relação entre a demanda de uma formação superior atrelada às necessidades de melhoria e qualidade (Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001) e, ao mesmo tempo, para um vínculo entre educação e o mercado de trabalho (Projeto de Lei nº 8.035, de 20 de dezembro de 2010), nomeadamente no que respeita a proposta de um permanente monitoramento, e ações de avaliação, regulação e supervisão, assim como de autoavaliação institucional.

A destacar o facto de que o estímulo, a partir da influência da orientação internacional na política educativa no Brasil, ao acesso ao ensino superior da população menos favorecida financeira e culturalmente, parece ter conduzido à livre iniciativa para o crescimento do ensino privado.

1.2.2. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura – UNESCO

No que diz respeito à UNESCO, conforme tabela 1, foram identificados quatro documentos que foram objeto de análise neste ponto do capítulo I.

No documento *Fundamentos da nova educação* (UNESCO, 2000), são referenciados os quatro pilares do Relatório Delors et al. (1998), e os Sete Saberes pensados por Morin (1991). Lê-se que levar em consideração os preceitos se tornou imprescindível para que o século XXI avançasse em direção à universalização da cidadania (UNESCO, 2000). Neste documento é enfatizado o papel do Estado no financiamento, autonomia e liberdade das universidades. A recomendação incide na proposta de se pensar em um sistema

Híbrido de financiamento público/privado, e a orientação do controle e supervisão pelo Estado dos gastos, da avaliação, da qualidade académica e da divulgação de desempenho, ficando esta a cargo da publicidade, fortalecendo assim o carácter de mercado do ensino superior (UNESCO, 2000, p. 6).

Identifica-se, pois, um grande incentivo às instituições educativas no sentido de atrelarem as propostas educativas ao mercado “pressionando as universidades a produzirem inovação requeridas pelas necessidades de competitividade da economia

capitalista” (UNESCO, 2000, p. 2). Uma consequência destas orientações é a separação, em polos opostos de prioridades: por um lado as IES que vão estar no polo de excelência - voltadas para as pesquisas de ponta, e seu direcionamento para as elites, e no polo oposto - a proliferação de IES privadas direcionadas para a qualificação profissional, indicada para os que até então estavam excluídos do acesso ao ensino superior e o seu alinhamento para o trabalho.

No relatório da Conferência Mundial sobre Ensino Superior: *As novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social* (UNESCO, 2009), identifica-se uma aposta em ações educativas que fortaleçam a formação superior, ancorada na ciência e na cultura. São reforçadas ações de desenvolvimento da educação superior, a partir das seguintes diretrizes: a responsabilidade social da educação superior, acesso, equidade e qualidade, internacionalização, regionalização, mundialização, aprendizagem, investigação e a inovação (UNESCO, 2009).

De entre a responsabilidade social da educação superior o relatório reforça o papel social do ensino superior como um bem público, que deve estar preparado para dar respostas face à complexidade e aos desafios mundiais, presentes e futuros. Para tanto, é recomendado que os saberes devem estar ancorados na investigação, no ensino e no serviço à comunidade, com autonomia e liberdade acadêmica, devendo estar centrado em aspectos interdisciplinares e na promoção de pensamento crítico e da cidadania ativa, contribuindo para o desenvolvimento sustentável, a paz, e o bem-estar. Em linha com o discurso veiculado pelo Banco Mundial (2003), as orientações contidas neste documento objetivam priorizar os direitos humanos, entre eles a igualdade de gênero, a inclusão e o acesso ao ensino superior da população desfavorecida economicamente sem descuidar, no entanto, da qualidade do ensino (UNESCO, 2009).

A partir destas orientações, segundo o relatório, procura-se proporcionar competências sólidas para formar cidadãos éticos e comprometidos com a paz, os direitos humanos e os valores da democracia, estimulando o acesso à informação, a transparência e a abertura de todo estabelecimento de ensino (UNESCO, 2009).

O documento *Desafios e Perspectivas da Educação Superior Brasileira para a Próxima Década 2011-2020* (Speller et al., 2012) lança os seguintes desafios:

I) a democratização do acesso ao ensino superior e da permanência; II) a ampliação da rede pública superior e de vagas nas IES públicas; III) a redução das desigualdades regionais, quanto ao acesso e à permanência; IV) a formação com qualidade; V) a diversificação da oferta de cursos e dos níveis de formação; VI) a qualificação dos profissionais docentes; VII) a garantia de financiamento, especialmente para o setor público; VIII) a relevância social dos programas oferecidos; e IX) o estímulo à pesquisa científica e tecnológica (p. 16).

A par de desafios, relacionados com a democratização do acesso e permanência no ensino superior, este mesmo documento traz ao debate a questão da internacionalização/regionalização e mundialização do conhecimento, bem como diferentes formas de utilização das novas tecnologias da informação e da comunicação. Estas orientações reforçam a necessidade de estímulo e investimento em novas formas de aprendizagem, de gestão e de aplicação de conhecimento. Refere-se ainda a preocupação frente à expansão do setor privado e a redução das desigualdades regionais (Speller et al., 2012).

Já em 2015, o relatório intitulado *Educação para a cidadania Global: preparando alunos para os desafios do século XXI* (UNESCO, 2015), aponta para uma mudança no discurso e na prática da educação. Explicita-se que:

Essa mudança reconhece a relevância da educação e da aprendizagem para entender e resolver questões globais nas áreas social, política, cultural, econômica e ambiental. O papel da educação tem ido além do desenvolvimento de conhecimento e habilidades cognitivas para a construção de valores, soft skills e atitudes entre alunos. Espera-se que a educação facilite a cooperação internacional e promova a transformação social de uma forma inovadora em direção a um mundo mais justo, pacífico, tolerante, inclusivo, seguro e sustentável. (UNESCO, 2015, p. 10)

Para dar conta desta mudança o relatório reforça a necessidade de se instituir uma pedagogia transformadora que seja capaz de capacitar os estudantes para a solução de desafios que envolvem toda a humanidade, direcionados para o desenvolvimento

sustentável e para paz. Como é enunciado, esses desafios:

Incluem conflitos, pobreza, mudança climática, segurança energética, desigualdade na distribuição populacional, e todas as formas de desigualdade e injustiça que ressaltam a necessidade de cooperação e colaboração entre os países (Educação para a cidadania Global: preparando alunos para os desafios do século XXI (UNESCO, 2015, p. 11).

Neste raciocínio, é sustentado que Educação para uma cidadania global deve:

(i) estimular alunos a analisar criticamente questões da vida real e a identificar possíveis soluções de forma criativa e inovadora, (ii) apoiar alunos a reexaminar pressupostos, visões de mundo e relações de poder em discursos “oficiais” e considerar pessoas e grupos sistematicamente sub-representados ou marginalizados (iii) focar o engajamento em ações individuais e coletivas, a fim de promover as mudanças desejadas; e (iv) envolver múltiplas partes interessadas, incluindo aquelas que estão fora do ambiente de aprendizagem, na comunidade e na sociedade mais ampla (UNESCO, 2015, p. 14).

No último documento da UNESCO analisado; *Educação 2030: Declaração de Incheon e Marco de Ação para a implementação do objetivo de desenvolvimento sustentável* preconiza-se uma educação inclusiva e equitativa de aprendizagem ao longo da vida (UNESCO, 2016). As orientações veiculadas reforçam as medidas para a melhoria da qualidade da aprendizagem com o desenvolvimento de atitudes, valores, aptidões, competências e conhecimentos que permitam aos cidadãos conduzirem suas vidas de forma plena e com capacidade de tomar decisões fundamentadas. Para tanto, é recomendada a necessidade de se garantir o acesso à educação superior a toda a população, desenvolvendo competências para o trabalho, com pensamento crítico, criativo e com o perfil de liderança para enfrentar as incertezas do futuro.

Outra tendência apontada neste relatório é o estímulo à mobilidade do corpo docente e dos estudantes para a melhoria de sua formação acadêmica reforçando a competitividade mundial. Recomenda-se ainda o estímulo ao "uso da tecnologia, dos recursos educativos de livre acesso, e da educação a distância, criando oportunidades equitativas de acesso a população de idade avançada, prestando particular atenção aos grupos vulneráveis" (UNESCO, 2016, p. 22).

Parece poder inferir-se, da análise que orientações preconizadas neste relatório reforçam, a necessidade de se traçar políticas intersetoriais que promovam o desenvolvimento de competências profissionais, fortalecendo o vínculo entre a ciência e sua aplicação nos variados contextos, para que possam criar alianças eficazes entre os setores públicos e privados.

Em face da análise feita aos cinco documentos da UNESCO, e à semelhança da relação que também estabelecemos entre os relatórios do BM e a legislação em educação publicada no Brasil (*contexto de produção de texto*), fazemos agora também uma leitura articulada entre orientações preconizadas nos documentos da UNESCO (2000, 2009, 2015, 2016; Speller et al., 2012), acima citados, e a legislação identificada. Assim,

- a) O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), por meio da Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004 formaliza o compromisso das IES com a qualidade do ensino superior e com a orientação da expansão de oferta, aumento de eficácia institucional e efetividade acadêmica e social, bem como a promoção do compromisso e responsabilidade social. Desta forma, reforça a demanda de controle através do monitoramento de desempenho com foco em três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos, e do desempenho dos estudantes, considerando o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, o corpo docente e as instalações. Para estas avaliações MEC exige que as IES sigam uma série de instrumentos complementares, que, em sintonia com os documentos analisados (UNESCO, 2000, 2009; Speller et al., 2012) reforçam a necessidade de autoavaliação permanente, com os instrumentos padronizados para avaliação externa, como o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes, avaliação dos cursos de graduação e instrumentos de formação (censo e cadastro).
- b) A partir da análise da Lei nº 11.096/2005 e do Decreto nº 6.096/2007 verifica-se que as orientações internacionais aludidas impactam na implementação de propostas de novos programas para o Ensino Superior que passam a reforçar a necessidade de ampliação de vagas públicas. Com o Decreto nº 6.096/2007 foi

criado o Programa de Apoio a Planos de Restruturação e Expansão das Universidades (REUNI 2007)⁸, estimulando a interiorização e o fortalecimento da educação tecnológica e, especialmente, a ampliação de políticas de financiamento estudantil (PROUNI e FIES)⁹. Dentro desta linha de incentivo vale ressaltar o estímulo a modalidade de ensino a distância, políticas de inclusão e de ações afirmativas e por último o compromisso com a formação de professores da educação básica. Desta forma, constata-se a existência de influências entre orientações da UNESCO (2015, 2016; Speller et al., 2012) com as leis nacionais que instituem medidas com amplo impacto nos programas e ações das IES.

Em linhas gerais, observa-se uma estreita relação entre orientações da UNESCO, a partir da década de 2000, e a legislação brasileira, nomeadamente quanto às orientações que apelam para a democratização do acesso de todos ao ensino superior, às que colocam ênfase na obrigatoriedade de monitoramento, avaliação e controle pelo estado, e às que sustentam a importância de uma educação inclusiva e de qualidade.

A salientar, desta análise, a importância que a UNESCO desempenha de cooperação e ajuda à população mais necessitada do planeta. Esta vocação da UNESCO e as orientações que subscreve nos relatórios analisados reforçam a necessidade da inclusão de temas tão caros à humanidade, tais como: cidadania activa, desenvolvimento sustentável, paz e bem-estar, igualdade de género, inclusão, acesso ao ensino da população desfavorecida, direitos humanos, redução da desigualdade, cooperação internacional, etc.

⁸ O REUNI tem como principal objetivo a expansão física, académica e pedagógica da rede federal de educação superior no Brasil. As ações do programa contemplam o aumento de vagas nos cursos de graduação, a ampliação da oferta de cursos noturnos, a promoção de inovações pedagógicas e o combate à evasão, entre outras metas que têm o propósito de diminuir as desigualdades sociais no país.

⁹ O PROUNI - Programa Universidade Para Todos, foi implantado em 2005 pelo Ministério da Educação MEC objetivando ampliar as oportunidades de acesso ao ensino superior no Brasil. O FIES – Fundo de Financiamento Estudantil do Ensino Superior foi criado também pelo MEC em 1999 objetivando atender prioritariamente estudantes de baixa renda que estejam matriculados em IES particular.

1.2.3. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)

No primeiro documento analisado da OCDE (2008), intitulado *O Ensino Superior para a sociedade do conhecimento* as orientações relativas ao Ensino Superior reforçam a necessidade de que este contribua para o desenvolvimento económico dos países.

Enunciam-se como prioridades: a formação do capital humano; a constituição de bases de conhecimento; a difusão e a valorização do conhecimento produzido por meio das pesquisas; a manutenção dos conhecimentos e a sua transmissão inter geracional (OCDE, 2008).

Por seu lado, o documento *L'enseignementsupérieur à l'horizont 2030* (OCDE, 2011), ao fazer referência ao Processo de Bolonha¹⁰, prioriza o estímulo à mobilidade internacional dos estudantes e dos professores para a troca universitária e cultural entre os povos, principalmente da comunidade europeia, e ainda, a necessidade de ter uma população ativa, academicamente mais qualificada em uma economia emergente, ou que está envelhecendo (OCDE, 2011).

Neste contexto de influências das políticas internacionais, a OCDE, no relatório de abril de 2018, intitulado *The Future of Educationand Skills 2030* (OECD, 2018), lança questões e desafios para os governos, visando a promoção de políticas globais relacionadas especificamente com o campo do currículo e com a formação dos futuros profissionais, interrogando-se:

- Que conhecimentos, habilidades, atitudes e valores os estudantes de hoje precisam para prosperar e moldar seu mundo?
- Como os sistemas institucionais podem desenvolver esses conhecimentos, habilidades, atitudes e valores de forma eficaz?

¹⁰ Em 19 de junho de 1999, na cidade italiana de Bolonha, ministros da educação de 29 países europeus assinaram a Declaração de Bolonha, documento que prevê a livre mobilidade dos estudantes (europeus ou não) entre as universidades européias mediante a criação do Espaço Europeu do Ensino Superior. O principal objetivo da criação do Espaço Europeu do Ensino Superior é o aumento da competitividade do próprio Sistema.

As preocupações apontadas no relatório parecem direcionar-se para a necessidade de, por um lado, se traçarem objetivos mais amplos para a educação, priorizando o bem-estar individual e coletivo e, por outro, se pensar os currículos de formação numa perspectiva mais ampla, organizando-os não apenas para a obtenção de conhecimentos, mas também para o desenvolvimento de habilidades, atitudes e valores. Dá-se clara ênfase ao desenvolvimento de competências para transformar a sociedade, e à construção de projetos inovadores que permitam avançar em direção a uma mudança ecossistêmica (OECD, 2018).

É neste contexto de orientações das políticas internacionais (OECD, 2018) que vamos encontrar a ênfase na implantação do currículo do futuro que deve ser projetado envolvendo os estudantes para motivá-los, e reconhecendo os seus conhecimentos, habilidades, atitudes e valores. Um ensino que seja desafiador para os participantes envolvidos, alinhado com os processos de avaliação, e com uma adequação do conhecimento a situações problemas, que permita o desenvolvimento, nos estudantes, de um pensamento e reflexão profundos, capazes de garantir a qualidade da sua formação. Preconiza-se, nestes pressupostos, que o estudante possa, de modo bem informado, fazer as suas escolhas (OECD, 2018).

O relatório reforça ainda que o futuro da educação e das habilidades 2030 também passa por um trabalho de redesenho e de implementação de currículos para enfrentar os desafios do século XXI. O incentivo será de, a partir da análise de currículos internacionais, os países participantes da OCDE possam refletir sobre suas próprias práticas e aprender com as experiências de outros (OECD, 2018).

A partir destas recomendações dos relatórios analisados (OCDE, 2008, 2011; OECD, 2018), identificamos um direcionamento para que os países repensem a qualidade do ensino, avaliando a relevância, efetividade e eficiência dos procedimentos para a sua melhoria.

Na linha de raciocínio que estamos a seguir intenta-se, uma vez mais, identificar influências destas orientações internacionais da OCDE na legislação implementada no Brasil (*contexto de produção de texto*), que passamos a referenciar:

- a) Observa-se na Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, com a instituição do Sistema de Avaliação da Educação Superior (SINAES), a exigência de ranqueamento e classificação das universidades, assim como o caráter punitivo das políticas de avaliação, a partir de um modelo *standard* que se deve seguir. Adotar um sistema parecido de avaliação entre vários países de diferentes contextos, com realidades díspares, reflete uma imposição que vem de cima e parece não respeitar as diferenças entre os povos (OCDE, 2008);
- b) Ao analisarmos o Projeto de Lei nº 8.035, de 20 de dezembro de 2010, que institui metas e estratégias, especificamente referentes a educação superior para o decênio 2011-2020, juntamente com as Leis nº 10.861/2004 e nº 11.096/2005 e o Decreto nº 6.096/2007, traça-se um panorama de entrelaçamento entre as orientações dos organismos internacionais com relação ao processo de mercantilização da educação superior no Brasil, iniciado no período do ano 2000, precisamente nos relatórios da OCDE de 2008 e de 2011. Cria-se um arcabouço político e jurídico que busca viabilizar a privatização da educação superior atendendo, entre outras, a demanda de inclusão da população com dificuldade de acesso ao ensino superior. Nesta mesma Lei (Projeto de Lei nº 8.035, de 20 de dezembro de 2010) observa-se influências na legislação sobre avaliação como é o caso das Leis n. 8.035/2010 e lei n. 103 de 2012, nomeadamente em aspetos relacionados com a necessidade de melhoria da qualidade da formação, monitoramento, avaliação de desempenho dos estudantes e o fomento a estudos e pesquisas que analisem a necessidade de articulação entre formação, currículo, pesquisa e o mundo do trabalho, considerando a necessidade econômica, sociais e culturais (OECD, 2018).

1.2.4. Influências de políticas globais nas orientações para a formação do profissional de saúde no Brasil - uma síntese

Ao estabelecer relação entre o contexto de *influência global* para o contexto local (Ball, 1998), compreendemos, em acordo com Teodoro (2003), que, de fato, aqueles organismos internacionais:

... desempenham um decisivo papel na normalização das políticas educativas nacionais, estabelecendo uma agenda que fixa não apenas prioridades, mas igualmente as formas como os problemas se colocam e equacionam, constituindo uma forma de fixação de um mandato, mais ou menos explícito, conforme a centralização dos países (Teodoro, 2003, p. 33).

Com efeito, a análise realizada aos diferentes documentos permitiu identificar três *principais eixos de influência* das organizações internacionais nas políticas locais para formação superior em saúde no Brasil: políticas públicas-privadas; avaliação e monitoramento; inclusão/equidade; responsabilidade social e valores.

No que concerne ao primeiro eixo, observa-se um alinhamento das políticas para formação superior em saúde no Brasil com a ideologia do neoliberalismo subordinando a Educação à lógica do mercado, demarcando políticas de avaliação, monitoramento e de resultados atreladas ao desenvolvimento econômico (Banco Mundial, 2003, 2011; Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad, 2000; Ferreyra et al., 2017; UNESCO 2009, 2015, 2016; Speller et al., 2012; OCDE, 2008, 2011; OECD, 2018).

Identifica-se, igualmente, um direcionamento para a qualidade do ensino, avaliando a relevância, efetividade e eficiência dos procedimentos para a sua melhoria (Banco Mundial, 2011; Ferreyra et al., 2017; UNESCO 2015, 2016; OCDE, 2011; OECD, 2018).

Observam-se, também, influências relacionadas com demandas de inclusão/equidade e responsabilidade social (UNESCO, 2015) em propostas de formação orientadas para a inovação, sustentabilidade e flexibilidade curricular (Projeto de Lei nº

8.035, de 20 de dezembro de 2010, e lei n. 103 de 2012). Neste domínio, a análise permitiu ainda constatar a influência de um discurso orientado para inclusão e equidade, o alargamento de vagas públicas no ensino superior, bem como a ampliação de políticas de financiamento estudantil e o estímulo ao ensino a distância (UNESCO, 2016).

Em relação aos valores, os discursos remetem para uma atenção ao pluralismo cultural, (Ferreyra et al., 2017) que se reflete em propostas curriculares de formação docente orientadas para problemáticas voltadas para a humanização e atenção à diversidade (Lei nº 11.096/2005 e Decreto nº 6.096/2007). De um outro ângulo, a análise permitiu também compreender influências direcionadas para o desenvolvimento, nos estudantes, de habilidades, atitudes, competências e valores que induzem a se pensar na promoção de capital humano para se trabalhar novos modelos de ensino-aprendizagem (OECD, 2018).

Neste sentido parece inferir-se uma certa tendência de substituição de uma visão da formação na sua compreensão ampla, orientada para a transformação social e para o desenvolvimento humano, que deve levar em conta os valores éticos, morais e de responsabilidade, por um modelo de natureza mais tecnicista, que visa unicamente acompanhar e adequar a concepção ao mundo competitivo do mercado (desenvolvimento económico).

Os eixos de influência identificados, e as nuances que abarcam, configuram três grandes desafios para a formação de profissionais de saúde no Brasil. Um primeiro desafio tem a ver com o reconhecimento de que essas propostas de formação tenderão a sintonizar-se com políticas neoliberais (na linha de *uma agenda globalmente estruturada para a educação*) (Dale, 2004), o que significará alinharem-se pelas demandas do mercado de trabalho e empregabilidade. Um segundo desafio, articulado com o primeiro, prende-se com o perfil do profissional de saúde voltado para uma atenção integral das pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades. Este desafio requer, por seu lado, que as IES trabalhem segundo lógicas de aproximação entre serviços de saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS), o contexto local e as instâncias formadoras de profissionais de nível superior (agenda local) (Santos, 2017). Um terceiro desafio, que pode ser relacionado com este último aspecto, tem como foco a importância da gestão e desenvolvimento da qualidade

(agenda global), conduzida a partir da avaliação, monitoramento e desempenho institucional.

No âmbito desta reflexão sobre a influência de diretrizes internacionais nas políticas de formação superior em saúde no Brasil não podemos ignorar as advertências de Robertson e Dale (2017), quando alertam para o fato de que essas orientações representam uma lógica que está atrelada ao progresso coletivo, no interesse da igualdade e da justiça, e que impõem um modelo educacional comum que resulta no tratamento da educação como

... abstrata, fixa, absoluta, a-histórica e universal, quando, ... nenhuma distinção é feita entre seu uso para descrever finalidade, processo, prática e desfechos. É este *achatamento* da *educação*, e a relutância em reconhecer que há relações cruciais entre diferentes representações de educação que estão sendo bloqueados ou dissimulados pela falha em distinguir entre elas, que torna tão importante identificar e procurar ir além do educacionismo. (Robertson & Dale 2017, p. 874)

Portanto, segundo os autores, para a compreensão da relação entre *a política e a educação* para a formação superior em saúde, é necessário fornecer informações precisas, não apenas da concepção de Estado, mas de governança educacional, atrelado à economia, ao mercado, mas também de todo o campo da administração pública. Para os autores

Se examinarmos de perto a *governança* da educação - que são as combinações e a coordenação das atividades, dos atores/agentes e escalas por meio dos quais a *educação* é construída e prestada em sociedades nacionais - podemos identificar quatro categorias de atividade que compõem coletivamente a governança educacional: *financiamento, disponibilização ou prestação, propriedade e regulação*. Estas atividades podem, em princípio, ser realizadas independente umas das outras e por um rol de agentes além do estado - embora o estado continue sendo um possível agente de governança educacional e em um múltiplo conjunto de escalas, do local para o global. (Robertson & Dale, 2017, p. 848).

Seguindo esta linha de raciocínio, os autores estimulam os pesquisadores “a pensar de modo imaginativo, sistemático e crítico a respeito das diferentes maneiras pelas quais a pesquisa comparada sobre políticas educacionais globais pode ser realizada” (Robertson & Dale, 2017, p. 850). Sugerem assumir metodologicamente a análise realista-crítica, em

que, segundo os autores, é necessário recuar para exercitar a relação entre desfechos, mecanismos e forças causais (Robertson & Dale, 2017).

Neste sentido, a comparação entre as políticas e seu impacto nos contextos de texto e de prática, exige do pesquisador “problematizar ao invés de tomar como certo e, neste caso, problematizar fenômenos referentes a políticas educacionais globais” (Robertson & Dale, 2017, p. 867). Desta forma, para os autores, esta tentativa de comparar

... produz *a possibilidade* de diferença e pode-se esperar um desejo de compreender e explicar estas diferenças. Assim, uma preocupação importante para abordagens comparadas é examinar as relações entre fenômenos nominalmente similares, e aqui, também, uma abordagem comparada às políticas globais tem valor, não somente ao distinguir sentidos e usos, mas buscando explicar estas diferenças. E se nem sempre esta segunda etapa é possível, o reconhecimento de que os mesmos nomes são dados a fenômenos diferentes nos ajuda a problematizar estes fenômenos, ao invés de tomá-los como certos, ou assumir que *devem* ser comparáveis de alguma maneira. (Robertson & Dale, 2017, p. 870).

Finalmente, os autores advertem para o facto de que “pensar sobre política educacional global (requer) perguntar: quem compara e para quais finalidades?” e exige que “reconheçamos a existência de lados a serem assumidos, e isto têm consequências para nossas análises”. (Robertson & Dale, 2017, p.874)

Observa-se, em síntese, um alusivo enlace com a política global voltada quer a interesses económicos e de mercado, e com enfoque na qualidade, quer a pressupostos de natureza inclusiva, com preocupações com a equidade e responsabilidade social. Esta, é, pois, uma relação tensional que requer das Instituições do Ensino Superior, com responsabilidades na formação de profissionais de Saúde, maior atenção, tendo em conta um perfil profissional direcionado, simultaneamente, para o trabalho interdisciplinar e a interprofissionalidade, e para uma ação comunitária de atenção às pessoas, famílias e grupos sociais.

Esta perspetiva, das influências das políticas globais nas ações locais, não pode deixar de fora a articulação da cultura local com a teoria e a prática na formação que se pretende oferecer no âmbito da graduação em saúde, foco da presente investigação. Reconhece-se como importante a inclusão nesta análise de discursos marginais, sem abrir

mão da complexidade dos problemas e da diversidade das experiências, das identidades, dos gêneros, dos vários estilos de vida e saberes. Sem desconsiderar as influências globais, faz-se necessário refletir sobre uma formação que incorpore questões relacionadas com problemáticas sociais, humanas contemporâneas, e com o cuidado em saúde no currículo (Santos, 2018).

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PARA A FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE NO BRASIL

Nota introdutória

No presente capítulo analisam-se as diretrizes curriculares dos cursos de saúde no Brasil, detendo-nos, assim, no contexto de *produção de texto* Ball (2001). Para tanto, empreende-se inicialmente uma abordagem panorâmica, no antes e depois da Constituição de 1988. Em seguida, construímos uma abordagem focada nos últimos governos democráticos no Brasil, pós ditadura militar. Esta visão histórica visa situar o contexto de produção de texto e sua influência na produção de políticas para a educação superior, e especificamente, para formação de profissionais em saúde no Brasil. Neste âmbito, apresentamos, num primeiro momento, uma leitura da política de saúde no Brasil antes da Constituição de 1988, e posteriormente à constituição, enfatizando influências na produção de textos¹¹ da política educativa (contexto de produção de texto, (Ball, 2001)). São estas políticas que têm orientado as diretrizes curriculares para o ensino superior em saúde no Brasil, desde então. Num segundo momento, analisam-se implicações destas orientações para a contextualização de políticas de formação de profissionais de saúde no Brasil, objetivando compreender a evolução que tem ocorrido nos currículos para a formação superior em saúde no Brasil.

2.1. Para uma contextualização de Políticas de formação de profissionais de saúde no Brasil

No âmbito do foco em estudo nesta investigação o presente ponto ocupa-se de uma leitura cronológica das políticas de saúde no Brasil, considerando-se a sua relação com os movimentos e interesses dos governos vigentes em dois momentos cruciais: **antes e depois** da Constituição de 1988.

¹¹ Resolução CNE/CES 1.133/2001, Resoluções; n. 3, 7 de nov. 2001/Enfermagem, Resolução n. 5, 2001/Nutrição, Resolução n. 4, 19 de fev. 2002/Fisioterapia, Resolução n.6 de 19 de out. de 2007/Farmácia, Resolução n.5, 15 de mar. 2011/Psicologia, Resolução n.3 de 20 de jun. de 2014, p.2, Medicina.

2.1.1. Da independência do Brasil até à constituição de 1988

Partindo da análise das políticas de saúde, a partir do Brasil Colônia ¹² (1500-1822), ao Brasil Império ¹³ (1821-1825).

Em 1888, a Abolição da Escravatura, culmina no fato histórico que alterou a dinâmica da relação entre senhores e escravos. Este acontecimento terá consequências na forma de trabalho relacionada com a mão de obra escrava. Ao mesmo tempo intensificam-se as correntes imigratórias provenientes principalmente da Itália, Espanha e Portugal. Consequentemente, as condições sanitárias se agravam com a eclosão de epidemias de febre amarela e peste bubônica alinhadas a falta de políticas sociais e de saúde (Souza & Carvalho, 2019).

Segundo Massako (1994), foi a partir da Proclamação da República em 1889, e a elaboração da Constituição, que os estados passam a ter preponderância e poder de decisão nacionais, centralizando-se na região centro-sul do Brasil, nos Estados brasileiros produtores de café. Neste contexto, a saúde passa para o domínio estatal estabelecendo desta forma a sua estrutura e locais de atuação.

Segundo Gerschman e Santos, (2006), desde a década de 1920, a saúde pública passou a ser uma prioridade política do governo brasileiro, apoiado pela Fundação Rockefeller. Sua base era o saneamento rural, tendo como objetivo um projeto político de construção da nacionalidade e do Estado nacional, no qual rejeitava a ideologia do determinismo climático e genético como explicação para o subdesenvolvimento brasileiro.

¹² História do **Brasil Colonial** tem início em 22 de abril de 1500 com a chegada dos portugueses. O término deste período é a Proclamação da Independência do Brasil, ocorrida em 07 de setembro de 1822. Durante esta época, o Brasil foi administrado pela coroa portuguesa. Reportando-se a este período, Matos e Baptista (2015) sustenta que no período Colonial o Brasil se encontrava à margem do capitalismo mundial, submetendo-se econômica e politicamente à metrópole Portugal. Inexistia um sistema de saúde formalmente estruturado, sendo as ações de caráter focal e baseada em privilégios para os senhores que dominavam a produção de açúcar e do café, e que tinham acesso aos profissionais legais da medicina, que eram trazidos de Portugal (Matos & Baptista, 2015).

¹³ O período do **Brasil Império** teve início com o processo de Independência do **Brasil** (1821-1825) e terminou com a Proclamação da República (1889) <https://www.educamaisbrasil.com.br>

A crise mundial em 1929¹⁴, vai impactar no padrão exportador capitalista e, ao mesmo tempo, com o conseqüente aumento da dívida externa, acirrando-se os confrontos entre republicanos e liberais com impacto na economia brasileira, o que vai abrir espaço para a Revolução de 1930¹⁵. Segundo Bravo (2006)

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores (p. 3).

O Estado Novo¹⁶, portanto, teve suas características marcadamente populista, absorvendo reivindicações e insatisfações da população com as condições de saúde e de trabalho. Destas insatisfações a resposta do governo foi a criação do Ministério do Trabalho e dos Institutos de Trabalhadores. Data deste período a criação do Ministério da Educação e Saúde com a proposta de conceber uma política nacional de saúde com a criação de condições sanitárias mínimas (Bravo, 2006).

Segundo Braga e Paula (1986) as principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram

... a ênfase nas campanhas sanitárias; a coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, para Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; a criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana);

¹⁴ A **Crise de 1929**, também conhecida como **Grande Depressão**, foi uma forte recessão econômica que atingiu o capitalismo internacional no final da década de 1920. Marcou a decadência do liberalismo econômico, naquele momento, e teve como causas a superprodução e especulação financeira (Cano, 2015).

¹⁵ Na **Revolução de 1930**, frações de oligarquias, o tenentismo e as classes médias urbanas, modificaram a estrutura de poder, diminuindo o poder oligárquico e aumentando o poder dos estratos sociais pertencentes à burguesia. O êxodo rural, decorrente da bancarrota do café, impulsionou o processo de industrialização e urbanização. Desta maneira, os surtos epidêmicos, que já se faziam presentes, se intensificaram, devido à piora das condições de vida, decorrentes principalmente, do excesso populacional e da falta de infraestrutura sanitária ().

¹⁶ O **Estado Novo** foi a fase ditatorial do governo de Getúlio Vargas. Ao todo, Vargas permaneceu no poder de 1930 a 1945, mas a fase do Estado Novo corresponde especificamente ao período de 1937 a 1945. Teve início em novembro de 1937, quando foi realizado o **Golpe do Estado Novo**, e foi encerrado quando os militares obrigaram Vargas a se retirar do poder (<https://cpdoc.fgv.br>).

reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (Braga & Paula, 1986, p. 53-55)

Reportando-se ao período de 1930 à 1945, Pinheiro et al. (2018), argumentam ter-se tratado do período Getulista¹⁷, no qual ocorre a centralização política e administrativa e a verticalização das ações do Estado, com práticas de saúde pública voltadas principalmente para doenças como malária, lepra, febre amarela e a tuberculose, e com estratégias como a divisão do país por regiões de saúde, com vista à implementação e supervisão das medidas pertinentes por delegacias federais de saúde e à realização de conferências nacionais de saúde.

Ainda, segundo os autores, após 1945 ocorreu um período de redemocratização que seguiu até 1964, culminando em eleições diretas, liberdade de imprensa e com a possibilidade de criação de agrupamentos políticos e sindicatos. Data desta época a criação do Ministério da Saúde (MS), que passa a contar com a participação de sanitaristas como protagonistas para as resoluções dos problemas apresentados pelo cenário nacional de saúde no Brasil (Pinheiro et al., 2018).

Referenciando também o período de 1945 a 1964, Bravo (2006), considera que a situação da saúde da população não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e a mortalidade geral. Afirma que

A estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já estava montada a partir dos anos 50 e apontava na direção da formação das empresas médicas. A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento através do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização. Entretanto, apesar das pressões, a assistência médica previdenciária até 1964, era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos Institutos. As formas de compra dos serviços médicos a terceiros aparecem como minoritárias e pouco expressivas no quadro geral da prestação da assistência médica pelos institutos. Esta situação vai ser completamente

¹⁷ A **Era Vargas** foi o período de quinze anos da história brasileira que se estendeu de 1930 a 1945 e no qual Getúlio Vargas era o presidente do país. A ascensão de Vargas ao poder foi resultado direto da Revolução de 1930 (Gomes, 2005).

diferente no regime que se instalou no país após 1964 (Bravo, 2006, p. 6).

Em 1964 instaura-se a ditadura militar¹⁸, em decorrência da estagnação política e social da época, que logrou o chamado “milagre econômico” em sua primeira década, quando a saúde era mantida pelos recursos da previdência, levando à centralização dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Pinheiro et al., 2018).

Segundo Paim (2013), após a ditadura de 1964 as políticas sociais apresentaram um caráter regressivo no financiamento do gasto social, com consequências importantes para a população, nomeadamente: centralização do processo decisório, privatização do espaço público, fragmentação institucional e reduzido impacto na distribuição da renda. Segundo o autor "Em pleno "milagre econômico" foi "redescoberta" a pobreza diante do agravamento da "questão social", possibilitando que as políticas sociais expandissem na conjuntura pós-1974".

Em 1977 surgiu o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas)¹⁹ e, ainda, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Nesse cenário, em que o regime ditatorial imperava, a saúde pública passou a ser movida por campanhas de baixa eficácia, em decorrência de ações conservadoras marcadas pelo autoritarismo e pela privatização. Destaca-se, então, o surgimento da medicina preventiva, inspirada no modelo dos Estados Unidos da América (EUA) de incluir cuidados preventivos nas ações médicas. Porém, não se obtiveram resultados positivos no Brasil, devido a deficiências dessa abordagem diante da realidade sanitária do país (Pinheiro et al., 2018).

Em 1985 inicia-se o processo de abertura política com o fim da ditadura, e com o

¹⁸ Ditadura militar brasileira foi o regime instaurado em 1 de abril de 1964 e que durou até 15 de março de 1985, sob comando de sucessivos governos militares (Pinheiro et al., 2018).

¹⁹ O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O novo sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios (www.planalto.gov.br).

advento da Lei da Anistia. Inaugura-se um novo movimento com a reorganização da imprensa, da sociedade e da oposição, que deu origem à campanha conhecida como “Diretas Já”. Surge uma nova democracia, ainda com eleição indireta em 1985. Como marco do movimento da saúde pública, neste período, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A conferência foi aberta a toda a sociedade, e teve lugar a discussão de três aspectos fundamentais para as mudanças que estavam sendo anunciadas: a) a saúde como direito; b) a reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SNS); e c) o financiamento do setor (Paim, 2013).

Tais movimentos foram reflexos da chamada “Reforma Sanitária”²⁰, por conta de seus ideais, e da concepção de que a saúde deveria ser tratada como direito social. Essa reforma teve ampla participação cidadã, incluindo estudantes e profissionais da saúde, com relevante atuação em pontos sensíveis do setor, como a saúde coletiva (Santos, 2018).

A propósito desta Reforma, Paim (2008) enfatiza que, antes de existir o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde pública era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que era ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e que sua função era fornecer atendimento para a população que trabalhava em empregos formais, e que contribuíam com a Previdência Social, ou seja, aqueles que tinham a popular “carteira assinada”. Fazia parte deste público pessoas que não estavam em empregos formais, e, portanto, não tinham acesso a serviços de saúde. Essa parcela da população era obrigada a recorrer ao sistema privado, ou aos poucos serviços municipais, estaduais e de instituições assistencialistas, como Santas Casas de Misericórdia ou hospitais universitários.

Nesse contexto, as políticas de saúde dos governos militares buscavam incentivar a expansão do setor privado. Com esse objetivo, o governo vigente ampliou a compra de serviços pela previdência e facultou incentivos sociais as empresas para a contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários – são os convênios empreendedores de políticas que objetivavam

²⁰ O movimento da **Reforma Sanitária** nasceu no contexto da luta contra a ditadura, iniciado na década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (www.pensesusfiocruz.br).

também a privatização de parte dos serviços médicos estatais, então considerados inadequados por não serem lucrativos. (Braga & Paula, 1986)

Por conseguinte, no Brasil, antes da Constituição de 1988, o sistema de saúde estava dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. Ou seja, o governo empreendia um forte incentivo à saúde individual dos trabalhadores formais nas zonas urbanas e, por outra parte, investia nas ações voltadas às populações mais pobres que viviam nas zonas rurais do país. A saúde pública estava ao encargo do Ministério da Saúde (MS). O país vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública (Paim, 2008).

Esta política favorecia os empresários, pois o viés econômico era mais forte do que a necessidade de bem-estar do cidadão. A partilha deste serviço era rateada entre o empregador, o governo e a população (Pinto, 2006).

A redemocratização, a que nos referimos antes, iniciada em 1985, foi marcada por tensões entre propostas assistencialistas e universalizantes que disputavam uma resposta do Estado à dívida social acumulada durante os anos de autoritarismo. Segundo Paim (2008), a saúde não era, portanto, considerada um direito, era um problema individual. Para Paim (2008), em 1986, "o direito coletivo da cidadania prevaleceria sobre o direito individual associado à contribuição". Neste período foi criado o Grupo de Trabalho de Reformulação da Previdência Social, que propunha a superação da concepção de seguro social para a da Seguridade Social, sob a lógica da solidariedade do Estado de bem-estar social. Com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, (Lei 8080/1990) a saúde deixa de ser um problema individual e se torna um bem público.

A **Constituição Federal**²¹ de 1988 foi, sem dúvida, foi um marco na história da democracia brasileira, em particular quanto à criação de um sistema de saúde, com seus princípios e diretrizes, e que viria a ser institucionalizado a partir de então com ênfase e atenção aos direitos sociais (Matus, 1997).

²¹ **A Constituição de 1988** é a atual Carta Magna do Brasil que serve de parâmetro para as demais legislações vigentes no país. Aprovada pela Assembleia Nacional Constituinte, ela foi promulgada no dia 5 de outubro de 1988, durante o governo do presidente José Sarney (Villa, M. A., 2011).

Com efeito, a reflexão sobre modelos de saúde que a Constituição Federal Brasileira de 1988 delineia, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)²², propõe que o atendimento à saúde da população brasileira seja **universal, equânime e integral** (art. N. 6, 196 e 197 da Constituição Federal). A deliberação da universalidade supõe que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural. Esta é uma conquista da sociedade brasileira, essencial para o alcance de maior igualdade social. Como sublinham Paim (2013), a equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços para todos, e pressupõe a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas que assegure que todos tenham assistência e cuidados em saúde. As premissas assentam num entendimento da saúde como um direito legal da população, constituindo-se como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (art. n. 6, 196 e 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988). É, pois, reconhecido que a carta constitucional de 1988 configura a busca e implantação de um Estado de bem-estar social. A saúde passa a ser um direito de cidadania de toda a população brasileira. A partir de então a organização da saúde pública no Brasil passa por uma grande transformação (Paiva & Teixeira, 2014).

Entre os principais avanços da Constituição de 1988, estão:

- Eleição direta para os cargos de presidente da República, governador do Estado e do Distrito Federal, prefeito, deputado federal, estadual e distrital, senador e vereador;
- Redução do mandato presidencial de cinco para quatro anos;
- Garantia de maior autonomia para os municípios;
- Liberdade de expressão e fim da censura aos meios de comunicação, filmes, peças de teatro e músicas, etc;

²² Estas mudanças ocorreram em linha com orientações internacionais decorrentes da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, e traduziram-se em programas e ações que visaram, entre outros aspetos, ampliar a cobertura da população assistida e impactar favoravelmente os indicadores de saúde e de qualidade de vida por meio da aplicação de técnicas de planejamento e de administração científica do sistema de saúde acessível para as populações menos favorecidas (Ministério da Saúde, Brasil 2001).

- Criação do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Marco nos direitos dos índios com demarcação de terras indígenas e proteção do meio ambiente;
- Garantia de direitos trabalhistas, como seguro-desemprego, abono de férias, jornada semanal de 44 horas, direito à greve e a liberdade sindical;
- Igualdade de gêneros e fomento ao trabalho feminino, com reconhecimento de seus direitos individuais e sociais (Oliveira & Oliveira, 2011, p. 37).

Também Pereira (2018a), sustenta que a

Constituição de 1988 muito embora tenha deixado em aberto a participação dos setores privados (lucrativos e não lucrativos) na complementação da provisão estatal de proteção social, parece-nos bastante evidente que a estratégia social levada a cabo ao longo das últimas três décadas, vista retrospectivamente como a resultante do embate de forças políticas e ideológicas presentes tanto na disputa entre os setores público e privado como intrassetores públicos, exacerbou esta característica pró-mercado das políticas sociais, em detrimento do princípio público e universalizante que, na verdade, está na base do capítulo constitucional relativo à ordem social. (p. 23)

Parece, pois ficar claro que a **Constituição de 1988**, é essencial na consignação de uma política de direitos e garantias fundamentais, restituindo a democracia e promovendo a cidadania, garantindo direitos individuais e sociais.

2.1.2. Período pós-constituição de 1998

Como salientámos no ponto anterior, as orientações promulgadas na Constituição de 1988, introduziram alterações ao nível do papel do Estado no Brasil e, no caso do foco desta investigação, das políticas da formação do profissional de saúde no Brasil.

Na década de 1990 o papel do Estado no Brasil é fortemente marcado pela política de diminuição de sua influência, com o objetivo de acelerar o desenvolvimento econômico e tecnológico do país, incentivando a privatização e delegando-se responsabilidades

públicas para entidades privadas (Gentili, 2001).

Segundo Mancebo (2004), as consequências da diminuição do papel do Estado são marcantes, e imprimem prerrogativas quanto a descentralização de capital, tanto para a saúde quanto para a educação. Estas consequências dizem respeito ao repasse de recursos pertencentes aos Estados e Municípios e o endividamento dos Estados, limitando, assim, a pretensa autonomia que estas diretrizes visavam. O horizonte apontava para a privatização como saída.

O tema da reforma universitária esteve na pauta do Ministério de Educação e Cultura (MEC) desde o governo de Fernando Henrique Cardoso.²³ No âmbito deste governo é criado, em 1999, pelo MEC o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES)²⁴. O FIES objetivou facilitar o acesso de jovens de baixa renda ao ensino superior, oferecendo financiamento estudantil para estudantes de cursos de graduação em faculdades privadas. A proposta deste financiamento foi a de possibilitar aos estudantes que não tinham condições de arcar com as mensalidades de um curso pudessem continuar os estudos, devendo, no final da sua graduação, devolver o valor do financiamento por meio do pagamento de parcelas mensais.

Em 2003, com o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010)²⁵ a democratização do ensino superior passou a ser incentivada, revelando-se como pertinente a criação de uma lei geral que regulasse o sistema federal de educação superior. Segundo Aguiar (2016):

Havia questões consideradas fundamentais para o desenvolvimento do sistema que precisariam de uma regulação. Uma das principais era a autonomia universitária, assegurada pela Constituição de 1988, mas jamais regulamentada (p. 119).

²³ O governo Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) assumiu o país num momento de endividamento do Estado, acentuado por um alto custo do capital. Este governo propõe uma reforma do Estado brasileiro, por meio da privatização dos serviços públicos com destaque à educação, sobretudo a educação superior (Silva & Sguissardi, 2005).

²⁴ Criado pelo governo federal em 1999, o Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) é um programa do Ministério da Educação (MEC) que viabiliza o ingresso ao ensino superior. Destinado ao financiamento da graduação de estudantes que não têm condições de pagar as mensalidades das faculdades da rede de ensino privada (Sguissardi, 2000).

²⁵ O Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) ficou marcado por ser um período de intenso crescimento econômico do Brasil, de incentivo ao acesso ao ensino superior da população menos favorecida, mas teve sua credibilidade abalada por escândalos de corrupção (Aguiar, 2016).

A partir do ano de 2003, a política vigente para a educação superior no Brasil elege, entre outros, o tema da autonomia das universidades públicas juntamente com o tema do acesso da população mais pobre ao ensino superior. Para solucionar a dificuldade de acesso ao ensino superior da população de baixa renda, foi criado, pelo governo federal, o Programa Universidade para Todos - PROUNI que consiste em permutar com as instituições privadas de ensino superior vantagens fiscais em troca de um percentual de vagas gratuitas para estudantes de baixa renda e, em alguns casos, pertencentes a determinadas etnias, oriundos do ensino público (Lei nº 11.096/2005).

Na pauta destes dois governos encontramos um alinhamento com orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a formação dos profissionais de saúde no Brasil, perceptíveis a partir da primeira Conferência sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde (World Health Organization, 1986)²⁶ e, posteriormente, em setembro 1978, da Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, que ocorreu em Alma-Ata, 1978 ²⁷. Identifica-se nestes dois documentos uma crítica voltada à formação médica tradicional, com ênfase na especialização da medicina. Estas conferências originaram um movimento de incentivo à formação de profissionais de saúde com perfis mais voltados para as práticas de atenção primária e da medicina comunitária, estimulando para uma maior integração entre a universidade e a comunidade, valorizando a integração e a interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde (Becker, 2001).

No caso específico do Brasil, essas influências são visíveis tanto no que diz respeito à oferta de acesso ao ensino superior para estudantes economicamente desfavorecidos,

²⁶ A Carta de Ottawa surge na continuidade de outras iniciativas promovida pela OMS, tendo como principais fundamentos, a definição de saúde adotada por esta organização, ou seja a saúde numa perspectiva bio-psico-social e não a mera ausência de doença, e ainda a visão da saúde e bem-estar para todos, através da promoção da literacia e do empoderamento das pessoas e comunidades, condição essencial para que estas sejam capazes de agir, de modo consciente e informado, sobre fatores determinantes da saúde (<https://bvsmms.saude.gov.br>).

²⁷ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde ocorrida em Alma-Ata (ex- URSS) em 12 de setembro de 1978, que assume a saúde como direito humano fundamental, e trabalham para promover a saúde de todos os povos do mundo formulando uma declaração comum (<https://bvsmms.saude.gov.br>).

com a criação de programas de incentivo financeiro e fiscal, como com a criação e expansão de vários pólos de ensino universitário de caráter público.

Por outro lado, o sistema de saúde no Brasil passou a ser perspectivado na lógica da promoção, prevenção e da vigilância à saúde. Os profissionais de saúde, e a própria população, passam a ser vistos como parte do processo saúde-doença. A atenção passa a estar no modo de vida e nas condições de trabalho dos indivíduos e grupos sociais, e suas repercussões no processo saúde-doença (Chiesa, 2016). Segundo este autor, passa-se, assim, a questionar a posição fragmentária e reducionista do olhar do médico sob o seu paciente e a sua doença, e a formação médica e do profissional de saúde voltada para especialidades, compartimentando o corpo humano em órgãos e os sujeitos que sofrem em doenças. Em contrapartida, valoriza-se as condições humanas, psicológicas e sociais mais amplas do processo saúde-doença.

Na mesma linha, também Araújo et al. (2007), consideram que foi com a Reforma Sanitária (Decreto n. 3.860, de 9 de julho de 2001), que se introduziu um novo olhar sobre o sujeito e “o adoecer” procurando romper-se com o modelo tradicional de formação biomédico, baseado “numa visão cartesiana de divisão corpo e mente, desqualificando assim aspectos psicológicos, sociais e ambientais envolvidos no processo de adoecer” (Araújo et al., 2007, p. 14). Os autores fazem referência ao relatório Flexner, de 1910²⁸, considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

A Reforma Sanitária, como já se referiu, representa um investimento a nível das orientações do MS e das diretrizes de se organizar a prática de atenção nos serviços de saúde pensando na sua **integralidade**, e promovendo-se ações de prevenção e promoção de saúde (Mattos, 2001). O tema da **integralidade** envolve outros conceitos, tais como

²⁸ Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* que ficou conhecido como o Relatório Flexner (Flexner Report). Entre outros aspetos este relatório propõe que as escolas médicas devem estar baseadas em universidade, e os programas educacionais devem ter uma base científica. Sintetizando, ele vai dizer: “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”. (Araújo et al., 2007).

universalidade e equidade que, à época, traduzem os ideais daquela Reforma Sanitária brasileira (Cecilio, 2001).

Focando a atenção no campo da formação de profissionais de saúde no Brasil, reconhece-se, assim, que **a integralidade** deve ser um princípio norteador das políticas de formação desses profissionais de saúde, e uma responsabilidade das instituições de ensino comprometidas com estas políticas (Cecilio, 2001). Para tanto, torna-se necessária a união de esforços, e as instituições de ensino superior da área da saúde vêm-se desafiadas a implementar, tanto nas universidades quanto no sistema de saúde, que é o espaço onde as necessidades da população emergem, o investimento na qualidade da formação dos profissionais de saúde (Machado et al., 2007).

Conseqüentemente, a partir da Reforma Sanitária, a formação de profissionais de saúde do ensino superior passa a ser pensada e planeada para atender às diversas demandas da população, nos vários contextos, levando-se em conta os aspectos bio-psíquico-sociais e ambientais (Paim, 2008).

Em consonância com esta perspectiva de análise, e estabelecendo uma relação entre políticas de formação de profissionais de saúde e políticas do campo educacional, já em 1996 o Ministério da Educação lançou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), na qual era demonstrada a preocupação com uma formação voltada para a realidade da sociedade brasileira (Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996). Assim, no campo da saúde, em 2001, destacam-se as Orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação, nas quais se enfatiza uma formação que articule teoria e prática (Decreto n. 3.860, de 9 de julho de 2001). No âmbito desta lei, foram lançadas as Diretrizes para os Cursos da Saúde, com descrição do perfil desejado do formando para as várias áreas de saúde, bem como as suas competências e habilidades para atuação na realidade do mercado de trabalho, no âmbito do ideário da Reforma Sanitária brasileira. Na base destas diretrizes parece estar o reconhecimento de que os estudantes devem ser capacitados para intervir nos vários contextos sociais com espírito crítico e responsável, assim como o entendimento de que as IES devem oferecer condições de preparação de professores capazes de conduzir de forma contextualizada o ensino e a aprendizagem dos futuros profissionais de saúde.

Projetos como Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – (PET, 2009) e Pró-Saúde sinalizam à ação indutora do Ministério da Saúde para promover mudanças na formação inicial em saúde, por meio da aproximação das instituições formadoras aos serviços de saúde. Delineia-se, assim, o perfil do profissional para atuar como generalista (Nascimento & Oliveira, 2010).

Dentro desta orientação, o direcionamento das diretrizes apontam para um perfil profissional generalista, formado para dar conta de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, considerando o indivíduo como um ser biopsicossocial, personalizando a relação médico-paciente. Objetiva-se, portanto, uma formação que possa instruir o futuro profissional de saúde a implementar ações para utilização racional das tecnologias, levando-se em consideração o custo-benefício e ter a capacidade de liderança e interdisciplinaridade (Parecer CNE/CP 9/2001).

Num olhar crítico, Chehuen et al. (2015), mostram-se preocupados com a evolução da superespecialização da medicina. Estas e outras críticas terão estado na origem, nas últimas décadas, de um debate sobre a educação médica, e de propostas de um modelo de ensino baseado em problemas, integrado ao assistencialismo público, colocando a ênfase na atenção primária e na epidemiologia da população (Ferreira & Oliver, 2010).

Em síntese, nesta leitura sobre **Políticas de formação de profissionais de saúde no Brasil** reconhecemos, tal como Santos et al. (2014) que, apesar de se constatar um avanço político e administrativo na construção de um novo modelo de formação notam-se, ainda, dificuldades para materializar os princípios do SUS. Para os autores a **integralidade no cuidado** foi o que menos avançou, pois “supõe-se que a integralidade seja o princípio menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas” (Santos et al., 2014, p. 84).

A partir desta leitura apresenta-se no próximo ponto um olhar mais focalizado sobre as diretrizes curriculares para os cursos de saúde na realidade brasileira.

2.2 Orientações legais para a formação superior em saúde no Brasil

No âmbito do que foi exposto, torna-se importante situar o enquadramento das leis e diretrizes curriculares, da área da saúde, no Brasil, pois estas impactam nas decisões curriculares dos cursos de saúde. Estas orientações instituem os elementos que subsidiam as metas sobre perfil, competências, habilidades, conteúdos curriculares, estágios, atividades complementares, organização do curso, e avaliação.

A primeira resolução com diretrizes para a área da saúde foi apresentada em 2001 (Parecer CNE/CES 1133/2001). Esta resolução propõe orientações sobre os perfis de profissionais de saúde, competências e habilidades, focando-se nos conteúdos curriculares, nos estágios, nas atividades complementares, na organização do curso, acompanhamento e no sistema de avaliação. Até então essas diretrizes destinavam-se apenas aos cursos de enfermagem, medicina e nutrição.

Em 2004 as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)²⁹ já referidas, passam a vigorar para todos os cursos das áreas de saúde.

As DCN dos cursos da área da saúde, em vários dos seus itens, reiteram a importância da formação superior propiciar competências e habilidades para o trabalho em equipa multiprofissional e para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, já enunciada na LDB (Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996).

Como se referiu anteriormente, a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS e a sua proposta de formação voltada para um novo modelo assistencial, requer novos perfis profissionais. A formação do profissional generalista, solicitado pelo SUS, passa a ser regida, e a estar em sintonia, pela/com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB). As DCN reafirmam a necessidade, e o dever, das Instituições de Ensino Superior (IES) em formar profissionais

²⁹ As DCN foram construídas em colaboração e com a contribuição de vários parceiros como Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Secretaria de Educação Superior do Ministério da Saúde (SES-MS), Fórum Nacional de Pró-reitores das Universidades Brasileiras, conselhos profissionais, associações de ensino, comissões de especialistas de ensino SESu/MEC e a Rede Unida (Pereira et al., 2006).

de saúde alinhados com os princípios e diretrizes do SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira (Almeida, 2003).

Num entendimento mais amplo dos impactos das políticas do SUS nas LDB, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) introduziu novas demandas para a formação dos profissionais de saúde que reivindicam a mobilização, e/ou recuperação, de fundamentos teórico-epistemológicos mais consentâneos, e necessariamente atuais, com os pressupostos mencionados.

Estas resoluções, postas em forma de artigos pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), em conjunto com o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior orientam a construção dos projetos pedagógicos dos cursos das áreas de saúde no Brasil, na atualidade. Elas irão basicamente compor os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação do profissional de saúde direcionando-a para um perfil profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo, ético com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001 – Enfermagem; Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001 – Nutrição; Resolução CNE/CES 4, de 19 de fevereiro de 2002 – Fisioterapia; Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011 – Psicologia).

Com relação aos objetivos gerais da formação relacionada com profissões de saúde: fisioterapia, farmácia, enfermagem, nutrição, e psicologia, estas resoluções orientam para os mesmos direcionamentos, são eles: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente.

Na Resolução n. 3 de 20 de junho de 2014, para os cursos de medicina, observa-se a orientação no artigo 4, da subdivisão desta formação em três grandes áreas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde. Importante registrar para o presente estudo que, na seção I, intitulada **Da atenção à saúde**, será enfatizado no item IX da Resolução n.3 de 20 de junho de 2014, a orientação para "o cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho **interprofissional**, em equipa, com desenvolvimento de relação horizontal, compartilhado, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado" (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014).

Na seção II na sub-área **Da Gestão em Saúde** do artigo 6, dimensão VI, encontra-se a referência ao desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipa, e no artigo 29 sobre a estrutura do curso, deve-se promover a integração do Projeto Político Pedagógico (PPC) com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e **interprofissional**, coadunando problemas reais de saúde da população (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, p. 13).

Em síntese, com a criação das DCN, homologadas em 2001 (Decreto n. 3.860, de 9 de julho de 2001), os cursos de saúde passam a investir na formação de profissionais generalistas para atuarem com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS, passando a um ensino na saúde mais coerente às reais necessidades da população (Varela et al., 2016). As DCN configuram, pois, orientações centrais para as IES preconizando uma formação que qualifique o profissional de saúde para a atuação no SUS, desenvolvendo competências e habilidades gerais comuns a todos os profissionais de saúde.

À luz deste racional, e em concordância com a perspectiva da integralidade em saúde, e tal como enuncia o Decreto n. 3.860, de 9 de julho de 2001, o profissional deverá ser capaz de analisar criticamente as situações e problemas da sociedade, e de procurar caminhos e estratégias que objetivem a melhoria da saúde da população assistida.

CAPÍTULO III

CURRÍCULO DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Nota introdutória

Neste capítulo aborda-se, num primeiro momento, a área do currículo, especificamente a teoria crítica do currículo e o sentido que esta concepção teórica atribui ao currículo propriamente dito. Num segundo momento, tecemos uma trajetória analítica sobre a importância da relação entre currículo e a interprofissionalidade para a formação do profissional de saúde. Objetiva-se compreender como esta relação se estabelece ao propor-se o currículo Integrado como propiciador de aprendizagem colaborativa. Desta forma, trazemos para esta análise concepções de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Aprendizagem Significativa (AS) que, por sua vez, determinam uma orientação metodológica que sustentam a proposta curricular da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), voltada para a formação do profissional em saúde.

3.1. Situando o conceito de currículo

Como já foi referido, esta investigação tem como objetivo geral produzir conhecimento sobre influências das políticas educativas na área do **currículo**, delimitando o campo que, em face das alterações económicas e sociais a que nos referimos nos capítulos anteriores, têm vindo a impactar nas demandas atribuídas às Instituições de ensino superior, notadamente nas diretrizes curriculares dos cursos de saúde, e que também têm sido objeto de constantes ressignificações conceptuais.

Em vista disso, parte-se da delimitação do conceito de currículo, que segundo Grundy (1997)

O currículo não é um conceito, mas uma construção cultural. Isto é, não se trata de um conceito abstrato que tenha algum tipo de existência fora e previamente à experiência humana. É antes, um modo de organizar uma série de práticas educativas (p. 5).

Lundgren (1997) reconhece que o currículo é o que está por trás de toda a educação, transformando suas metas básicas em estratégias de ensino. Por sua vez, Kemmis (1998), em consonância com esta linha de análise, assume a compreensão do currículo como um processo de construção participativo, democrático e comunitário, que visa promover uma formação emancipatória.

Esta visão de currículo é também preconizada por Apple (1982), Apple e King (1985) e Giroux (1986) autores associados à teoria crítica do currículo. A concepção crítica de currículo entatiza a compreensão do papel ideológico e de poder que o currículo reproduz (Macedo, 2012).

Nesta mesma linha, vários autores reconhecem que numa abordagem crítica do currículo, os professores assumem um papel importante na definição curricular, reconhecendo, também, os estudantes como protagonistas ativos da sua formação (Pacheco, 2001; Leite & Fernandes, 2002; Leite, 2002). Segundo esta última autora, a teoria crítica do currículo deve incluir as necessidades e interesses dos estudantes, suas relações com os grupos sociais e culturais de pertença, defendendo a construção de uma identidade ligada ao sujeito na sua relação com os outros. A mesma autora destacou o facto de a abordagem crítica do currículo

... conceber o processo de ensino e de aprendizagem como uma atividade intencional e crítica, e incluir posições que, ao considerarem a educação como experiência total e historicamente contextualizada, a perspetivam como instrumento de humanização e de libertação, quer do indivíduo, quer da sociedade (Leite, 2002, p. 74).

É no quadro destas ideias, que tem sido também reconhecido que a teoria curricular crítica, e os processos de seu desenvolvimento têm em conta a pessoa, no sentido da sua transformação, e a sociedade (Fernandes, 2011; Pacheco, 2014). Nesta mesma linha de pensamento, Zabala (2002), a partir da perspetiva do *enfoque globalizador*, alerta para a importância de voltar a desenvolver no currículo estreita relação com a realidade do estudante. Reforçando estas ideias Pacheco (2005) acrescenta que

Estar do lado crítico do currículo é aceitar que há princípios fundamentais no modo como são analisadas as práticas curriculares e que são necessários comportamentos éticos relativamente ao que se pensa, faz e escreve. Entender

o currículo a partir da teoria crítica é aceitar a pluralidade de perspectivas sobre a educação e a formação em contextos culturais e históricos específicos (p. 151).

Desta forma, e corroborando a visão dos autores citados, (Pacheco, 2001, 2005; Leite & Fernandes, 2002; Zabala, 2002), um currículo pensado na perspectiva crítica deve propor oportunidades de concretização de identidades e pertença. Pacheco (2005) afirma, ainda, que "trabalhar o currículo é caminhar no sentido da compreensão crítica da educação, sem que qualquer explicação pretensamente neutra seja possível" (Pacheco, 2005, p. 172). Em consonância com esta visão, Torres Santomé (2013), acrescenta a importância de se levar em conta princípios de justiça social e democráticos, entendimento também perfilhado por Apple e Beane (2000), ao sugerirem que o currículo se apoie em situações ou problemas reais.

É no quadro destes argumentos que Biesta (2013), ao abordar a dimensão do currículo para a educação democrática, propõe que

A tarefa última para educação democrática reside, portanto, na própria sociedade, e não nas suas instituições educacionais. As escolas não podem criar nem salvar a democracia – só podem sustentar sociedades em que a ação e a subjetividade são possibilidades reais (Biesta, 2013, p. 190).

Numa leitura de natureza política, Popkewitz (2015) sustenta que o currículo pode representar um modelo de tecnologia disciplinadora, visão a que pode ser associada a perspectiva de Sacristán (2017), para quem "o currículo reflete o conflito entre interesses em uma sociedade e os valores dominantes que regem os processos educativos" (Sacristán, 2017, p. 17). Para este autor

O sistema educativo serve a certos interesses concretos que se refletem no currículo. Portanto a prática é um dos eixos vertebrais do pensamento, da pesquisa e dos programas de melhoria para as instituições de ensino. O currículo é um dos conceitos mais potentes, estrategicamente falando, para analisar como a prática se sustenta e se expressa (Sacristán, 2017, p. 30).

Redirecionando a leitura para a problemática em foco, na atualidade a demanda de formação do profissional de saúde está voltada para o desenvolvimento de habilidades,

atitudes e competências para o trabalho (produção) e, ao mesmo tempo, para a intervenção, confrontando o estudante muito cedo com a prática profissional (Zarifan, 2001).

Esta orientação parece estar em linha, quer com a proposição de currículo de Masetto (2003), quer com a de Popkewitz (2015), ao considerar que o currículo é proposto como um instrumento de regulação, a partir do seu ordenamento, nas escolhas dos conteúdos, das regras e dos padrões que orientam o processo de aquisição e construção do conhecimento.

Em concordância com esta perspectiva, Sacristán (2013) alerta que, diante do alarmante crescimento das desigualdades entre os indivíduos e os povos, afirma que

... a degradação do meio ambiente, o esgotamento dos recursos não renováveis, os perigos impostos pela técnica e pela ciência desvinculada de valores morais (o desenvolvimento de armas, a manipulação genética) começam a pôr em dúvida a ideia de progresso na qual o binômio tecnologia-ciência se apoia. Tudo isso deveria nos levar a lutar pelo ressurgimento de outros valores, outros conhecimentos, outra ideia de qualidade de vida e bem-estar (Sacristán, 2013, p. 33).

É no quadro destas ideias que o autor afirma que o desafio da educação continua a ser encontrar outras formas de conhecimento que possam resgatar o sentido da formação geral, apoiando-se em abordagens mais holísticas, complexas e estimulantes para o estudante, "valorizando o fazer curricular como uma produção de sentido". (Lopes & Macedo, 2010, p. 57)

Em continuidade com este raciocínio, entende-se necessário refletir sobre a articulação da cultura local com a teoria e a prática na formação, implementada pela proposta curricular que se pretende oferecer no âmbito da graduação em saúde. Reconhece-se, em acordo com Santos (2018), como importante refletir sobre uma formação que incorpore, no plano curricular, questões relacionadas com problemáticas sociais, ambientais e humanas contemporâneas. Por essa razão se reconhece ser também importante refletir sobre o papel do currículo integrado na formação do profissional de saúde, considerando ser esta uma abordagem que permite de modo articulado trabalhar essas problemáticas.

3.2. Currículo Integrado e formação do profissional de saúde

Na reflexão sobre este tópico convocamos primeiro o pensamento de Dewey (2007), e os pressupostos por ele defendidos quanto ao lugar que a liberdade, experiência e a individualidade devem ter na educação. O autor faz-nos refletir sobre a imposição exterior dos conteúdos curriculares, muito distante da vida real e da experiência dos estudantes, como um fator que deve ser repensado em educação. O currículo deve possibilitar ao estudante fazer conexões com as situações sociais envolventes e deve ser flexível possibilitando o desenvolvimento de competências não apenas técnicas, mas também do domínio dos valores e da formação para a cidadania que potenciem intervenções devidamente fundamentadas e críticas, face aos contextos em que se atua e à realidade social envolvente.

A perspectiva crítica de currículo, anteriormente mencionada, encontra aproximações no pensamento de Dewey (2007), e na visão de Kemmis (1998), que corrobora a importância do papel da educação e do currículo como instrumento de comunicação entre a teoria e a prática. Também os estudos de Bernstein (1971), ao abordar a compreensão do currículo com seus paradigmas de “coleção e integração”, contribuíram para a compreensão da ideia de integração curricular numa relação entre disciplinas e cursos, e o afastamento da concepção hierárquica e dogmática do conhecimento.

Em alinhamento com este referencial, outros autores têm vindo a sustentar a importância da participação ativa dos professores e estudantes e da articulação do currículo com a cultura local (Apple & Beane, 2000), na formação académica de nível superior, também no campo da saúde. Tem sido reconhecida a importância de essa formação atender à diversidade de experiências dos estudantes, identidades, línguas, gêneros, estilos de vida e saberes (Apple & Beane, 2000; Pacheco, 2001; Leite & Fernandes, 2002; Zabala, 2002; Santos, 2017) e se desenvolver em proximidade com as dinâmicas e problemas sociais (Domingos et al., 1986).

Enquadra-se nesta linha argumentativa a perspectiva de **currículo integrado**. Os trabalhos de James Beane contribuíram, de forma significativa, para a afirmação e reconhecimento desta visão de currículo, entre outros, (Beane, 1993, 1995, 2000, 2003; Apple & Beane, 2000), assim como os estudos de Torres Santomé (1996, 1998; Paraskeva et al., 2004; Delboni et al., 2014). Outros autores têm também vindo a sustentar esta perspectiva de Integração Curricular (Pacheco, 2001; Macedo & Lopes, 2002). Estas últimas autoras, procurando clarificar os fundamentos do currículo integrado, em linha com o pensamento de Torres Santomé (1998) sustentam que esta opção curricular tem em vista facilitar uma compreensão mais reflexiva e crítica da realidade, ressaltando não só dimensões centradas nos conteúdos culturais, mas também o domínio dos processos necessários ao alcance de conhecimentos concretos, a compreensão de como o conhecimento é produzido e as dimensões éticas e sociais inerentes a essa tarefa. Em linhas gerais, na perspectiva de Torres Santomé (1998), a valorização do currículo integrado está fortemente ancorada na crítica empreendida ao modelo disciplinar, que compartimenta o conhecimento em saberes estanques, sem promover a sua relação e complementaridade, desconsiderando-se o conhecimento prévio dos estudantes, e ignorando-se as problemáticas sócio-culturais, pessoais e ambiental relacionadas a vida cotidiana (Torres Santomé, 1998).

Procurando aprofundar a clarificação do conceito, de acordo com Beane (1997, p. 45), a integração curricular “é um enfoque pedagógico que possibilita a professores e estudantes identificar e investigar sobre problemas e assuntos sem que as fronteiras das disciplinas sejam um obstáculo”. Esta visão é corroborada, e ampliada, por Torres Santomé, ao argumentar que

... mais do que uma estratégia didática, o currículo integrado traduz-se numa filosofia sociopolítica, que tem implícita uma concepção de socialização das novas gerações, um ideal de sociedade, do sentido e do valor do conhecimento, e também de como pode-se facilitar os processos de ensino e aprendizagem (p. 285).

Preconiza, em concordância com Beane (1997), que um **currículo integrado**, ao porpor uma abordagem do conhecimento de forma integrada, é a melhor estratégia para tornar os conteúdos escolares mais significativos para os estudantes e para possibilitar

conteúdos culturais com maior relevância social e atual. Ou seja, a proposta visa integrar os campos de conhecimento e a experiência imediata do estudante com as problemáticas apresentadas, apostando-se dessa forma na facilitação de uma compreensão reflexiva e crítica da realidade. Ainda, segundo o mesmo autor, a abordagem integrada do conhecimento privilegia não só os conteúdos culturais, mas também o domínio de conhecimentos concretos, a compreensão de como o conhecimento é produzido e as dimensões éticas presentes (Delboni et al., 2014).

Para a presente investigação ressalta-se a importância desta perspectiva curricular, pois reconhece-se que ela subentende a existência de um currículo voltado para uma formação condizente com os novos desafios do mundo globalizado, não ignorando, todavia, a proposta de um *conhecimento poderoso* ou superior, “verdadeiro”, defendido por Young (2010), mas questionando-o.

Clarificando, ao enfatizar o questionamento de um conhecimento “poderoso” ou “legítimo”, a perspectiva integrada do currículo expõe conflitos de interesses há muito denunciados pelos autores das *teorias críticas* e *pós-críticas* do currículo, que têm exercido influência nas concepções dos currículos³⁰.

Neste âmbito, abre-se um parêntesis para lembrar a influência das políticas internacionais, e o seu impacto, nas decisões locais sobre propostas para os currículos do ensino superior e, especificamente, sobre currículo integrado. Como bem sublinham Matos e Paiva, (2009)

... a partir da década de 1990, o discurso sobre integração curricular foi retomado no Brasil e em muitos países, no âmbito de propostas oficiais e de organismos internacionais como o Banco Mundial, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO – e o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID – e como parte da literatura divulgada por autores estrangeiros e brasileiros. (p. 2)

³⁰ “[...] as teorias críticas de currículo, ao deslocar a ênfase dos conceitos simplesmente pedagógicos de ensino e aprendizagem para os conceitos de ideologia e poder permitiram-nos ver a educação de uma nova perspectiva, já a teoria pós-crítica deve se combinar com a teoria crítica para nos ajudar a compreender os processos pelos quais, através de relações de poder e controle, nos tornamos aquilo que somos. Ambas nos ensinaram, de diferentes formas, que o currículo é uma questão de saber, identidade e poder.” (Silva, 1999)

Das ideias mobilizadas até ao momento pode construir-se o entendimento de que a assunção de uma conceção e prática de currículo integrado pressupõe romper com conceções tradicionais que perspetivam o estudante como o receptor e o professor como detentor do saber, de outra forma propõe novas configurações dos processos de ensino-aprendizagem numa relação estreita com os contextos experienciais dos estudantes, proporcionando uma reflexão crítica, contextualizada, significativa e direcionada para a indagação sobre a prática. Nesta abordagem curricular, teoria e prática estão juntas e integradas e objetivam resolver problemas reais (Delboni et al., 2014).

Contudo, e como têm mostrado alguns estudos observa-se um aparente distanciamento entre a proposta curricular de natureza política e as possibilidades de concretização de processos de ensino-aprendizagem (Leite & Fernandes, 2012), que promovam e estimulem o desenvolvimento de potencialidades individuais e afectivas voltadas para a interprofissionalidade, para o cuidado em saúde do estudante em formação.

Cabe, portanto, no âmbito do foco em estudo, a pergunta: como está sendo empreendida, na ação institucional, a proposta de formar profissionais de saúde críticos, reflexivos e com uma postura ética, aptos para intervir diante da realidade? A missão e as metas institucionais estão quase sempre muito bem redigidas e delineadas no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) e no Projeto Pedagógico do Curso (PPC). Estes projetos curriculares são os mapas que mostram o caminho a seguir, uma direção, da política institucional que deve ser conhecida e compreendidas por todos.

A questão que perpassa este estudo, e que diz respeito à formação para profissionais de saúde, relaciona-se, entre outras coisas, com a importância da relação entre teoria e prática, e de se instituir uma lógica de formação de matriz mais humanista, não apenas para a aquisição de conhecimentos mas também para a promoção de uma conduta atitudinal e relacional onde a ética, os afectos, a escuta e o cuidado com o outro façam parte desta formação.

Nesta orientação, outras questões se colocam: Que métodos se devem empregar para transmitir estes conhecimentos? É possível transmitir conhecimentos sem os valores

e lógicas de conduta? E o que dizer da eficácia desse conhecimento/aprendizagem quando estamos trabalhando com adultos jovens?

Uma das abordagens pedagógicas que tem sido apontada como potenciadora da concretização de um currículo integrado é **Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)**, e **Aprendizagem Significativa (AS)**, razão pela qual consideramos importante o seu aprofundamento no âmbito do foco em estudo nesta investigação, e a que dedicamos, para já, alguma atenção no tópico adiante.

3.2.1. Aprendizagem Baseada em Problemas e Aprendizagem Significativa

A **Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)** é uma filosofia curricular que vem sendo aplicada aos cursos de graduação de diferentes campos de saber, com destaque na área de saúde. Neste âmbito foi instituída, primeiramente, na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster (Canadá), na década de 60, na Universidade de Maastricht, na Holanda e na Escola de Medicina de Harvard (EUA) (Lima et al., 1996; Almeida, 1999).

A metodologia ABP fundamenta-se numa epistemologia construtivista relacionada, especialmente, aos referenciais da teoria piagetiana (Piaget, 1976), a qual considera que o conhecimento deve ser produzido a partir da interseção entre sujeito e mundo. Tendo como característica motivar o estudante para a aprendizagem, associando a teoria com a prática - o que gera estímulo cognitivo para evocar as reflexões necessárias à busca de adequadas escolhas e soluções criativas dos problemas, visando a intervenção contextualizada – pode, nos seus fundamentos, estabelecer-se uma aproximação entre a ABP e a proposta educativa formulada por Dewey (1959, 1976; Moreira, 2002).

A ABP apoia-se ainda nos estudos de Paulo Freire (1988, 1992, 1996), assim como nos de Vygotsky (1996), quando este diz que não se pode separar os conceitos que se adquire na escola dos conceitos que o estudante adquire fora dela.

O ponto de partida do processo educacional para Freire (1988, 1992, 1996), é a vivência dos sujeitos, seus contextos, problemas, angústias e as contradições da realidade social imediata. A educação para Freire é um acto político e com uma forte relação com a

transformação do meio social dos excluídos. A construção do saber, segundo Freire, deve partir da experiência colaborativa e autônoma do estudante.

A problematização será a forma de abordar a realidade para Freire (1988), e ao mesmo tempo imprimir à aprendizagem uma ação dialógica e transformadora da realidade. No seu entendimento, problematizar consiste em abordar questões que emergem de situações que fazem parte da vivência dos educandos, com estímulos a sua curiosidade. Ao problematizar busca-se trazer o “saber da experiência” dos estudantes como ponto de partida. Dessa forma, ao valorizar o conhecimento dos estudantes, busca-se relacionar os aspectos históricos-culturais, políticos e ambientais do educando e da comunidade acadêmica. Para Freire, desconsiderar esses aspectos é voltar-se para uma escola desvinculada da realidade, vazia de significado.

Partindo dos princípios freirianos e orientado pelas características dos estudos de Vygotsky (1996, 1998, 2004), a ABP atribui um papel especial ao contexto social, as interações e significações que ocorrem com base no emprego dos signos que dão origem às funções psicológicas superiores, como memória e atenção, raciocínio, abstração, representação. Para Vygotsky (1997) não se pode separar os conceitos científicos do cotidiano, pois estes estão relacionados e se influenciam, defendendo movimentos e vínculos entre eles, enfatizando a importância da interação social na aprendizagem (Vygotsky, 1997).

É nesta linha de raciocínio que Berbel (1998) reconhece que a ABP se baseia nos princípios da escola ativa e de um ensino integrado e integrador dos conteúdos, dos ciclos de estudo e das diferentes áreas envolvidas, em que os estudantes aprendem a aprender e se preparam para resolver problemas relativos à sua futura profissão de forma gradativa, levando-se em conta a complexidade do domínio do conhecimento para uma intervenção contextualizada (Morin, 2000).

Amplamente problematizado por teóricos como Vygotsky (1997), Freire (2003), e Perrenoud (2002), entre outros, a ABP organiza-se a partir de quatro eixos: o currículo integrado que funde tradicionais disciplinas científicas em eixos temáticos; o estudo baseado em problemas que busca reproduzir casos reais, promovendo atitude de pesquisa

e trabalho em pequenos grupos; inserção dos estudantes em serviços públicos de saúde investindo no desenvolvimento da aprendizagem significativa; e uma avaliação processual.

Na perspectiva de Perrenoud (2002), a ABP está baseada na necessidade de romper com a postura de mera transmissão de conhecimento, possibilitando que os estudantes assumam o papel ativo na sua aprendizagem. Assim, passa-se de uma posição passiva, com forte ênfase na memorização de conteúdos, para uma relação mais comprometida, motivada e ativa com a aprendizagem e a construção do saber (Perrenoud, 2002).

Parte-se de situações-problema, construídas com antecedência pelos professores/tutores que conhecem os objetivos que o grupo de estudantes deve chegar. Os problemas geralmente estão relacionados às situações reais e objetivam gerar dúvidas, mobilizar questionamentos e estimular a reflexão crítica para a solução do problema apresentado (Venturelli, 2003).

Com base nestas considerações, e apoiando-nos em Gomes et al. (2009) pode-se pontuar como principais aspectos da ABP:

- 1) a aprendizagem significativa,
- 2) a indissociabilidade entre teoria e prática,
- 3) o respeito à autonomia do estudante,
- 4) o trabalho em pequenos grupos,
- 5) a educação permanente, e
- 6) a avaliação formativa.

Uma outra ideia associada ao conceito de ABP é a importância que se dá ao conhecimento prévio do estudante, reconhecendo que ao utilizar este saber, o estudante se envolve de forma mais motivada na construção de um novo conhecimento, associando os conteúdos. Essa motivação é engrandecida pelo facto de os estudantes serem estimulados a buscar conhecimento através de pesquisas que os levem à resolução dos problemas apresentados (Venturelli, 2003). Ainda, segundo este autor, a ABP deve promover: a motivação e a responsabilidade do estudante pela sua aprendizagem, o contato precoce com as atividades profissionais, o trabalho em pequenos grupos, a

assistência individualizada, avaliação permanente, currículo flexível e integrado, aprendizagem contextualizada na realidade, autonomia e dificuldade em graus crescentes, corpo docente capacitado e comprometido, e ainda a disponibilidade de recursos e suporte para que a aprendizagem aconteça (Varela, 2011).

Num posicionamento semelhante, também Araújo e Sastre (2009) e Gomes et al. (2008) argumentam que trabalhando e pesquisando no processo de resolução dos casos-problemas, os estudantes são convocados a aprender a expor suas ideias aos colegas, a sistematizar e sintetizar o pensamento, a elaborar resumos e relatórios. São desafiados permanentemente a apresentar uma atitude ativa frente a resolução de problemas e assim, preparados, gradativamente, para a inserção nos campos de prática (Araújo & Sastre, 2009; Gomes et al., 2009).

Considerando, como referimos, haver uma estreita relação entre **Currículo Integrado**, e **Aprendizagens Significativas (AS)**, assume-se como relevante para o presente projeto de investigação tecer algumas considerações teóricas sobre este último conceito.

Segundo Albino & Albano (2008), o conceito de **Aprendizagem Significativa (AS)** foi proposto pela primeira vez por David Paul Ausubel (1918 – 2008). Neste conceito estão implícitos o reconhecimento e a valorização pelos educadores do conhecimento que cada estudante carrega consigo, os seus saberes/conhecimentos prévios. Atender a estes saberes estaria na base de toda aprendizagem significativa.

Para Ausubel, aprender significa ampliar e reconfigurar ideias já existentes, dando novos significados e relacionando-os a novos conteúdos apresentados. Suas ideias sobre aprendizagem estão em continuidade com a de dois grandes pensadores da educação: Jean Piaget (1896 – 1980) e a sua ênfase no desenvolvimento cognitivo e Vygotsky (1896 – 1934) com o conhecimento sociointeracionista (Caliani & Bressa, 2017).

Para autores como Apple e Beane (2000) a **Aprendizagem Significativa**, facilita a promoção de um ensino significativo para todos os estudantes, ao defenderem que essa é uma forma de concretizar um currículo democrático, isto é, um currículo que integre experiências de aprendizagem, que envolvam oportunidades constantes de exploração, de forma inteligente, motivacional, crítica e reflexiva, contemplando problemas, eventos e questões que surgem no decurso da própria vida.

A teoria da **Aprendizagem Significativa** valoriza a potencialidade individual de aprender, quando se estabelece uma relação entre o que se estuda e o seu significado. Segundo Masini e Moreira (2008), é fundamental compreender o que se aprende, e isto efetiva-se fortemente quando o estudante é capaz de aplicar, de transferir e de compartilhar os conhecimentos aprendidos. Como sublinham os autores, “a aprendizagem é significativa quando o aprendiz vê sentido nas situações de aprendizagem e atribui significado a elas”. (Masini & Moreira, 2008, p. 9)

Para tal, e como salvaguarda Ausubel (2003), existem condições que, favorecendo e influenciando a aprendizagem significativa, devem estar presentes em qualquer planejamento de estudo que priorize a sua efetivação. O autor refere-se especificamente à condições, materiais e à aprendizagem de conceitos potencialmente significativos. Em sua perspectiva deve ser priorizada a apresentação de conteúdos mais gerais para, em seguida, serem apresentados os conteúdos mais específicos. A esta ordem Ausubel (2003) denominou *diferenciação progressiva e reconciliação integrativa*.

Uma segunda orientação é denominada de conceito *subsunção*. Este conceito está relacionado com o conhecimento prévio que o estudante carrega consigo. Cabe ao professor favorecer a identificação de *subsunções* com uso da didática, da apresentação de problemas reais e de mapas conceituais, propiciando que o estudante integre este conhecimento prévio ao novo conhecimento (Ausubel, 2003).

Em sintonia com Ausubel (2003), Moreira (2011), também reforça a importância da motivação do estudante para aprender, reconhecendo, prioritariamente, a predisposição, o envolvimento e implicação do estudante em todo o processo. Nesta linha de pensamento, o mesmo autor considera que, para se caracterizar **Aprendizagem Significativa** é necessário, para além da valorização dos conteúdos e da capacidade cognitiva do estudante, haver motivação, interesse e envolvimento, contemplando-se também as questões afectivas (Moreira, 2011).

Corroborando esta linha de compreensão, acrescenta-se a observação de Fink (2013), que afirma que a aprendizagem significativa é aquela em que o ensino resulta em algo verdadeiramente significativo em termos da vida dos estudantes, desta forma nesta proposta haverá anseio de alcançar resultados que promova mudanças para a vida durante

e após o processo de ensino. Isso requer, por parte dos estudantes, engajamento e envolvimento na sua aprendizagem.

Por seu lado, os autores Chassot (2011), Pinheiro e Giordan (2010), destacam a importância, neste contexto de **Aprendizagem Significativa**, do reconhecimento e estímulo, por parte dos professores, do saber popular (SP) como propulsor de experiências e relações com a história, cultura, trabalho, atividade social e religiosa dos estudantes, considerando que esse saber está carregado de significados idiossincráticos, que vão actuar na predisposição para aprender. Resgatar e valorizar os saberes popular pode despertar o desejo de compreender melhor o mundo natural que nos rodeia e que fazemos parte. Chassot (2011), alerta sobre o desaparecimento dos saberes populares, decorrentes da não valorização da cultura, mediante a imersão de um mercado global cada vez mais voltado aos bens de consumo industrializados.

A relação entre **Aprendizagem Baseada em Problemas** e **Aprendizagem Significativa** reforça a compreensão, na linha do pensamento de Santos (2018), que

... considera que é cada vez mais importante fornecer aos estudantes uma formação cultural sólida e ampla, quadros teóricos e analíticos gerais, uma visão global do mundo e das suas transformações de modo a desenvolver neles o espírito crítico, a criatividade, a disponibilidade para a inovação, a ambição pessoal, atitude positiva perante o trabalho árduo e em equipa, e a capacidade de negociação que os preparem para enfrentar com êxito as exigências cada vez mais sofisticadas do processo produtivo (p. 320).

Em síntese, é no quadro destas ideias que se situam o arcabouço conceitual do currículo pensado para a participação ativa dos estudantes, promotor de conexões com o contexto em que se vivem, possibilitando o envolvimento com as questões emergentes em saúde e articuladas social e politicamente. É em consonância com esta linha de análise que afirmamos com Tomaz Tadeu da Silva que "O currículo é lugar, espaço, território. O currículo é relação de poder. O currículo é trajetória, viagem percurso. O currículo é autobiografia, nossa vida, *curriculum vitae*: no currículo se forja nossa identidade" (Silva, 1999, p. 150).

3.3. Currículo, interprofissionalidade e formação do profissional em saúde

O currículo de formação de profissionais de saúde tem sido ancorado em perspectivas tradicionalistas assentes em hierarquias fortemente estruturadas que separam ações em categorias profissionais, umas mais “importantes” que outras. Estas ações distanciam a possibilidade de uma relação horizontal entre profissionais de saúde. (Barr, 2013; Barr et al., 2011; Reeves et al., 2013).

Neste sentido, e reconhecendo-se a dimensão humana e relacional que subjaz ao exercício dos profissionais que atuam no campo da saúde, outras abordagens têm vindo a emergir remetendo para modelos apelativos ao trabalho colaborativo e interprofissional (Aguilar-da-Silva et al., 2011; Batista, 2012; Almeida, 2014; Vries-Erich et al., 2017) de que é exemplo o modelo integrado de currículo (Beane, 2000), abordado anteriormente.

A ênfase na interprofissionalidade, e na importância de abordagens sistémicas, tem sido veiculada pela OMS, nomeadamente através do documento **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa da Organização em Saúde** (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010), documento que tem constituído uma referência essencial na organização de propostas curriculares que articulam educação e formação em saúde. Por essa razão considerou-se pertinente, neste ponto do trabalho, convocar a perspetiva da OMS sobre formação do profissional em saúde e a interprofissionalidade enunciada neste documento, cruzando-a com a visão de autores que têm investigado sobre este tema. Esta leitura constitui como que um pano de fundo para o olhar que, a seguir, construímos sobre currículo e a interprofissionalidade em saúde (Barr, 2013; Batista, 2012; Almeida, 2014; Vries-Erich et al., 2017).

Em 2010, como se referiu, a OMS produz o documento **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa** (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010). O conceito de Educação Interprofissional – EIP, nele veiculado, remete para o entendimento de que a Educação Interprofissional - EIP ocorre "quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar

os resultados na saúde" (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 7).

As estratégias recomendadas, no documento em análise, para se alcançar a EIP, apontam para a construção de propostas de formação interdisciplinares que contemplem, não apenas profissionais da saúde, mas também profissionais da educação, gestores públicos e privados, e que prevejam que as ações sejam direcionadas para investir na atenção e assistência em saúde, como um todo. Apresenta os mecanismos que devem orientar essas ações, dividindo-as em dois temas:

(i) mecanismos do educador (capacitação dos profissionais acadêmicos, líderes, apoio institucional, compromisso gerencial, resultados de aprendizado), e (ii) mecanismos curriculares (cronograma, conteúdo programático, presença obrigatória, objetivos compartilhados, princípios de aprendizagem para adultos, aprendizagem contextual, avaliação). (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 10).

As orientações vertidas neste documento subentendem uma articulação macro, meso e micro, contemplando ações educacionais que abarquem mudanças nos modelos organizacionais de trabalho com impacto na relação profissional de saúde e no paciente (Gonçalves, 1992; Schneider et al., 2013).

No que à formação de profissionais de saúde³¹ diz respeito, em acordo com Furtado (2007) estas ações requerem mais do que uma formação para o trabalho colaborativo, abarcando o desenvolvimento de competências para um planejamento orquestrado e intencional dentro de um contexto político definido, que busque assegurar um atendimento de qualidade, que transcenda os limites entre as profissões, contextos de prática e entre organizações.

Os fundamentos da EIP compreendem o desenvolvimento de competências para: o trabalho em equipa, a definição clara dos papéis e da responsabilidade de cada um, a importância da comunicação, da aprendizagem reflexiva, do cuidado com o paciente, da ética e atitudes do profissional (Thiesen, 2008; Morin, 2001). Estes fundamentos são

³¹ O referido documento enuncia que uma formação voltada para Educação Interprofissional (EIP) deve partir, e ser desenvolvida, de/por instituições de ensino superior.

apontados como essenciais para a formação de profissionais de saúde reconhecendo-se que contribuem para facilitar a integração do futuro profissional em equipes interprofissionais (Reeves, 2016).

Nesta mesma linha, Batista (2012) também sustenta que a implementação da Educação Interprofissional (EIP), e o recurso à prática colaborativa, trazem benefícios tanto para profissionais, como para pacientes e para o próprio sistema de saúde. Reconhece-se que estratégias colaborativas modificam a forma como os profissionais de saúde interagem uns com os outros para prestar assistência. Nesta direção Peduzzi et al. (2013) afirma que

A EIP é uma forma de desafiar a formação padrão do profissional de saúde, a fim de encontrar novas respostas frente aos desafios emergentes, abarcando, simultaneamente, a complexidade e a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino (p. 979).

A perspectiva destes autores encontra eco no documento que temos vindo a citar da Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde (2010), ao advertir que, para se criarem ações de saúde em momentos de crises humanitárias, de saúde e conflitos, é essencial uma resposta emergencial bem planeada. Nesta ordem de ideias, sustenta-se que os profissionais de saúde devem possuir conhecimento e habilidades para mobilizar quaisquer recursos e conhecimento disponíveis no sistema de saúde e na comunidade para suprir as necessidades em situações emergenciais (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 15). Sustenta-se, igualmente, que a EIP e a prática colaborativa (PC) são consideradas estratégias confiáveis que podem ajudar a reduzir a crise global da força de trabalho da saúde (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 22).

Todavia, recomenda-se que se parta de análises globais para se refletir sobre a sua aplicabilidade a nível local, levando-se em conta as respetivas adequações frente aos desafios e necessidades locais. Evidenciam-se, assim, preocupações claras quanto à necessidade de contextualizar o sistema de saúde de cada local para que se comprometa em implementar os princípios da EIP, e da prática colaborativa, promovendo benefícios

para redução dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 12-13).

É no quadro destes fundamentos que é sugerida pela Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde (2010), a articulação entre o sistema de saúde e educação, reconhecendo que o desafio da interprofissionalidade se coloca a todos os educadores e profissionais de saúde, e aos sistemas de educação e saúde, como um todo. O objetivo maior é fazer com que os estudantes/futuros profissionais de saúde possam aprender uns com os outros, e sobre os outros, respeitando os limites de cada área de atuação, tornando cada experiência nova desafiadora (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010).

Retomando o foco em análise, neste ponto do trabalho, relacionado com currículo e interprofissionalidade, reconhece-se a necessidade de se assumir o currículo como texto propositivo, o que exige a adoção de novas formas de o desenvolver (Sacristán, 2017). Segundo este autor, é, portanto, necessário oferecer cenários diferentes, estímulos distintos, conteúdos diversos, e realizar atividades de natureza interdisciplinar que impliquem profissionais de diferentes áreas da saúde. Ou seja, implica mudanças importantes na estrutura do espaço acadêmico, do horário, das conexões com a realidade exterior e com as relações internas entre os profissionais, visando a conexão entre saber e saber fazer (Sacristán, 2017).

Nesta linha de pensamento, parece ser claro que a construção de um currículo que abarque a demanda de formação interprofissional, é um processo complexo. Já em finais da década de oitenta do século XX, Stenhouse (1987), sustentava uma concepção de currículo como um projeto que integra uma nova maneira de entender o conhecimento e uma nova maneira de ensiná-lo preconizando, assim, uma articulação entre currículo e interprofissionalidade. Segundo o autor, qualquer opção metodológica implica sempre uma tomada de decisão a respeito da própria prática, que por sua vez exige a análise reflexiva que o docente realiza em relação a essa opção e, na qual, seu conhecimento teórico e prático têm um papel-chave. É a metodologia que se conecta com o currículo, para colocá-lo em ação e para realizá-lo.

Estabelecendo, de novo, uma ponte com o documento da Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde (2010), que temos vindo a citar, é possível compreender que um currículo orientado para a interprofissionalidade requer a interlocução de vários atores, e vários contextos, como faculdades, serviços de saúde, a adoção de políticas institucionais de apoio e um compromisso coletivo de todos os envolvidos. Requer, em síntese, a existência de um pacto institucional com canais de “comunicação eficientes, o trabalho colaborativo e uma visão compartilhada sobre os benefícios da introdução de um novo currículo para todos” (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 24). Nesta perspectiva, parece também ser claro que ao propor-se uma formação interprofissional se deve acolher a opinião dos estudantes no processo de sua construção, viabilizando cronogramas flexíveis, com implementação dos princípios de educação para adultos, como a aprendizagem baseada em problemas, e protocolos de aprendizagem por ação. Pode também constatar-se uma alusão aos métodos de aprendizagem, e que aponta para a importância de esses métodos potencializarem a reflexão sobre experiências da vida real vivenciadas pelos estudantes, adotando processos curriculares que façam a ligação entre as atividades de aprendizagem, resultados esperados e a avaliação, levando-se em conta o que foi aprendido (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 25).

Neste sentido, o currículo deve ser planejado a partir de parâmetros que conduzam a dinâmica do ensino-aprendizagem, direcionado para as necessidades dos estudantes e para a aquisição dos conhecimentos necessários para a ação interprofissional. As proposições apresentadas neste documento remetem para seis domínios de aprendizagem interprofissional:

- 1) o trabalho em equipe, 2) funções e responsabilidade, 3) comunicação, 4) aprendizado e reflexão crítica, 5) relação com o paciente e sua relação e identificação de suas necessidades e 6) prática ética (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 26).

A visão de Reeves (2016), sobre currículo interprofissional parece ancorar-se nas diretrizes da Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos

para a Saúde (2010). O autor sustenta que o currículo deve contemplar ações de aprendizagem interprofissional, proporcionando situações de aprendizagem que permitam a interatividade entre estudantes. Igualmente, aponta para a adoção de diferentes métodos de aprendizagem que favorecem essa interprofissionalidade, tais como

a) aprendizagem baseada em seminário, b) aprendizagem baseada em observação (*shadowing*), c) aprendizagem baseada em problemas, d) aprendizagem baseada em simulação, e) aprendizagem baseada na prática clínica, f) aprendizagem *E-learning* (ex: discussões online), g) aprendizagem em ambientes mistos (integrando e-learning com outro método tradicional). (Reeves, 2016 p. 187-188).

Para Reeves (2016), a combinação de diferentes métodos interativos de aprendizagem, em uma iniciativa interprofissional, pode tornar a experiência, para os estudantes, mais estimulante e interessante e contribuir para um maior nível de aprendizagem.

As considerações teóricas feitas até ao momento levam-nos a questionar sobre que razões impedem a construção e a efetivação do currículo nos moldes da EIP? Segundo vários estudos que convocam relatos de experiências relativas à aplicação da EIP, as dificuldades incidem basicamente na resistência tanto dos estudantes quanto dos professores na mudança de cultura, que se sustenta no pensamento uniprofissional, apoiada pela rigidez das estruturas curriculares fixas e moldados a partir de disciplinas que não dialogam entre si (Bridges et al., 2011; Reeves, 2016; Feuerwerker & Sena, 2004). Os estudos levados a cabo por estes autores denunciam, ainda, a existência constrangimentos logísticos, culturais e estruturais que inviabilizam encontros e trocas entre estudantes dos vários cursos de saúde. A este propósito, Bridges et al. (2011) indicam que um dos constrangimentos identificados para a implementação de currículos interprofissionais, que propiciem a interação entre vários cursos de saúde, recai sobre a limitação de infraestruturas e sobre a escassez de professores qualificados.

Outros estudos mostram que a aplicação da EIP nos currículos de saúde deve vir acompanhada de um rigoroso planeamento educacional que interligue as atividades de aprendizagem, os resultados esperados e a avaliação das competências desenvolvidas. (Orchard et al., 2012)

Em síntese, depreende-se desta abordagem teórica mobilizada, em linha com o discurso veiculado pela Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde (2010), que a sustentação de planos curriculares orientados para uma formação interprofissional requer apoios institucionais que sustentem uma cultura de trabalho em equipa, e uma visão institucional coletivamente participada visando a tomada de decisão compartilhada, colaborativa e em harmonia com ambientes que favoreçam a circulação dos profissionais de forma equilibrada, sem hierarquias rígidas e setoriais. Este parece ser um enorme desafio para as Instituições de ensino superior do campo da saúde, ao englobar a visão de vários atores, e dos diferentes poderes instituídos (Apple, 1989), e ao requerer a adoção de uma liderança colaborativa.

CAPÍTULO IV

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Nota introdutória

Convocando contributos de vários autores, e levando em consideração os fundamentos dos paradigmas no campo da investigação de cariz qualitativo e quantitativo, alicerçamos a nossa opção, nesta pesquisa numa abordagem de métodos mistos. Esta opção apoia-se na visão de autores que reconhecem que a interação entre os métodos quantitativo e qualitativo possibilita uma compreensão do problema a ser investigado de forma mais aprofundada e fundamentada. (Stake, 2011; Yin, 2016; Gerring, 2019; Coutinho, 2018; Ribeiro, 2018), considerando, assim, que ela se adequa ao problema e objetivos desta investigação. Desta forma, neste capítulo, apresentam-se pressupostos que sustentam a adoção de uma metodologia mista, explicitam-se, e justificam-se, as técnicas de recolha dos dados: entrevista semiestruturada e inquérito por questionário, bem como os procedimentos seguidos na sua concretização.

4.1. Estudo Misto

As metodologias mistas, segundo Tashakkori & Teddlie (2010), apresentam-se como uma alternativa às tradicionais pesquisas qualitativas e quantitativas.

Os métodos mistos são reconhecidos como abordagens apropriadas para dar conta do estudo de fenómenos, integrando "números" e "histórias", colocando lado a lado a ideia de confronto paradigmáticos e apostando na complementariedade metodológica na realização do estudo empírico (Coutinho, 2018). Esta abordagem tem vindo a ser cada vez mais utilizada por investigadores de diferentes áreas do conhecimento, nomeadamente nas áreas de Saúde, Educação, Economia e Ciências Sociais, evidenciando-se, segundo alguns autores, um aumento da pesquisa mista em serviços de saúde (Creswell, 2010; Dal-Farra e Fetters 2017; Coutinho, 2018). Sustentam estes autores que o recurso a uma abordagem mista possibilita obter-se múltiplas e variadas informações, ideia que se ancora na perspetiva de Yin (2016), ao considerar que uma abordagem mista permite responder

ao “como” e ao “porquê”, tentando apreender sobre as condições contextuais vinculadas ao fenômeno estudado (Yin, 2016).

Dal-Farra & Fetters (2017), de acordo com Tashakkori e Teddlie (2010), citam as potencialidades das pesquisas com métodos mistos relacionando as seguintes características:

- 1) o ecletismo metodológico e o pluralismo paradigmático; 2) a diversificação dos níveis investigativo; 3) processos contínuos e não dicotômicos; 4) processos cíclicos e interativos; 5) foco no problema para determinar o método; 6) presença de um conjunto básico para definir o desenho do estudo; 7) processos analíticos; 8) equilíbrio e compromisso com uma “terceira comunidade metodológica”; e 9) o incentivo à representação (Dal-Farra & Fetters, 2017, p. 469).

Para Creswell (2010), o processo básico envolvido no uso dos métodos mistos consiste na coleta, análise e integração de dados quantitativos e qualitativos, contribuindo para um melhor entendimento do problema de pesquisa, quando comparados ao emprego isolado de cada uma dessas abordagens. Numa outra linha argumentativa, Dal-Farra & Lopes (2013) sustentam que a metodologia mista foca-se na compreensão do contexto estudado e suas influências culturais, em uma perspectiva multinível, agregando o cruzamento de dados quantitativos e qualitativos, explorando o significado e a compreensão destas construções. Argumentam os autores que os pesquisadores esperam, através de uma abordagem qualitativa compreender os significados pessoais, as experiências e percepções individuais, por meio de práticas quantitativas, analisar relações de causa e efeito entre variáveis, estabelecer associações entre elas, ou fazer comparações entre grupos ou indivíduos. A visão de Ludke & André (1986) está em linha com a perspectiva de Creswell (2010), ao identificar como palavras-chaves para estes estudos, aspectos como: significados, experiências e olhares no âmbito qualitativo; fatores, causas, medidas, determinantes, correlações, tendências, níveis e magnitudes, no âmbito quantitativo.

Em concordância com esta leitura Dal-Farra & Fetters (2017), sustentam que a pesquisa com métodos mistos precisa conter questões-chave que combinem termos/expressões quantitativos e qualitativos, cuja identificação, aplicação e análise possibilitem compreender uma combinação de experiências individuais ou de grupos, e as

relações entre variáveis. Foi considerando estes argumentos e, tendo presente as questões e objetivos da investigação que, no presente estudo se reconheceu como importante utilizar uma abordagem mista para a análise e compreensão dos dados.

4.2. Técnicas de recolhas de dados

Neste tópico apresentam-se de modo mais detalhado as técnicas de recolha de dados utilizados na investigação.

4.2.1. As entrevistas

A entrevista, enquanto instrumento de recolha de dados, enquadra-se em três tipos principais: entrevista estruturada, semiestruturada e entrevista aberta ou não dirigida. Consiste genericamente num procedimento que capta o material empírico por meio da fala dos sujeitos da pesquisa, recolhendo informações, impressões, percepções, motivações, objetivando-se recolher informações que permitam responder à questão e objetivos da investigação (Coutinho, 2018; Stake, 2011; Gerring, 2019; Creswell, 2010). Como sublinha este último autor, a técnica da entrevista está fundamentada na exploração de questões definidas previamente pelo pesquisador, que são depois colocadas no próprio momento da entrevista (Creswell, 2010).

A entrevista tem como principais propósitos obter informações singulares ou interpretações sustentadas pela pessoa entrevistada; coletar uma soma numérica de informações de muitas pessoas; descobrir sobre “uma coisa” que os pesquisadores não conseguiram observar por eles mesmos (Stake, 2011, p. 108).

No caso específico desta pesquisa optou-se pela realização de entrevistas semiestruturadas com base num roteiro-guia (ANEXO I). Este roteiro deve ser utilizado de forma flexível, permitindo ao entrevistado expôr as suas ideias em relação às questões colocadas, e o entrevistador ir reorientado a entrevista para o foco do estudo. As perguntas vão diferir

de acordo com o contexto e o ambiente da entrevista, e o desenrolar da mesma é marcado pela relação entre o pesquisador e o sujeito entrevistado no momento da entrevista (Yin, 2017). Também Stake (2011) chama atenção para o facto de que a opção pela entrevista semiestruturada pressupõe estabelecer uma relação de confiança e de empatia entre o entrevistado e o pesquisador, uma relação intersubjetiva que se caracteriza pelo objetivo acordado entre ambas as partes de fornecer material empírico para a pesquisa.

No caso da presente investigação, como já referimos, as entrevistas foram realizadas com base num roteiro-guia, construído para esta pesquisa. Esse roteiro abarca um conjunto de questões que estão agrupadas em seis eixos norteadores. Estes eixos constituíram o guião organizador do desenvolvimento de cada entrevista, são eles: 1) o currículo dos cursos de saúde da FPS 2) a missão institucional, 3) o perfil do profissional que a FPS pretende formar, 5) a metodologia de ensino adotada pela FPS - Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP e, 6) interprofissionalidade.

Foi realizado um teste piloto com um professor/tutor. Este teste piloto permitiu balizar definições importantes, tais como: o tempo necessário para cada entrevista; o entendimento das perguntas pelo entrevistado, e demais questões relacionadas com os objetivos da pesquisa, permitindo compreender o grau de familiaridade do entrevistado com o tema em estudo. Foi também importante para ver a disponibilidade do entrevistado quanto à autorização para utilização do gravador e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO II).

Após esta fase, procedeu-se a pequenos ajustes no guião da entrevista. As entrevistas foram realizadas individualmente, com a presença do entrevistado e o pesquisador, em sala reservada, preservando o conforto, e livre de interferências externas. O tempo de duração de cada entrevista foi estabelecido no decorrer do trabalho de campo, utilizando-se como critério para encerrar cada depoimento a abordagem, de modo flexível, de todos os itens do roteiro. O tempo médio de cada entrevista variou entre trinta a quarenta e cinco minutos.

O número dos sujeitos entrevistados foi definido a partir de uma amostragem probabilística aleatória simples. É um processo onde cada elemento da população tem probabilidade conhecida, diferente de zero e idêntica à dos outros elementos de ser

selecionado para fazer parte da amostra. Cada elemento recebe uma numeração e a seleção é feita aleatoriamente. A amostragem aleatória simples também é conhecida como amostragem ocasional, acidental, casual ou randômica (Gerring, 2019).

Primeiramente definiu-se a população alvo, no caso professores/tutores dos cursos de saúde da FPS. Desta população identificou-se um quadro de amostragem que teve como critérios: estar a trabalhar na FPS há pelo menos cinco anos e ter um mesmo número de participantes por curso.

Em termos dos procedimentos seguidos, solicitou-se ao Departamento de Pessoal da FPS a seleção de dez tutores por curso de saúde da FPS, compondo uma primeira amostra igual em número de participantes entre os cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia. Num segundo momento desta seleção foi solicitado que as coordenações dos cursos selecionassem cinco tutores de cada curso, levando em conta a modalidade de trabalho do professor/tutor, ou seja, o professor/tutor deveria estar trabalhando em grupos tutoriais e a disponibilidade para responder a pesquisa. Como referido antes, a primeira entrevista foi descartada da amostra (teste piloto), ficando com o total de (n= 29) tutores.

Foram apresentados os objetivos da investigação, e solicitada a sua colaboração para participarem no estudo com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi solicitada também a autorização para que a entrevista fosse gravada. Os profissionais foram também informados quanto à garantia de sigilo, anonimato e confidencialidade dos dados, e quanto ao facto de o estudo ter aprovado pelo Comité de Ética da FPS com o parecer número: 3.526.233. Foram, assim, realizadas 29 entrevistas. As entrevistas realizaram-se na FPS, em tempo acordado com os entrevistados, apresentando condições para que os entrevistados se sentissem confortáveis, e decorreram durante o período de setembro a outubro de 2019.

Ao longo das entrevistas, a pesquisadora fez anotações num caderno relativas as informações, tais como: dia, hora, tempo, profissão do entrevistado, curso que estava ligado, sexo, idade e tempo de trabalho na instituição. A transcrição foi feita pela própria pesquisadora, à medida que foram sendo realizadas.

4.2.2. Inquérito por questionário

Com vista à concretização dos objetivos do estudo, recorreremos também ao inquérito por questionário como complemento no processo de recolha de dados. No essencial o inquérito por questionário é uma técnica usada em pesquisas que pressupõem a análise quantitativa dos dados, uma vez que a sua estrutura é padronizada, tanto no texto das questões, como na sua ordem (Coutinho, 2018).

A opção pelo inquérito por questionário deve-se ao fato de esta técnica possibilitar o acesso a um grande número de participantes, neste caso, estudantes dos seis cursos de saúde da FPS: enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia.

Teve-se como objetivo obter o ponto de vista dos estudantes desses cursos relativamente aos currículos de saúde da FPS, no sentido de responder de modo mais adequado ao problema em estudo, nomeadamente no que respeita à dimensão da interprofissionalidade. Desta forma estipulou-se como critério de seleção que o estudante se encontrasse na situação de “estar a frequentar o terceiro período/semestre do curso em diante”. Esta opção justificou-se por serem estudantes que têm conhecimento do currículo do seu curso, assim como suas atividades curriculares de ensino-aprendizagem, tendo também um maior conhecimento sobre o trabalho em grupo e colaborativo, uma vez que nesta fase da sua formação o estudante já vivenciou de forma ativa o desenvolvimento do currículo.

Optou-se por aplicar um questionário validado no Brasil, utilizando-se a versão ampliada em língua portuguesa da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), ou Questionário de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional, (ANEXO III). A RIPLS é uma escala psicométrica de auto relato que permite avaliar a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado com estudantes de outras profissões (interprofissional). (Peduzzi et al., 2013)

A versão validada no Brasil da RIPLS inclui 27 itens distribuídos em três fatores: *Trabalho em equipe* (Fator 1), *Identidade profissional* (Fator 2) e *Atenção à saúde centrada no paciente* (Fator 3). A escala de respostas é representada por números/rótulos

semânticos em formato de escala *Likert* de medida categórica e original bem como a matriz de tipo oblíqua GEOMIN (1 =Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo plenamente). Quanto maior o escore de resposta, maior é a concordância com o item analisado e mais fortes serão as atitudes e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional. Nesta pesquisa, foram mantidos os 27 itens da escala original validada. (Peduzzi et al., 2015).

O questionário adotado foi a versão traduzida, validada e publicada na Revista da Escola de Enfermagem da USP com o título "Adaptação transcultural e validação da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* no Brasil" (Peduzzi et al., 2015). Foi solicitada aos autores autorização para uso desta versão em agosto de 2019 e aprovada, por uma das autoras, no caso Marina Peduzzi. O instrumento foi adaptado para uso no celular com a entrada a partir do leitor QR Code, ou "*Quick Response*", código barramétrico bidimensional, facilmente manuseado e de resposta rápida, necessitando ser escaneado pelos telefones celulares equipados com câmaras.

Para que os dados recolhidos através desta técnica sejam dignos de confiança devem ser preenchidas várias condições: rigor na escolha da amostra, formulação clara e inequívoca das perguntas, correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do inquirido, atmosfera de confiança no momento de administração do questionário. Se qualquer uma destas condições não for corretamente preenchida, a credibilidade do conjunto de trabalho resente-se (Creswell, 2010).

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de 825 estudantes ativos, todos com mais de três semestres cursados, segundo dados obtidos na secretária acadêmica da FPS. Para determinar o tamanho da amostra foi utilizado o programa EPI-INFO na versão 7.2.2.16. Sendo estabelecido um erro de 5,0%, confiabilidade de 95,0% e proporção esperada de 50,0% e um percentual de perda de 15,0%.

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

Onde:

n = Tamanho amostral

z = Valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,0% (1,96);

p_e = Proporção esperada igual a 50,0%;

e = erro de 5,0% (0,05);

N = 825

Sendo assim, foram totalizados 262 indivíduos. Foi acrescido 15,0%, para que eventuais perdas não comprometessem a representatividade da amostra, o número total de estudantes pesquisados foi de 337. A amostra foi subdividida proporcionalmente de acordo com o número de estudantes por curso. O quadro 1 demonstra a amostra estratificada proporcionalmente por cursos.

Quadro 1: Amostra por cursos

CURSO	População	%	Tamanho da amostra
Medicina	356	43,15	141
Enfermagem	83	10,01	34
Farmácia	46	5,06	19
Fisioterapia	93	10,01	34
Nutrição	122	16,03	55
Psicologia	125	16,00	54
TOTAL	825	100,0	337

Relativamente ao processo de aplicação dos questionários, foram, primeiro,

apresentados os objetivos da pesquisa às coordenações dos cursos que, por sua vez, indicaram o melhor momento para a aplicação do questionário aos estudantes.

A recolha de dados realizou-se de modo direto, com a presença da investigadora no momento da aplicação. Utilizou-se o aplicativo no celular do próprio estudante, que tinha acesso ao questionário. Desta forma foi possível preservar a confidencialidade e o anonimato, o que predispôs os respondentes a estarem mais à vontade para emitirem a sua opinião e evitou a influência do investigador nas respostas dos sujeitos participantes no estudo. A data de aplicação do questionário aos estudantes decorreu em outubro de 2019. Os estudantes que aceitaram participar da pesquisa responderam, no próprio aplicativo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO IV), antes de ter acesso as perguntas da pesquisa.

4.2.3. Análise documental

Considerando a questão e os objetivos da pesquisa, a análise documental foi também uma técnica importante neste estudo. Foram analisados documentos de forma textual provenientes da FPS e de organismos públicos e privados (Leis, e Diretrizes Curriculares Nacionais)³². Como lembram Quivy & Campenhoudt (2017), é importante que o material utilizado seja oficial, pela sua autenticidade, pois trata-se de controlar a credibilidade das informações que eles contêm, bem como a sua adequação aos objetivos e às exigências do trabalho de investigação.

Os documentos institucionais analisados, que identificamos mais abaixo, (Projeto de Desenvolvimento Institucional - PDI e Projeto Pedagógico do Curso - PPC) estão relacionados com informações precisas e aprofundadas sobre a justificativa da escolha do modelo pedagógico adotado no plano curricular dos cursos da FPS, da escolha do perfil do profissional egresso desejado e planeado, das relações com as políticas internacionais e locais (Lei e Diretrizes de Base - LDB).

³² Foi também feita uma análise de documentos internacionais que no capítulo II se apresentou e que foi importante como base de leitura para esta análise de documentos nacionais.

A análise documental serviu a três propósitos nesta investigação: em primeiro lugar, permitiu aprofundar o saber teórico sobre os documentos institucionais oficiais que sustentam a missão e os projetos pedagógicos dos cursos da FPS, em segundo lugar permitiu situar os marcos políticos regulatórios do conhecimento sobre o currículo para os profissionais de saúde no mundo e no Brasil e, finalmente, serviu o propósito de aprofundar conhecimento dos docentes e estudantes sobre a missão, sentidos e processos que caracterizam os currículos de formação em saúde, tanto na sua justificação política, teórica e conceptual, como na sua dimensão processual, de planeamento e das metodologias de ensino seguidas para a sua concretização, bem como efeitos esperados com essa formação.

Assim, foram analisados documentos internos da FPS e documentos oficiais. Quanto aos documentos da Instituição foram analisados: Projetos Pedagógicos Curricular (PPC) e o Projeto de Desenvolvimento Institucional (PDI). Quanto aos documentos legais, analisaram-se diretrizes curriculares para o ensino superior no Brasil, assim como leis que regulamentam o ensino de saúde (LDB, 2017, 2019; Lei nº 9.394/1996). Este conjunto de documentos enunciam quer a missão institucional, quer orientações curriculares para o ensino superior no Brasil, permitindo, assim, situar o *contexto de produção de texto* (Ball, 2001), contribuindo para aprofundar o conhecimento sobre políticas nacionais e locais e seu impacto para formação de profissionais de saúde.

Esta análise, e a que apresentamos no capítulo I, tem por referência o *ciclo contínuo de políticas* (Bowe et al., 1992) ao nível do *contexto de influência* e o *contexto de produção de texto*, que servirão de base para a problematização dos modelos pedagógico-curriculares adotados pela FPS, e dos sentidos que estudantes e professores lhes atribuem (*contexto da prática*).

CAPÍTULO V

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nota introdutória

Neste capítulo, referente ao *contexto da prática*, apresenta-se uma caracterização do contexto do estudo, assim como o perfil dos participantes na pesquisa. Em seguida apresentam-se os dados da pesquisa, que foram subdivididos em três tópicos: a) análise relativa aos documentos internos da FPS e aos documentos externos b) análise das entrevistas realizadas aos tutores dos cursos de saúde da FPS e c) análise dos dados dos inquéritos por questionário aplicado a estudantes dos cursos de saúde da FPS. Finaliza-se com a discussão dos dados.

5.1. Contexto de investigação: Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)

A FPS está localizada em uma das principais regiões metropolitanas do nordeste do Brasil, no Recife. Os municípios circunvizinhos caracterizam-se pelos acirrados contrastes que marcam o processo de urbanização e desenvolvimento econômico nordestino brasileiro. A região Nordeste alia áreas e sectores de ponta que lhe dão dinamismo económico e progresso social ao lado de bolsões de pobreza e exclusão que mantêm parte mais significativa da população alijada dos benefícios gerados pelo desenvolvimento económico e social.

A Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) foi idealizada pelo Professor Fernando Figueira (*in memoriam*), fundador e presidente do hospital de ensino, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, que funciona desde o ano de 1960 no estado de Pernambuco, dando origem, em 2005, à atual FPS.

No final dos anos 1980, sob a orientação do Professor Fernando Figueira, começou a ser discutida a criação de cursos de graduação para profissionais da saúde deste hospital IMIP (Falbo, 2014). Segundo este autor, a razão para este debate deveu-se ao facto de o professor Fernando Figueira considerar que a formação dos estudantes de medicina precisava de ser melhorada, tal como parecem evidenciar as seguintes ideias:

Esses doutorandos chegam aqui razoavelmente bem informados do ponto de vista técnico, mas falta-lhes muito. Percebe-se a ausência de uma formação mais holística, humanística, ética, cultural, a preocupação com os compromissos, com as atitudes, com o comportamento. Médico que só sabe medicina sabe muito pouco (Falbo, 2014, p. 16).

Perseguindo o objetivo de discutir a criação do curso de graduação em medicina, em 1990, o referido Professor convoca alguns colaboradores para refletirem sobre as fragilidades dessa formação. De entre esses colaboradores participou o seu amigo pessoal, o Professor Dr. Joseph Ebrahim do Instituto da Criança da Universidade de Londres. A ideia inicial, inspirada no ensino Hipocrático³³, seria criar uma escola médica com apenas dez alunos que seriam avaliados pelo comportamento, conduta, e atitudes, antes de iniciarem a formação médica propriamente dita (Falbo, 2014, p. 20). O currículo seria previamente discutido com os estudantes e cada um deles seria acompanhado diariamente por um preceptor responsável. Após seis anos desta aprendizagem o estudante seria avaliado.

Em resultado dessas conversas, o Professor Dr. Ebrahim propõe iniciar o percurso pela criação de uma pós-graduação *stricto sensu*, nos moldes do mestrado do Instituto da Criança da Universidade de Londres. Objetivou-se, dessa forma, garantir a formação de mestres e doutores para compor o quadro de profissionais da instituição hospitalar (Falbo, 2014), tendo sido firmado um convênio com o Conselho Britânico, o que possibilitou a vinda de muitos professores da Inglaterra. Ao mesmo tempo, vários médicos do IMIP³⁴

³³ Hipócrates de Cós, é considerado o pai da medicina, desenvolveu, entre os séculos IV a.C. e V a.C., uma criteriosa análise das patologias que afetavam os seres humanos. O pensamento médico de Hipócrates foi considerado uma ruptura com o tipo de “pensamento mágico” sobre as doenças. Para Hipócrates, o corpo humano estava em conexão com a *physis*, a natureza, e essa conexão, a priori, era harmoniosa. A doença tornava-se verificável quando essa harmonia alterava-se. (Ribeiro & Wilson, 2005)

³⁴ Os profissionais do IMIP que ficaram a cargo de pensar este novo curso de graduação em medicina passaram a viajar o mundo em busca de cursos de saúde mais atualizados. Visitaram, nos Estados Unidos, a Universidade da Geórgia, *Emory University*, em Atlanta, a Universidade de Tennessee em Memphis, no Canadá a Faculdade de *MacMaster*, e na Europa a Universidade de *Maastricht* na Holanda, a Universidade de Dundee, na Escócia e a Universidade de Liverpool na Inglaterra. Ainda foram visitadas duas universidades de medicina de Cuba, a Escola Médica Latino Americana – ELAM e a Universidade Salvador Allende. A maior parte destas instituições utilizavam desde 1969-1970 as metodologias ativas, especificamente, a Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP. No Brasil foram visitadas duas das instituições que participaram da reforma curricular iniciada nos anos 1990 na América Latina, e financiada pela Fundação W. K. Kellogg: a Faculdade de Medicina de Marília (São Paulo) e a de Londrina (Paraná). Estas Instituições do Ensino Superior estavam alinhadas com as preocupações de melhoria do ensino das profissões médicas e da área de saúde, investindo em currículos modernos que priorizavam o ensino-aprendizagem voltado para as necessidades da

foram fazer cursos de mestrado e doutoramento no *Institute Of Child Health* de Londres, na *London School of Higiene* e no *Institute of Tropical Medicine*, de Liverpool. Desta iniciativa teve, em 1993, início o Mestrado em Saúde Materno Infantil do IMIP, tendo os primeiros mestres vindo a compor o quadro de tutores da futura instituição de ensino de graduação, a Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS³⁵ (Falbo, 2014, p. 30).

Em síntese, da aliança entre a Associação Educacional Boa Viagem ³⁶ (AEBV), mantenedora da Faculdade Boa Viagem (FBV), e a Fundação Alice Figueira (FAF), organização de apoio ao desenvolvimento do Instituto de Medicina Integrada Prof. Fernando Figueira (IMIP), antigo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) nasceu, em 2005, a Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015).

Em 2006 a FPS passa a oferecer os cursos de graduação em enfermagem e medicina, em 2008, os cursos de fisioterapia e de farmácia, em 2011 o curso de psicologia e em 2013 o de nutrição.

Em 2019, a Faculdade Pernambucana de Saúde oferece os cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, odontologia e psicologia e, de acordo com a direção da Instituição, foi autorizado pelo MEC para início de funcionamento em 2022 o curso de educação física. O quadro nº 2 apresenta a relação entre os cursos, o número de

comunidade e multiprofissional, constituindo-se, assim, como IES pioneiras na utilização do método APB no Brasil. (Falbo, 2014, p. 36-40).

³⁵ Finalizado o período de contacto com universidades internacionais, inicia-se em 1990 o trabalho coletivo de construção do currículo dos cursos de saúde da FPS. Para o apoio ao projeto de criação de uma instituição de formação de profissionais de saúde no Estado, o grupo inicial composto por médicos do IMIP, faz uma parceria com a Associação Educacional Boa Viagem (AEBV), instituição de ensino com larga experiência na condução do ensino básico, fundamental e superior privados, e com elevado reconhecimento no contexto em que estão inseridas. A ideia parece ter sido a de fazer uma junção de competências acadêmicas e administrativas, baseada em amplo conhecimento das atividades relacionadas com o ensino, a pesquisa e a extensão de nível superior, consideradas imprescindíveis para o desempenho satisfatório da instituição (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015).

³⁶ Nos termos daquela parceria, o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, como hospital de ensino, ficaria responsável por toda a parte acadêmica (Projetos Políticos Curriculares dos cursos, contratação e capacitação docente e condução da área acadêmica), e ainda a oferta do IMIP como campo de Ensino. A AEBV ficaria responsável pela parte dos investimentos necessários para a construção do campus, ou seja, a infraestrutura (Falbo, 2014, p. 54).

professores e o número de estudantes por curso da FPS, relativos ao ano de 2019 cujos estudantes participaram no estudo.

Quadro 2: Relação do número de professores e estudantes, por curso da FPS, em 2019

Cursos de saúde da FPS	Número de Docentes	Número de Estudantes
Enfermagem	32	201
Farmácia	27	124
Fisioterapia	24	206
Medicina	110	970
Nutrição	34	287
Psicologia	39	247

5.2. Caracterização dos participantes no estudo

O estudo empírico foi organizado em duas fases que, juntas, representam um estudo de caso com abordagem metodológica mista, qualitativa e quantitativa. A dimensão qualitativa comporta os dados relativos às entrevistas realizadas a 29 professores/tutores dos seis cursos de saúde da FPS, indicados no quadro nº 1. A dimensão quantitativa diz respeito aos dados recolhidos através de inquérito por questionário aplicado a estudantes provenientes, igualmente, desses cursos de saúde da FPS, e ao qual responderam 337 estudantes.

No que respeita à **caraterização dos professores/tutores** que participaram no estudo, o quadro nº 3 apresenta essa caracterização, especificando-se as variáveis; sexo, idade; profissão e tempo de trabalho na FPS. Para se manter o anonimato dos participantes, estes são representados por códigos/siglas, a que são também associados os excertos relativos aos seus discursos, mais à frente mobilizados neste capítulo. É importante ressaltar que a amostra relativa aos professores/tutores foi equitativa, incluindo cinco tutores por curso, num total de 29 professores/tutores (n=29), uma vez que a entrevista realizada ao tutor do curso de de psicologia, correspondeu ao “teste piloto”.

Quadro 3: Caracterização dos professores/tutores da FPS entrevistados

Número	Sexo	Idade	Profissão/identificação	Tempo de trabalho na FPS
1	F	40	Enfermeira: TENF.1	11 anos
2	F	39	Enfermeira: TENF. 2	12 anos
3	F	42	Enfermeira: TENF. 3	12 anos
4	F	38	Enfermeira: TENF. 4	09 anos
5	F	53	Enfermeira: TENF. 5	11 anos
6	M	61	Medicina: TMED. 1	10 anos
7	F	51	Medicina: TMED. 2	06 anos
8	F	63	Medicina: TMED. 3	07 anos
9	F	48	Medicina: TMED. 4	06 anos
10	F	49	Medicina: TMED. 5	12 anos
11	F	33	Psicologia: TPSI. 1	07 anos
12	F	46	Psicologia: TPSI. 2	09 anos
13	F	51	Psicologia: TPSI. 3	06 anos
14	F	42	Psicologia: TPSI. 4	07 anos
15	F	33	Nutrição: TNUT1	05 anos
15	F	37	Nutrição: TNUT. 2	06 anos
17	F	37	Nutrição: TNUT. 3	05 anos
18	F	35	Nutrição: TNUT. 4	05 anos
19	F	33	Nutrição: TNUT. 5	05 anos
20	M	42	Farmácia: TFAR. 1	08 anos
21	F	38	Farmácia: TFAR. 2	10 anos
22	F	44	Farmácia: TFAR. 3	10 anos
23	F	39	Farmácia: TFRM. 4	06 anos
24	F	48	Farmácia: TFAR. 5	07 anos
25	F	38	Fisioterapia: TFIS. 1	11 anos
26	F	39	Fisioterapia: TFIS. 2	07 anos
27	F	38	Fisioterapia: TFIS3	09 anos
28	F	34	Fisioterapia: TFIS. 4	06 anos
29	F	41	Fisioterapia: TFIS. 5	08 anos

Numa leitura síntese, observa-se que vinte e sete (n=27) dos profissionais entrevistados são do sexo feminino e dois (n=2), do sexo masculino. A média de idades distribui-se, majoritariamente, entre 30 a 40 anos (n=15), e entre 40 a 50 anos (n=10), com quatro (n = 4) profissionais/tutores entre 50 e 60 anos de idade.

Quanto ao tempo de trabalho na FPS, constata-se que a maior parte dos professores/tutores (n=16) trabalha na instituição por um período entre seis a nove anos, nove (n=9) trabalham na FPS entre dez a doze anos e apenas quatro (n=4) fazem parte da instituição há cinco anos.

Relativamente à **caracterização dos estudantes**, o quadro nº 4 apresenta a relação do número de estudantes da FPS por curso, e o número de estudantes que participaram no estudo.

Quadro 4: Número de estudantes por curso e número dos que participaram no estudo e período que estavam cursando

CURSO	População
Medicina	356
Enfermagem	83
Farmácia	46
Fisioterapia	93
Nutrição	122
Psicologia	125
TOTAL	825

O cálculo do tamanho da amostra foi obtido a partir da população de 825 estudantes que no ano letivo de 2019 se encontravam matriculados a partir do terceiro período dos cursos, de acordo com o quadro tabela abaixo:

Quadro 5: Estudantes por curso matriculados no terceiro ano no ano letivo de 2019/2020

Cursos de saúde da FPS	Número de Estudantes que frequentam os cursos no ano de 2019	Número de Estudantes, por curso que participaram no estudo	Período que o estudante está cursando no momento da pesquisa
Enfermagem	201	34	3º
Farmácia	124	19	4º
Fisioterapia	206	34	5º
Medicina	970	141	6º
Nutrição	287	55	7º
Psicologia	247	54	8º

Para determinar o tamanho da amostra foi utilizado o programa EPI-INFO na versão 7.2.2.16. Sendo estabelecido um erro de 5,0%, confiabilidade de 95,0% e proporção esperada de 50,0% e um percentual de perda de 15,0%.

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

Onde:

n = Tamanho amostral

z = Valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,0% (1,96);

p_e = Proporção esperada igual a 50,0%;

e = erro de 5,0% (0,05);

N = 825

Sendo assim, foram totalizados 262 indivíduos. Foi acrescido 15,0%, para que eventuais perdas não comprometessem a representatividade da amostra, o número total de estudantes pesquisados foi de 337, um pouco a mais do cálculo inicial, para as possíveis perdas não comprometessem o estudo. A coleta dos estudantes foi estratificada por curso, de acordo com o quadro nº 6.

Quadro 6: Amostra estratificada por curso

CURSO	População	Freq. Relativa	AMOSTRA
Medicina	356	43,2	141
Enfermagem	83	10,1	34
Farmácia	46	5,6	19
Fisioterapia	93	11,3	34
Nutrição	122	14,8	55
Psicologia	125	15,2	54
TOTAL	825	100	337

Apresenta-se no **quadro nº 7** esta distribuição quanto a idade dos participantes e ao sexo.

Quadro 7: Distribuição dos estudantes de saúde da FPS participantes da pesquisa, por idade e por sexo

Idade	Número de estudantes	Sexo		Total
		M	F	
18 - 21	135	72	265	337
22 - 25	111			
26 - 29	24			
30 - 33	13			
34 - 37	06			
39 - 42	05			
44 - 48	04			
52 - 56	03			

5.3. O contexto da Prática – da análise de documentos internos da FPS à visão dos professores e estudantes participantes no estudo

Neste ponto do capítulo V apresenta-se, num primeiro momento, a análise de documentos internos da FPS, cruzando com Leis e Diretrizes de Base (LDB) curriculares nacionais que tiveram impacto direto nos currículos dos cursos de saúde da FPS. Esta análise teve como objetivo compreender elementos e argumentos relativos ao modelo curricular em desenvolvimento na Faculdade Pernambucana de Saúde. Num segundo momento apresentam-se os dados relativos às entrevistas a profissionais/tutores da FPS e ao inquérito por questionário aplicado a estudantes dos cursos de saúde da mesma Faculdade.

5.3.1. Análise de documentos internos da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Tratando-se de um estudo de caso, e de modo a melhor responder aos objetivos e questões norteadoras/as da investigação impunha-se analisar documentos estruturantes da organização dos cursos de profissionais de saúde da FPS procurando explicitar elementos caracterizadores da missão, objetivos e metas da FPS e do modelo curricular em desenvolvimento nesta IES. Foram analisados os documentos que o quadro nº 8 sistematiza.

Quadro 8: Documentos analisados

Documentos internos à FPS	Leis e Diretrizes de Base (LDB) Curriculares Nacionais que regulamentam os vários cursos da FPS
Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI/FPS, 2015-2019);	Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001 (regulamenta o curso de enfermagem)
	Resolução CNE/CES n. 4 de fevereiro de 2001 (regulamenta o curso fisioterapia)
	Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de outubro de 2017 (regulamenta o curso farmácia)
Planos Curriculares dos Cursos de Saúde da FPS (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Medicina).	Resolução CNE/CES n. 3 de 20 de junho de 2014 (regulamenta o curso medicina)
	Resolução CNE/CES n. 5, de 7 de novembro de 2001 (regulamenta o curso nutrição)
	Resolução CNE/CES n. 5, de 15 de março de 2011 (regulamenta o curso psicologia)

5.3.1.1. Missão, objetivos e metas da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Uma análise do Plano de Desenvolvimento Institucional da FPS (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 14) permite compreender que esta IES assume como filosofia a “indissociabilidade entre ensino, a pesquisa e a extensão”. Enuncia-se, neste documento que as atividades de ensino não se restringem apenas a preparar os estudantes para atenderem às necessidades da população, mas objetivam também formar profissionais para atuarem como agentes transformadores da sociedade, centrados em uma visão generalista do profissional de saúde. De forma explícita, enunciam-se os seguintes compromissos:

- I) compromisso com as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS;
- II) compromisso com a inclusão de pessoas com deficiência;

- III) compromisso com a ética, a justiça, a transparência, a qualidade, a valorização da comunidade acadêmica, o respeito ao próximo e a responsabilidade socioambiental (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 7).

Estes compromissos estão alinhados com pressupostos de uma sólida formação humanista, técnica e científica, e ancoram-se em propostas e desafios orientadas/os para o desenvolvimento social e para a sustentabilidade ambiental, local e regional. (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 15).

Sobre a missão institucional determina-se que a FPS deve:

Prestar serviços com padrão de excelência em ensino, em pesquisa e em extensão na área de saúde, contribuindo para a formação de profissionais competentes e éticos, buscando alta performance empresarial e crescimento sustentado, além de contribuir para a construção de uma sociedade justa (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 6).

O mesmo documento explicita um conjunto de objetivos e metas dos quais se destacam os mais relacionados com o foco do estudo. O quadro nº 9 sistematiza esses objetivos.

Quadro 9: Objetivos e metas da FPS

PDI, 2015-2019	Objetivos	Metas
1	Promover a transição entre o mundo do trabalho para a formação de bacharéis na área de Saúde	Efetivar a política responsabilidade social na IES, elaborando o Projeto Campus Sustentável, incluindo iniciativas de educação ambiental envolvendo a comunidade acadêmica
2	Estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo	Instituir a Educação em Direitos Humanos de forma transversal em todas as esferas institucionais
3	Formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira	Implantar programa (s) voltado (s) para inclusão social e desenvolvimento econômico
4	Incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica	Fortalecer a imagem institucional e revelar o perfil acadêmico de natureza inovadora no campo pedagógico na área de saúde
5	Promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos	Instituir a política de adequação, atualização e reestruturação de matriz curricular dos cursos e PPC.
6	Suscitar o desejo permanente de aperfeiçoamento cultural e profissional	Garantir as características de flexibilidade e interdisciplinaridade nos currículos
7	Estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais	

Identifica-se um alinhamento da missão institucional com objetivos do Plano Nacional de Educação (PNE) 2011-2020 (Projeto de Lei nº 8.035, de 20 de dezembro de 2010), ao indicar um movimento iniciado nos anos de 1990 de privatização da educação superior brasileira via política de parceria público-privada, com forte componente de inserção dos profissionais no mercado de trabalho e com "performances empresariais". Da análise do quadro nº 9, identifica-se uma estreita relação entre as últimas resoluções consultadas (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 – Medicina; Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017 – Farmácia) com os objetivos e metas à alcançar, propondo-se que os componentes curriculares integrem conhecimentos teóricos e práticos de forma interdisciplinar, transdisciplinar e interprofissional, contemplando os contextos

nacionais e regionais, com ações intersetoriais e sociais, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a articulação com o desenvolvimento científico e tecnológico para atender às necessidades sociais. Complementando estas orientações destacam-se os seguintes pontos destas duas resoluções que estão em consonância com o PDI, são elas

- Cuidados em saúde com atenção especial à gestão, à tecnologia e a inovação como elementos estruturais da formação;
- Tomada de decisão com base e análise crítica e contextualizada das evidências científicas;
- Compromisso com o cuidado e a defesa da saúde integral do ser humano, levando em conta aspectos socioeconômicos, políticos, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, necessidades da sociedade, bem como características regionais (resolução nº 6 de 19 de outubro de 2017 para o curso de farmácia).
- Apoio à criatividade e inovação;
- Promoção do pensamento científico e crítico e apoio a produção de novos conhecimentos estimulando a identificação da necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo entre a prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis;
- Favorecimento ao desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade;
- Estímulo à construção coletiva de conhecimento em todas as oportunidades do processo de trabalho, propiciando espaços formais de educação continuada, educação ambiental, educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 – Medicina).

Ao relacionar a missão, objetivos e metas institucionais com as Leis e Diretrizes consultadas, identificam-se pontos de concordância, nas diretrizes dos cursos de psicologia, farmácia e medicina. Essa concordância relaciona-se com os seguintes aspectos: o estímulo à ampliação de interfaces entre conhecimentos e fenômenos afins, favorecendo a interlocução entre os campos de atuação com ênfase na multideterminação e complexidade dos acontecimentos biológicos, sociais, culturais e psicológicos; a compreensão crítica, contextualizada e humanizada tendo em vista a promoção da

qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades. Além destes fatores, encontra-se uma indicação comum relacionada com o respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações (Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011 – Psicologia). Desta forma, as ações convergem em metas que visam propiciar uma formação em saúde onde a integração curricular e a interação entre os conhecimentos teóricos e práticos possam ser trabalhadas de forma interdisciplinar e transdisciplinar incentivando o trabalho interprofissional e colaborativo. Para isto, aposta-se na aprendizagem centrada no estudante tendo o professor como mediador e facilitador do processo. Estas ações devem ser intersetoriais, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com atenção à gestão, aos avanços da tecnologia, e da inovação em benefício das populações assistidas. É no quadro destas ideias que o profissional de saúde deve desenvolver a capacidade de análise crítica e contextualizada, com ética, respeito e compromisso com o diálogo permanente. (Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017 – Farmácia).

Em consonância com estas orientações, cabe referenciar a relevância de objetivos comuns como a de promover a integralidade e humanização do cuidado, o incentivo à construção de projetos terapêuticos compartilhados, escuta ativa e singular de cada pessoa, família e comunidades, preservação da biodiversidade com sustentabilidade, respeito as relações entre ser humano, ambiente e sociedade. Ressalta-se ainda a busca de atualização e inovação no uso das tecnologias, visando a prevenção e a promoção da saúde com efetividade e resolutividade. Objetiva-se implementar e fortalecer o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, para promoção da equidade no cuidado (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 – Medicina).

É em harmonia com esta linha de análise, e fortalecendo a compreensão de uma normatividade, que pode ser incorporada ao que Mainardes (2015), chama de comunidade epistêmicas de políticas “organizadas em torno de um conjunto mutuamente reconhecível de conhecimentos, verdades e visões de mundo que é constantemente rearticulado” (Mainardes, 2015, p. 61).

Em síntese, no que respeita aos tópicos em análise, infere-se que os propósitos filosóficos e pedagógicos - a missão, as estratégias, os objetivos e as metas que orientam a

FPS estão alinhados e sintonizados com as políticas nacionais estipuladas pelos órgãos regulatórios do ensino superior no Brasil.

5.3.1.2. Princípios organizadores do modelo curricular de base aos cursos em desenvolvimento na Faculdade Pernambucana de Saúde

Da análise do PDI (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015), compreende-se que a FPS reconhece o ensino de graduação como espaço plural de produção e socialização do conhecimento e como *locus* privilegiado das múltiplas expressões do saber, da livre expressão das ideias, da ética, da defesa dos valores humanos, ambientais, da crítica e do trabalho cooperativo (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 39). Dentro desta perspectiva, pode também observar-se que a FPS preconiza um modelo pedagógico-curricular organizador dos cursos em desenvolvimento assente na participação ativa dos estudantes e no estímulo ao desenvolvimento de uma ação reflexiva, crítica, democrática, responsável, criativa e contextualizada para a construção do conhecimento, e sua apropriação de forma significativa (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015), tal como evidencia no seguinte excerto:

O compromisso com os desafios e o desenvolvimento social e ambiental, local e regional e a sólida formação humanística, técnica e científica persistem, amparado em cursos, projetos e programas, priorizando a realização de pesquisas e estímulo a atividades criativas; a extensão do ensino e da pesquisa à comunidade, mediante cursos e serviços; o ensino orientado no sentido da valorização do homem e do meio em que está situada a Instituição (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 2).

Vislumbra-se nestes princípios uma proposta de formação que parece alinhar-se com o compromisso de construção de uma sociedade mais aberta e justa, indo ao encontro a uma concepção de educação emancipatória (Freire, 1996). Como é referido no documento em análise:

... a meta institucional é formar profissionais críticos, reflexivos e comprometidos com a sua aprendizagem, com os direitos humanos, com a ética e a responsabilidade social, buscando atuar profissionalmente como um

cidadão, e que este adquira a compreensão da ciência como um processo contínuo, dinâmico e historicamente constituído e contextualizado, que é essencial para o desenvolvimento da crença na necessidade de estudo e aperfeiçoamento continuados (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 4).

Estes princípios organizadores da formação podem também ser associados à perspectiva de Apple e Beane (2001), quando argumentam que os atuais cenários da educação e da saúde desafiam os pensadores, gestores e profissionais a se posicionarem de forma crítica e a procurarem alternativas para a formação que resgatem as distintas dimensões do ser humano em sua cultura.

Na mesma direção pode ser situada a visão de Sacristán (2013), ao sustentar que:

O projeto e o desenvolvimento do currículo se justificam pelos efeitos que produzem em seus destinatários. O que hoje conta não são as vontades e propostas do texto ou projeto de currículo, salvo para tê-las como referência a fim de compará-las com os resultados. Ou seja, as promessas e os discursos de pouco servem se os fatos não têm nada a ver com o declarado. Os reformadores, administradores, políticos, diretores e professores, às vezes pouco interessados em acompanhar o destino de seus programas e propostas, deveriam levar muito em conta essa prevenção e apreciar os resultados obtidos efetivamente em vez de pressupor que sua palavra se transforma por si só, quando, além disso, sabemos o quão complexa e resistente é a realidade (p. 268).

Amparado nesta leitura, o autor refere que o essencial destas prescrições diz respeito a um saber que se possa converter em ação, de forma a que os profissionais possam atuar em contextos reais tomando decisões conscientes e adequadas aos interesses das instituições e dos seus formandos. Para Sacristán (2013), o essencial não é que se possua determinados conhecimentos, mas o uso que se faz destes conhecimentos integrados corretamente em uma ação eficaz.

Convocando para esta leitura orientações expressas em diretrizes de proveniência nacional, como Plano Nacional de Educação – PNE 2011-2020, observa-se uma certa confluência dessas políticas, ao nível dos princípios que veiculam, na organização dos Projetos Políticos Pedagógicos de todos os cursos de saúde da FPS, nomeadamente quanto às competências e às habilidades para um perfil do profissional de saúde que se pretende

formar, orientado para uma intervenção assente na interdisciplinaridade e colaborativo. Essa confluência parece ser clara no seguinte excerto:

Garantir as características de flexibilidade e interdisciplinaridade nos currículos para ampliar oportunidades de estudo, reflexão e participação em atividades de formação complementar (Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015, p. 7).

No caso específico do curso de psicologia, considerando o texto da Resolução - CNE/CES, nº 5 de março de 2011, essa influência é visível ao constatar-se que esta Resolução orienta para criação de propostas curriculares em que as ações de ensino-aprendizagem visem:

... a prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, possibilitando interfases com campos afins de conhecimento, propondo que o profissional possa atuar inter e multiprofissionalmente, com o estímulo ao desenvolvimento de vínculos interpessoais. (Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011)

No que respeita aos cursos de medicina, da análise da Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 observa-se que se preconiza uma formação de natureza geral crítica, reflexiva e ética, orientada para o desenvolvimento de capacidades para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, tal como evidencia o seguinte excerto:

...o cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identidade, e objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado. (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014)

Na mesma linha de confluência o curso fisioterapia, na Resolução CNE/CES Nº 4, de 19 de fevereiro de 2002 é sublinhada a necessidade de se desenvolverem competências profissionais de

Prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, comunicação, liderança no trabalho em equipe multiprofissional, administração e gerenciamento, educação permanente, atuar multiprofissionalmente,

interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, e a orientação para uma formação generalista. (Resolução CNE/CES Nº 4, de 19 de fevereiro de 2002)

Em relação ao curso de nutrição, embora a Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001 reforce a necessidade de uma formação generalista, enfatiza também uma dimensão formativa de cariz humanista assente em princípios éticos e de reflexão sobre a realidade económica, política social e cultural. Ao mesmo tempo preconiza um perfil profissional orientado para uma prática integrada e contínua com o sistema de saúde, promotora do desenvolvimento de um pensamento crítico, e da capacidade de tomar decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento. Dito de outro modo, a análise deste texto normativo permite compreender a existência de um estímulo a uma formação que capacite os futuros profissionais de saúde a serem empreendedores, gestores, empregadores ou líderes de equipa, integrando equipas multiprofissionais, e atuando com visão holística do ser humano e em sintonia com o Sistema Único de Saúde - SUS (Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001).

Da mesma forma que os demais cursos, também a resolução relativa ao curso de enfermagem, Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001, reforça a orientação de uma formação do profissional com o perfil generalista e simultaneamente humanista, crítico e reflexivo, pautado em princípios éticos, priorizando o desenvolvimento de competências e habilidades para uma prática integrada e contínua com as demais instâncias de saúde. O excerto a seguir evidencia estas orientações quanto:

... a tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente, compromisso ético, humanístico e social e com o trabalho multiprofissional através de intervenções planejadas em níveis de promoção, prevenção e reabilitação em sintonia com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupo com 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 junto. (Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001).

Para o curso de farmácia, a Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017, do mesmo modo que as anteriores, preconiza que a formação deve ser pautada em

Princípios éticos e científicos, reforçando ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com uma formação humanista, crítica, reflexiva e generalista, e conhecimentos teóricos e práticos de forma interdisciplinar e transdisciplinar, com disponibilização de cenários de práticas diversificados, caracterizado pelo trabalho interprofissional e colaborativo, norteados pelo Sistema Único e Saúde (SUS). (Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017).

Esta diretriz preconiza, ainda, que na organização e desenvolvimento dos cursos de graduação devem ser consideradas as metodologias ativas de ensino, centradas na aprendizagem do estudante, interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, tal como é enunciado:

Para a organização e desenvolvimento do curso de graduação em farmácia devem ser consideradas: I – a utilização de metodologias ativas de ensino, centradas na aprendizagem ativa do estudante, com critérios coerentes de acompanhamento e de avaliação do processo ensino-aprendizagem; II – participação ativa do discente no processo de construção e difusão do conhecimento; III – interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade; IV – avaliação permanente do curso envolvendo comunidade acadêmica e atores sociais; V – diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, e práticas interprofissionais; VI – as atividades pedagógicas devem apresentar excelente coerência com a metodologia prevista e implantada (Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017).

Em síntese, da leitura das diretrizes que regulamentam os vários cursos da FPS, relativamente aos princípios organizadores do modelo curricular, infere-se um conjunto de pontos que convergem para um perfil de formação comum aos vários profissionais de saúde. Esses pontos de confluência passam, para além de obtenção de uma formação de caráter generalista, por desenvolver competências ao nível de:

- a) prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde;
- b) comunicação, liderança, administração e gerenciamento;
- c) atuação inter e multiprofissionalmente;
- d) competência de análise/intervenção crítica, reflexiva e ética para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde;

- e) sintonia com os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS (medicina, farmácia, enfermagem, nutrição);
- f) atuação numa lógica multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar.

5.3.1.2.1. A referência ao trabalho interprofissional

Sobre a referência ao **trabalho interprofissional** esta aparece nas diretrizes dos cursos de medicina e farmácia (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 e Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017, respectivamente). Importante registrar que estas duas resoluções são mais recentes (medicina é de 2014 e farmácia de 2017), o que pode justificar a ênfase que nelas é colocada em relação ao trabalho colaborativo e articulado entre as profissões de saúde. Desta forma encontra-se as seguintes proposições nas duas Resoluções citadas

Deve-se oferecer:

a) cenários de práticas diversificados, inseridas na comunidade e nas redes de atenção à saúde pública e/ou privada, caracterizados pelo trabalho **interprofissional** e colaborativo; b) elaboração e aplicação de plano de cuidado farmacêutico, pactuado com o paciente e/ou cuidador, e articulado com a equipa **interprofissional** de saúde, com acompanhamento de sua saúde (resolução CNE/CNE nº 6, de 19 de outubro de 2017- curso farmácia); c) cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho **interprofissional**, em equipa, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade; d) aprender **interprofissionalmente**, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde (Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014).

É no quadro destas propostas sobre a importância de se trabalhar, desde a graduação, a formação do profissional de saúde estimulando a aprendizagem colaborativa entre as profissões de saúde que se situa as ideias de Reeves (2016)

Evidências de pesquisa por mais de três décadas têm fornecido *insight* útil

quanto à Educação Interprofissional (EIP), ... Mediante esses estudos foi possível entender o valor da EIP nas fases de aprendizado na graduação e pós-graduação. Por exemplo, estudantes podem se beneficiar de uma iniciativa na graduação sobre os papéis de diferentes profissionais da saúde em relação a uma determinada área clínica estudada em sala de aula e/ou no contexto profissional, enquanto uma iniciativa depois da graduação pode focalizar problemas de comunicação com outros profissionais da saúde com quem trabalham e apoiar mudanças na prática. Nós também temos conhecimento dos diferentes métodos de aprendizado interativo que podem ser utilizados em EIP. A oportunidade para interatividade é ^L_{SEP} um elemento essencial da EIP, porém os métodos particulares utilizados dependem dos objetivos e recursos. (p. 193)

No caso dos cursos de nutrição, enfermagem e fisioterapia, as resoluções enfatizam a importância da multiprofissionalidade, da transdisciplinaridade, da intedisciplinaridade sem, no entanto, referirem a ideia de interprofissionalidade. Encontra-se nestas resoluções orientações para uma formação generalista, humanista e crítica, com estímulo à promoção, manutenção e recuperação da saúde, pautada em princípios éticos. Enuncia-se que o currículo deve proporcionar o desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente, de analisar os problemas e procurar soluções.

Diferente das resoluções para farmácia, psicologia e medicina, as resoluções para os cursos de nutrição, enfermagem e fisioterapia preconizam o trabalho em equipa multiprofissional, com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz, não referindo a questão do incentivo à aprendizagem interprofissional (Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001 – Nutrição). Com relação à prática, para o curso de enfermagem, a orientação é que esta deve ser realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, com o desenvolvimento de liderança e no trabalho em equipa multiprofissional (Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001 – Enfermagem). Da mesma forma, para o curso de fisioterapia reafirma-se a importância da habilidade de liderança no trabalho em equipa multiprofissional, objetivando o desenvolvimento de capacidade para empreender, gerenciar e liderar equipa de saúde, atuando multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, (Resolução CNE/CES Nº 4, de 19 de fevereiro de 2002 – Fisioterapia). Este aspeto pode ser

justificado pelo facto de os normativos que regulamentam estes cursos, serem mais antigos do que os de medicina e farmácia (as resoluções dos cursos de enfermagem e nutrição são de 2001, a do curso de fisioterapia é de 2002, e a do curso de psicologia é de 2011).

Em síntese, deduz-se a partir da análise das Resoluções relativas a cada curso, que os cursos de graduação em saúde da FPS, nos princípios que preconizam, parecem estar em linha com políticas nacionais, e especificamente com as Diretrizes Curriculares Nacionais (LDB), e com propostas das macro políticas para educação superior, (nomeadamente o Plano Nacional de Educação 2011-2020) valorizando uma formação académica do profissional de saúde com qualidade, na defesa da gestão académica democrática e na autonomia do estudante.

Tendo presente a leitura anteriormente realizada no capítulo III sobre **Currículo e formação superior em saúde**, e no qual se abordam as políticas curriculares que têm estruturado a formação de profissionais de saúde, parece poder inferir-se que a demanda de formação desses profissionais está voltada cada vez mais para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional e para uma intervenção orientada para o cuidado.

Os princípios enunciados nas resoluções que regulamentam cada curso parecem assentar no pressuposto da complexidade (Morin, 2000), preconizando uma formação de profissionais de saúde que contemple a compreensão, e articulação, entre o diagnóstico, o contexto social e o quadro geral em que a doença se apresenta. Ou seja, como sublinha o mesmo autor, para além de se atender ao fator “estar doente”, importa compreender o contexto e a singularidade do sujeito em que tal quadro se apresenta, oferecendo um programa amplo que abarque o ser humano sob uma perspectiva biopsicossocial, com ênfase na promoção e prevenção da saúde integral e da qualidade de vida. Indo mais além Morin (2011) afirma

A reforma do conhecimento exige uma reforma do pensamento. A reforma do pensamento exige um pensamento da ligação que consiga ligar os conhecimentos entre si, ligar as partes ao todo, o todo às partes, e que consiga conceber a relação do global ao local e do local ao global (p. 156).

Relacionando ainda os princípios veiculados nos vários regulamentos dos cursos da FPS com a perspectiva de Stenhouse (1987), ao considerar que um projeto curricular engloba dois componentes: uma nova maneira de entender o conhecimento e uma nova maneira de ensiná-lo, reconhece-se que esses princípios apontam para uma lógica que busca conectar currículo e ação.

Face às ideias explanadas considera-se que os princípios que estruturam o modelo curricular adotado na FPS parecem assentar na compreensão holística do homem, e numa formação que alia teoria e prática, orientada para um perfil do profissional de saúde preparado para desenvolver formas de intervenção ajustadas aos desafios do mundo contemporâneo (Morin, 2011). Para uma melhor compreensão do modo como se materializam, na prática, os princípios organizadores dos vários cursos de formação em saúde da FPS, apresenta-se no ponto seguinte deste capítulo a análise dos discursos dos professores/tutores entrevistados.

5.3.2. Dados resultantes das análises das entrevistas a professores/tutores da FPS

Como se referiu no capítulo IV relativo à metodologia, e de acordo com a caracterização dos participantes apresentada no ponto 5.2 deste capítulo V, foram realizadas entrevistas a professores/tutores dos cursos de saúde da FPS: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e medicina, num total de 29 entrevistas (ver quadro 3). Depois de transcritas, procedeu-se à sua análise através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016).

A análise foi estruturada em quatro principais dimensões, categorias e subcategorias que no quadro 10 se sistematizam. Para efeito de confidencialidade dos dados, os discursos dos professores/tutores foram catalogados da seguinte forma: enfermagem (TENF), farmácia (TFAR), fisioterapia (TFIS), nutrição (TNUT), medicina (TMED) e psicologia (TPSI), sendo estes indicados em conformidade com a apresentação das falas.

Quadro 10: Dimensões, Categorias e Subcategorias de análise dos discursos dos professores/tutores entrevistados

Dimensões	Categorias e Subcategorias
1. Conhecimento sobre missão e os currículos dos cursos da FPS	1.1. Conhecimento da missão da FPS 1.2. Conhecimento do currículo dos cursos da FPS
2. Currículo e perfil profissional	2.1. Princípios que organizam os currículos dos cursos de saúde: 2.1.1. Ética e humanização 2.1.2. Cuidado e respeito pelo outro 2.1.3. Interdisciplinaridade 2.2. Currículo e competências profissionais e relacionais: 2.2.1. Trabalho em equipe e colaboração interprofissional 2.2.2. Soft skills (autonomia; independência; inovação, criatividade) 2.2.3. Capacidade de problematização e de reflexão crítica 2.3. Contributos da metodologia ABP para a interprofissionalidade
3. Sugestões para a melhoria dos cursos na promoção da interprofissionalidade	
4. Efeitos da experiência docente da FPS na atuação profissional em saúde	

A apresentação e análise dos dados é feita dimensão a dimensão, seguindo a ordem expressa no quadro 10. Em cada categoria e sub-categoria de análise procura-se cruzar a visão dos vários intervenientes.

5.3.2.1. Conhecimento sobre missão e os currículos dos cursos da FPS

Esta dimensão integra duas categorias de análise: *Conhecimento da missão da FPS* e *conhecimento do currículo dos cursos da FPS*.

Conhecimento da missão da FPS

Relativamente à categoria *conhecimento da missão da FPS*, a maioria dos professores/tutores refere ter conhecimento da missão da FPS principalmente através do Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI. Este conhecimento, segundo as falas dos professores/tutores, foi impulsionado pela preparação para as visitas dos órgãos regulatórios de autorização e reconhecimento de curso do Ministério da Educação e Cultura do Brasil (MEC), que ocorrem periodicamente como forma de reconhecimento e renovação de reconhecimento ao final de cada ciclo avaliativo do SINAES ³⁷.

De um modo geral, os professores/tutores revelam conhecer a missão da instituição, tal como sugerem os seguintes depoimentos:

*“Foi apresentado, né..., pois temos vários cursos de atualizações, então sempre é apresentada a **missão**”* (TFAR. 2).

“Sim, está no PDI, mas sempre buscamos trabalhar os profissionais com competência ética ...” (TFAR. 4).

“Sim, sim, sim, ... busca por profissionais éticos, capacitados, humanizados,...” (TPSI. 1).

*“... os profissionais, eles vestem a camisa porque eles entendem que essa **missão** ela precisa ser cumprida e ela tem um objetivo, e a gente vê isso de forma muito palpável”* (TNUT. 1).

³⁷ O SINAES foi criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos de graduação e do desempenho dos estudantes, acontece no ciclo trienal.

*“A **missão**, em linhas gerais, é formar médicos generalistas e com este lado humanista mais presente...” (TMED. 1).*

*“Sim, assim a gente sempre, nas reuniões da comissão do colegiado..., a gente tem a **missão** do ensino, da pesquisa e do desenvolvimento social engajado, quer seja na comunidade, quer seja à distância, tem todo um engajamento ao social, no ensino, na pesquisa e na assistência, tratando e formando. Eu acho que o exemplo dos que foram fundadores e que estão mantendo, preservam a **missão** que foi dada, sonhada e depois executada, e agora no sentido de perpetuar, visando o ensino a pesquisa e a assistência” (TMED. 3).*

Pode observar-se que estes tutores têm uma consciência muito clara sobre a missão da FPS. Reconhecem que a missão passa, entre outros aspetos, por uma política institucional de partilha dos princípios norteadores da FPS, em reuniões da comissão do colegiado, e de estímulo ao cumprimento das bases em que se alicerça o trabalho da Faculdade: *ensino, da pesquisa, da extensão e do desenvolvimento social*. Constata-se, ainda, em alguns destes depoimentos um elevado sentido ético e profissional, presente, por exemplo, na ideia “vestir a camisola” e que associam ao legado deixado pelos fundadores e ao desejo de o perpetuarem.

Conhecimento do currículo dos cursos da FPS

Quanto aos aspetos relacionados com o *conhecimento do currículo dos cursos* identificamos dois posicionamentos: os professores/tutores que referem ter tido esse conhecimento antes de começar a trabalhar na instituição, e os que reconhecem que obtiveram esse conhecimento ao iniciar o trabalho na instituição. Inserem-se no primeiro grupo os tutores de fisioterapia e nutrição, tal como exemplificam os excertos seguintes:

*“... desde antes já tínhamos o conhecimento do **currículo**” (TFIS. 1).*

*“Sim, antes de trabalhar na FPS eu já vinha conhecendo o **currículo**. Foi apresentada desde o início, na verdade antes de entrar na FPS ” (TFIS. 2).*

*“Eu iniciei com a montagem de toda a estrutura do **currículo**, ... antes do curso funcionar...”(TNUT. 2).*

*“Conheço o **currículo** desde o início. O **currículo** já estava estruturado quando assumimos, começamos a trabalhar a construção dos problemas a partir dos objetivos que já estavam construídos, antes de começar o curso...” (TNUT. 5).*

Estes testemunhos parecem mostrar que há por parte da IES a preocupação em socializar, desde o início, os professores/tutores com o modelo curricular em curso. Interessante também observar que se trata de um modelo curricular baseado em problemas, tal como refere o tutor TNUT.5, parecendo este testemunho denunciar que os professores/tutores parecem aderir a esse modelo curricular, já em desenvolvimento na FPS, sem grandes questionamentos.

Importante também assinalar a estreita relação que fazem entre currículo e metodologia, evidenciando-se uma certa dificuldade em diferenciar um aspeto do outro, tal como elucidam os seguintes discursos:

*“Eu acho que é um **currículo** diferenciado, porque tem uma relação direta com a **metodologia**... É o que eu percebo assim, a **metodologia** e o **currículo** eles estão casados.” (TFIS. 2).*

*“Desconhecia toda a parte da **metodologia** e a gente foi convidada a fazer os cursos e estudar e emergir nos conceitos de toda a **metodologia**” (TMED. 1).*

*“Eu rapidamente percebi como é bom, como é válido e que a gente tem outras formas de contribuir sem estar falando tanto, deixando eles falarem mais, se exporem mais, e a gente ir só driblando o conhecimento deles. Então eu acho perfeita esta **metodologia**, sempre gostei muito” (TNUT. 1).*

*“... acredito muito na **metodologia**. Acho que a **metodologia ativa** é centrada no estudante, coloca o professor em lugar diferente, muito mais como parceiro dessa caminhada, colaborador, alguém que trabalha em conjunto mais não trabalha sozinho, dando pronto o conhecimento” (TPSI. 5).*

*“É um processo que se objetiva no produto final, e que vai ser o profissional que vai sendo construído ao longo de todo esse percurso, e eu acredito de verdade, eu gosto muito da **metodologia**” (TPSI. 3).*

*“Sim, muitas vezes não sabia como conduzir e foi a vida que me ensinou isso, quando você está aqui nessa **metodologia** você aprende muito” (TENF. 5).*

A relação que estabelecem entre currículo e metodologia, e a ênfase nesta última, deixa implícita a importância processual do desenvolvimento do currículo. Isto é, remete para uma leitura que valoriza o currículo não como mera prescrição, acentuando a importância da contextualização curricular e dos atores como agentes configuradores do currículo (Leite & Fernandes, 2010; Figueiredo et al., 2019).

Parece, ainda, estar implícito nestes depoimentos uma relação entre um currículo inovador, tal como a análise relativa à missão da FPS parece deixar claro, e a adoção de metodologias ativa, baseadas em questões problema. Segundo Sacristán (2013), a realização de um currículo dito inovador pressupõe atender a três vértices: 1) seguir a pesquisa feita com e sobre os professores/tutores a respeito do desenvolvimento do currículo como estratégia para o desenvolvimento do corpo docente; 2) desenvolver uma

formação dos professores especificamente voltada para o desenvolvimento do currículo;
3) adotar uma prática de avaliação voltada para a melhoria do currículo.

Aquela relação que os professores/tutores estabelecem entre currículo e metodologia está ainda em linha com o pensamento do mesmo autor quando afirma que o currículo é uma prática desenvolvida através de múltiplos processos que se entrecruzam, diversos subsistemas ou práticas diferentes, nos quais o professor é um elemento de primeira ordem na concretização desses processos (Sacristán, 2017).

Sintetizando as ideias presentes nos discursos dos professores/tutores sobre o *conhecimento da missão e os currículos dos cursos* considera-se que estes revelam ter consciência de que existe uma relação efetiva entre a missão institucional e o desenho curricular dos cursos de saúde, sendo esta relação fortemente marcada por um modelo baseado na resolução de problemas, transversal a todos os cursos de saúde da FPS.

5.3.2.2. Currículo e perfil profissional

Nesta dimensão analisam-se aspetos relacionados com três principais categorias: *Princípios que organizam os currículos dos cursos de saúde; Currículo e competências profissionais e relacionais; e Contributos da metodologia ABP para a interprofissionalidade*. Cada uma destas categorias contempla várias subcategorias.

Princípios que organizam os currículos dos cursos de saúde

Ao serem questionados sobre os **princípios que organizam os currículos dos cursos de saúde da FPS**, nomeadamente nos aspetos relacionados com: **ética e humanização, o cuidado e o respeito pelo outro** e a **interdisciplinaridade**, os entrevistados revelam reconhecimento da relevância destes princípios na organização do currículo dos cursos de formação dos futuros profissionais de saúde.

Com efeito, os discursos dos professores/tutores indicam um sentido reflexivo sobre valores que devem estar presentes nos processos de desenvolvimento do currículo, tal como parece ilustrar o seguinte depoimento:

*"No momento que você coloca mais de cinco pessoas numa sala olhando para a cara da outra, e aguardando que eles conversem até chegar a um consenso, você já consegue trabalhar **ética, humanização**, você já consegue trabalhar uma gama de relações sociais. O estudante vai ter que saber como se comportar com o outro, ele vai ter que **saber ouvir o outro**, ele vai ter que aceitar a opinião diferente, a característica diferente". (TPSI.3).*

*"No início do curso ele já começa, e eu acho isto interessante, ele torna-se mais **humano**, eu acho que ele começa a perceber de perto o que acontece, ...eles conseguem perceber muito cedo estes pontos relativos a pergunta, às questões **éticas e de humanização**" (TENF. 1).*

*"Então realmente a questão da **humanização**, eles veem o paciente com outro olhar, ver o paciente na sua individualidade, então eu acho que tem um grande ganho, eles conseguem atingir vários domínios" (TFAR.4).*

As questões éticas, bem como a dimensão humanista, sobressaem nestes discursos como sendo aspetos essenciais a considerar no currículo de formação de profissionais de saúde.

A dimensão reflexiva na formação de profissionais de saúde tem vindo a ser reconhecida como central, recuperando as perspetivas que preconizam uma visão *sócio-crítica* da educação e do currículo (Carr & Kemmis, 1988; Giroux, 1986, 1990; Kemmis, 1998; Apple, 2006) e que concedem um papel central aos sujeitos e aos contextos em que estes desenvolvem a sua acção (Leite, 2002; Santos & Leite, 2020).

Segundo Apple (2006), atribuir valor a nossas próprias ações e à dos estudantes exige uma postura crítica, expondo as reais relações entre os participantes deste processo

de formação. Desta forma, ao falarmos em questões éticas relacionadas com o perfil dos estudantes, avalia-se um ponto bastante difícil quando estão em jogo categorias abstratas de natureza institucional. Os entrevistados mostram essa compreensão quando se posicionam face à relação entre a influência do currículo e o perfil profissional

*“A questão **ética** está presente durante todo o curso. Transversalmente desde o primeiro período. Tanto é que, é um dos eixos do próprio currículo. Isto está sendo sempre retomado, estamos sempre provocando estas questões em sala de aula, principalmente neste momento em que eles vão para o estágio”* (TPSI. 2).

Compreende-se, destes depoimentos, que a **dimensão ética** na formação destes profissionais parece ser um princípio fundamental do projeto político pedagógico da FPS. A adoção deste princípio pressupõe, como lembra Apple (2006), o entendimento de que a educação é um ato inerentemente político e ético, e, portanto, totalmente humano. Desta forma, não se pode esquecer que, em primeiro lugar, estão em jogo relações de dominação e desigualdades que atualizam constantemente a questão dos fins da educação. Em segundo lugar, o autor invoca o cuidado de não se transformar educação em mercadoria, ou seja, um bem de consumo e sua relação com os interesses de mercado muito estreitas. Para o autor, nesta perspectiva o estudante/cidadão passa a ser um consumidor. Dito isto, os participantes do processo de ensino-aprendizagem devem estar cientes dos valores em jogo nesta dinâmica.

Portanto, parece poder afirmar-se que professores/tutores entrevistados estão “afetados” pela orientação de uma cultura curricular que, nas palavras de Macedo (2013), representa um “sítio de pertencimento simbólico”, uma cultura que parece direcionar as suas ações e imprimir uma identidade ao perfil do profissional egresso.

A ideia de humanização atravessa também muitos dos discursos, parecendo evidenciar preocupações de natureza curricular orientadas para um perfil de formação humanista, e sugerir a importância de uma relação estreita entre ética, humanização e o trabalho, que põe em ação o currículo. Esta parece ser a mensagem presente neste depoimento:

*“No currículo estamos trabalhando a questão da **humanização**, principalmente nas práticas, nas integrações, nos momentos das práticas integrativas, no trabalho no IMIP, com as comunidades, isto também faz com que trabalhemos as percepções diferenciadas do estudante com relação a **humanização**”* (TFAR. 2).

A visão deste professor/tutor parece encontrar eco no pensamento de Biesta (2013), para quem a questão da humanidade dos seres humanos tem de ser compreendida como uma questão prática, uma questão que requer uma resposta a cada nova manifestação de subjetividade. E ele segue afirmando que, o que constitui nossa subjetividade, é o modo como nós respondemos com nossas ações. Daí a importância de se adotarem modelos de formação que potenciem a problematização sobre a realidade social e a consciencialização da responsabilidade individual e social face às situações em que se intervém. É nesta linha de pensamento que pode ser convocada a perspectiva de Sacristán (2017), para quem um “novo currículo” exige metodologia, saberes e habilidades profissionais diferentes, o que leva a uma alteração na própria forma de se relacionar com os estudantes em esquemas de direção, avaliação e controle novos.

Retomando o foco em análise, parece poder inferir-se, tal como já se aludiu, que as questões **éticas** e de **humanização** são centrais no currículo de formação dos profissionais de saúde da instituição em estudo, ao mesmo tempo que se reconhece capital importância à abordagem metodológica que é seguida, como forma de se potencializar aquelas dimensões éticas e humanistas, tal como corroboram os seguintes depoimentos:

*“Eu acho que a metodologia utilizada baseada em questões problema permite trabalhar de várias formas este estudante, por trabalhar em pequenos grupos, então a gente conhece mais este estudante e eles se conhecem entre si, e aí entra a parte de respeito, da **ética, da humanização**”* (TFIS.1).

*“Eu percebo que a **questão ética** e da **humanização** entra muito dentro da questão do método. Precisamente ter este olhar, a questão é o básico de lidar com o outro, de dar voz ao outro...”* (TFIS. 3).

*“O currículo contempla muito a questão **ética**, a gente discute até em atividades paralelas, no cinema discute a questão da **humanização**, eu acho que isto é bem interessante”* (TMED. 3).

Estes depoimentos parecem deixar claro que a metodologia utilizada é essencial na concretização de uma visão de currículo orientado por princípios éticos e humanistas. Ao referir-se à formação profissional e sua relação com as metodologias de aprendizagem Masetto et al. (2017, p. 211), menciona que algumas metodologias favorecerão o desenvolvimento do conhecimento, outras colaborarão com o desempenho de habilidades, umas terceira contribuirão para o desenvolvimento afetivo-emocional do profissional e outras promoverão a aprendizagem de atitudes e valores. Para o autor não será uma única modalidade metodológica que sozinha possa responder pela formação profissional. Segundo o autor, o trabalho com metodologias ativas e suas técnicas, métodos e estratégias, pensadas como instrumentos adaptados aos diferentes objetivos de aprendizagem, provocam e incentivam a proatividade e a autonomia dos estudantes perante a sua formação, tal como mostra o excerto de um dos entrevistados:

*“Quando pensamos na vivência da prática, na oportunidade de ter contato com o paciente, começar desde cedo, construir esse lado da **humanização** desde o primeiro período, pensando em outros currículos, nem sempre os estudantes têm esta oportunidade, principalmente por conta da vivência, ele tem este lado mais **humanista**”* (TNUT. 4).

Segundo Grundy (1987) se o currículo é uma prática, todos os que participam dela são sujeitos, não objetos, isto é, elementos ativos do processo. O depoimento seguinte demonstra este limiar em que não se tem garantias:

*“Veja, a **ética** facilita a formação de um profissional, mas a gente não pode garantir que eles irão absorver o conhecimento **ético**, botar em prática pelo menos o que a gente apresenta na tutoria, que é a conjuntura de um grupo, de saber lidar com a diferença, então tem a ferramenta para se tornar uma pessoa com estes valores, mas a gente não tem esta garantia. Com certeza estes valores são facilitadores, pois você fica muito mais próximo dos alunos, muito mais fácil para se trabalhar esta parte **ética**.”* (TMED. 1).

Segundo Tomas Tadeu da Silva (1999)

É também através de um processo de invenção social que certos conhecimentos acabam fazendo parte do currículo e outros não. Com a noção de que o currículo é uma construção social, aprendemos que a pergunta importante não é "quais conhecimentos são válidos?", mais sim, "quais conhecimentos são *considerados* válidos?" (p. 148)

Em síntese, para o autor é em nome do humanismo que se deve apelar para o respeito, a tolerância e a convivência pacífica entre as diferentes culturas e saberes. Deve-se tolerar e respeitar a diferença porque sob a aparente diferença há uma mesma humanidade. Tendo presente a mensagem expressa nos vários depoimentos convocados, parece ser claro que a construção do currículo para profissionais de saúde parece seguir esta linha, numa orientação que aponta para um perfil profissional de cariz humanista, social e éticamente responsável. Segundo o autor, não haverá “justiça curricular”, se o currículo não for modificado para refletir as formas pelas quais a diferença é produzida por relações sociais de assimetria. (Silva, 1999, p. 89-90).

Cuidado e respeito pelo outro

Quanto à subcategoria **cuidado e respeito pelo outro**, encontram-se poucas referências nos discursos dos tutores de todos os cursos. É preponderante a não citação entre dois cursos de saúde, nomeadamente enfermagem e nutrição, e da baixa frequência

nos demais profissionais dos restantes cursos. A ausência de depoimentos sobre este enfoque é em si significativa uma vez que, como se observou, os professores/tutores entrevistados revelaram ter uma visão muito clara quanto à importância de se ter em consideração aspectos de natureza ética e humanista. Estamos, por isso, em crer que há essa consciência de a formação de profissionais de saúde atender ao **cuidado e respeito pelo outro**, pese embora essa dimensão não tenha, explicitamente, sido expressa em muitos dos depoimentos dos entrevistados. Convoca-se, em jeito de ilustração, um dos depoimentos:

*“Porque o indivíduo vai ter que saber se comportar com o outro, ele vai ter que **saber ouvir o outro**, ele vai ter que aceitar a opinião diferente, a característica diferente... e a própria questão do grupo tutorial e o processo de relacionamento em grupo, já tentamos fazer com que eles tenham esta percepção do outro, ter **atenção com o outro**, o método favorece muito isso, a questão da relação” (TFAR. 1).*

Reconhece-se, neste depoimento, uma relação entre metodologias utilizadas, como é o caso do grupo tutorial, e a promoção de comportamentos e atitudes de atenção e respeito pelo outro.

Interdisciplinaridade

Na subcategoria **interdisciplinaridade** a análise permitiu observar que são, sobretudo os professores/tutores dos cursos de farmácia, fisioterapia, medicina e psicologia que mais referem a **interdisciplinaridade** como fator prevalente para a organização dos currículos. Estabelecem, em algumas referências, à semelhança do que observámos na subcategoria *Ética e humanização*, uma relação entre a interdisciplinaridade e o método, tal como evidenciam os seguintes excertos discursivos:

“O método ajuda a justamente no que a gente tem como proposta de colocar um profissional onde ele consiga trabalhar com outros profissionais, a

interdisciplinaridade, a questão das mudanças... Eu acho que tem uma interligação, tanto no método, com o que se espera como profissional, quanto no que compõe o currículo” (TFAR. 3).

*” ... portanto, é trabalhado porque nós somos uma continuidade de cuidados, a **interdisciplinaridade** se apresenta como a interface de tudo, ... a gente trabalha isso muito bem...” (TMED. 4).*

*“Acho que a formação estimula sim a **interdisciplinaridade**, é muito visível quando o estudante está no campo de prática” (TFAR.3).*

*“Acho que temos isso na prática, nos campos de prática, no hospital eles percebem e se dão conta, e isto faz um diferencial na vida acadêmica deles. Este espaço, esta troca, a **interdisciplinaridade** nos campos de prática” (TPSI. 5).*

Estes depoimentos deixam claro um posicionamento de concordância de alguns tutores face à prática de **interdisciplinaridade** e ao facto de a FPS promover espaços de interdisciplinaridade. Remetem, também, para uma conceção de interdisciplinaridade enquanto *interface* de diferentes saberes que concorrem para um perfil profissional abrangente. Esta leitura está em linha com a perspetiva de Japiassu (1976), ao sustentar que os objetivos da interdisciplinaridade consistem na exploração das fronteiras entre as disciplinas e num instrumento de crítica ao saber isolado destas, constituindo uma modalidade inovadora que pode superar a distância entre a instituição de ensino e a sociedade. Nesta mesma linha de pensamento pode ser situada a abordagem de Almeida (2000), para quem a interdisciplinaridade configura o desafio de propiciar o diálogo entre vários saberes para a compreensão e resolução de um problema, estimulando a troca de experiências, promovida pela multiplicidade de questionamentos e olhares, capaz de ampliar a compreensão desse problema e propor soluções conjuntas, levando em conta a complexidade da situação em análise. Esta perspetiva é também secundarizada por

Raynaut (2014), ao considerarem a interdisciplinaridade como um processo que associa vários campos disciplinares, ou especialidades, de modo a ser possível superar a justaposição desses saberes. Segundo estes autores, a interdisciplinaridade resulta em intercâmbios, flexibilidade e enriquecimentos entre profissionais de diversas áreas de atuação. É, antes de tudo, o produto exclusivo da cooperação e da diversidade de olhares (Raynaut, 2014).

O tipo de conhecimento hoje exigido das instituições de ensino superior ultrapassa os limites de uma só área que se abre para outras ciências, procura integração, diálogo, complementação para melhor compreender o que está acontecendo no mundo, e com a humanidade e seus fenômenos de múltipla causalidade. Em consonância com esta linha de análise a UNESCO (2016), publicou um Guia para a implantação da Educação para a Cidadania Global – ECG que estabelece um projeto sobre competências a considerar na educação. Essas devem atender a três grandes eixos

1. O estudante deve ser informado e capaz de pensar criticamente, considerando os sistemas e estruturas locais, nacionais e globais, via questões que afetam a interação e a conexão entre comunidades nos níveis local, nacional e global e pressupostos e dinâmicas de poder; 2. Estar socialmente conectado e ter respeito pela diversidade, considerando diferentes níveis de identidade, diferentes comunidades às quais as pessoas pertencem e como elas estão conectadas, e diferenças e respeito pela diversidade; e 3. Ser eticamente responsável e engajado, considerando ações que podem ser tomadas individual e coletivamente, através de um comportamento eticamente responsável e da promoção de engajamento e de ações. (UNESCO, 2016, p. 29).

Esta visão remete para o ressurgimento de novas discussões sobre a interdisciplinaridade e construção do conhecimento interdisciplinar como uma nova demanda da aula universitária (Masetto, 2018).

Numa leitura síntese sobre a dimensão, categorias e subcategorias em análise pode inferir-se que os fatores **ética e humanização** e **Interdisciplinaridade** estão presentes nas visões dos tutores de todos os cursos de forma constante. Por outro lado, é preponderante a não citação entre dois cursos de saúde, nomeadamente enfermagem e nutrição, de aspetos relacionados com o **cuidado e respeito pelo outro**, e da baixa referência nos demais discursos dos professores/tutores. Uma outra observação, apontada

anteriormente, e que se repete nos discursos de todos os professores/tutores, diz respeito à relação entre metodologia e currículo. A reflexão sobre a importância da metodologia nos processos de desenvolvimento do currículo parece estar muito patente no seguinte depoimento:

*“Tudo passa por tudo, em todos os momentos que estamos aqui com o aluno, no momento da orientação, da preceptoria, da tutoria, parece que isso está sempre rondando a gente. O que é o **método**? Qual é o **currículo** e o que vamos ter que alcançar, quais os objetivos? A história da **interdisciplinaridade**, da **humanização**, tudo isso entra, parece que o **método** já puxa isso... Acho que o **método** é o grande agregador da história toda. Acho que ele faz com que consigamos puxar estes outros links aí, de uma forma mais fácil e fica mais natural. Não fica aquela coisa; “agora vamos falar de humanização do atendimento”, a gente precisa disto, isto está ali dentro o tempo todo.” (TFIS. 3).*

É significativo esta fala, pois ela abarca toda uma construção e compreensão da complexidade do processo ensino-aprendizagem e da centralidade que nele ocupa a metodologia pedagógico-curricular adotada. Segundo Macedo (2013), deve-se desconfiar sempre das vias únicas, não dialógicas, na medida em que os cenários educacionais foram e sempre serão plurais, heterogêneos, temporais e, portanto produzem problemas vários. As práticas curriculares devem incluir a todos nesta importante tarefa - a de organizar e implementar a formação do profissional-cidadão (Macedo 2013, p. 119). A análise permite, em síntese, concluir haver por parte dos entrevistados o reconhecimento de que o currículo de formação dos profissionais de saúde deve orientar-se para um perfil profissional com lugar para saberes específicos, disciplinares, mas também de natureza mais abrangente do domínio do saber estar, saber agir, saber relacionar-se (Delors et al., 1998).

Currículo e competências profissionais e relacionais

Na análise da categoria *Currículo e competências profissionais e relacionais*, consideraram-se as subcategorias: **trabalho em equipe e colaboração interprofissional**, **soft skills (autonomia; independência; inovação; criatividade)** e **capacidade de problematização e reflexão crítica**. Neste caso, a grande maioria dos professores/tutores referem as **soft skills** como preponderantemente relacionadas com as competências trabalhadas nos currículos dos cursos, com destaque nos discursos dos professores/tutores de farmácia, medicina e nutrição. Em relação às referências ao **trabalho em equipe e à colaboração interprofissional**, estas encontram-se mais fortemente presente nos discursos dos professores/tutores dos cursos de nutrição, psicologia e de farmácia. Quanto à **capacidade de problematização e reflexão crítica** encontra-se uma baixa referência os discursos dos professores/tutores de todos os cursos. Apresentam-se alguns exemplos desses discursos:

*“Então, estamos sempre focando o **trabalho em equipe** que é uma das ferramentas ...se um tutorial não está funcional, é que alguém da equipe não está colaborando. O método, desde o início até o final, ele vai te dar esta ferramenta, de você estar sempre treinando o **trabalho em conjunto**, construir algo em conjunto, e o resultado em conjunto”*. (TENF.1).

*“...nas tutorias eles têm que trabalhar um **colaborando com o outro**, ajudando, as vezes um estuda um assunto e o outro não entendeu, e vem com outra informação, isto é interessante, justamente isto; dar a vez para o outro falar, respeitar o próximo, eu acho que isso tudo é trabalhado até na tutoria em si”* (TENF. 1).

“Hoje eles vão em busca, eles vão atrás, eles discutem com a gente, então eles se tornam um diferencial, então eu acho que é um ganho, ... consigo ver a

metodologia tradicional, aqui ele tem que ser mais ativo, tem que ir atrás de seu conhecimento para que haja a discussão” (TFAR. 3).

“Reconheço principalmente em relação a atitudes, este é um diferencial é perceptível mesmo, tomar iniciativa em relação a outros estudantes que acompanho e que não são da FPS” (TMED. 4).

“Os estudantes têm o conhecimento de como agir, de como se apresentar, de cuidar, eles têm uma visão do paciente, de sua assistência, da sua relação afetiva, da sua cognição, do seu feeling, eles têm tudo isso, eles trabalham, eles colocam, eles pontuam, eles questionam, eles têm esta percepção...” (TMED. 2).

“Venho percebendo isto na formação deles, quando eles saem daqui e entram já, por exemplo como residente, a diferença de outros é perceptível, eles se destacam” (TNUT3).

Observa-se destes depoimentos um grande reconhecimento quanto às mais valias do recurso às estratégias promotoras de trabalho em grupo e que estimulem a autonomia e a tomada de iniciativa conjunta, induzindo quer para um sentido de responsabilidade individual, quer coletiva.

Neste ponto concorda-se com Biesta (2013), ao afirmar que hoje a questão mais importante é como podemos reagir responsabilmente ao que, e a quem é outro, como podemos viver pacificamente com quem é o outro. Sustenta o autor que, para não transformar a educação numa técnica, é prioritário acolher a pluralidade, diversidade e diferença. E complementa, argumentando que a pluralidade não é somente a condição da ação humana, mas é também a condição da própria educação. Pluralidade que só existe na interação de saberes e de pessoas.

Nesta linha de raciocínio reconhece-se que a proposta curricular dos cursos de saúde da FPS parece estar em linha com esta visão do autor. Visão a que pode ser associada a perspectiva de Pacheco (2005, p. 172) ao falar do currículo como um "*trajeto de saberes*" cujo referentes adquirem sentido nos mais diversos contextos, interesses e cruzamento de várias opiniões. Segundo este autor, trabalhar o currículo é caminhar no sentido da compreensão crítica da educação, sem que qualquer explicação pretensamente neutra seja possível. Este parece ser também o sentido que está subjacente a estes depoimentos:

*"Eles estão começando a enxergar a importância de trabalhar e melhorar a comunicação com os outros, para o benefício do paciente ou então do cliente, dependendo de onde eles estão trabalhando. Estamos sempre focando o **trabalho em equipa**, (...) Se um tutorial não está funcional é que alguém da equipe não está colaborando. O método, desde o início até o final, ele vai te dar esta ferramenta de você sempre estar treinando trabalho em conjunto, em construir algo em conjunto, e o resultado em conjunto"* (TFAR. 4).

*"...o **trabalho em equipa**, inclusive de você saber trabalhar com as diferenças, saber conviver com os outros, trabalhar o perfil de liderança que muitos aprendem a desenvolver. Alguns que chegam bem tímidos tivemos ótimos progressos com esta metodologia e a busca constante de você estar sempre aprimorando, não se acomodar, se sentir sempre um eterno aprendiz"* (TFAR. 2).

*"Não é apenas a minha percepção é o que os próprios profissionais de lá da prática estão me dizendo. Aspectos éticos em relação a falar bem, tratar bem, tanto pacientes **quanto a equipa**. Eu nunca tive nenhuma queixa, muito pelo contrário, sempre são muito elogiados com relação a isso"* (TFIS. 5).

Depreende-se destes depoimentos que a comunicação com os outros, e o trabalho em equipa, potencializam o desenvolvimento de competências interprofissionais,

nomeadamente ao nível do saber estar/relacionar-se com os outros. Como sustenta Hans Jonas (Oliveira, 2014), esse ser-com-outros é um ser-com-outros ético, caracterizado por uma responsabilidade. Segundo este autor, dentro das competências profissionais e relacionais, trabalhar a ética da responsabilidade afigura-se como essencial. O autor reconhece que as éticas tradicionais se mostram insuficientes porque apenas vinculam a responsabilidade ao ato passado, como imputação de culpa pelo que foi feito.

Considerando o ponto de vista dos profissionais/tutores entrevistados reconhece-se que o modelo curricular em desenvolvimento na FPS aposta no trabalho em equipa nos grupos tutoriais a partir das metodologias ativas. Reconhece-se, igualmente, a partir desses pressupostos metodológicos, que a formação proposta estimula a colaboração entre os grupos de estudantes, facilitando a aprendizagem interprofissional. Complementam estas nossas inferências os excertos discursivos de alguns desses entrevistados:

*“... o grupo é que vai responder o quanto que eles conseguem avançar. Então eu acho que isso estimula muito o estudante em **trabalhar em equipa**, eles até comentam isso, comparando com estudantes que vem de outra metodologia, que teve a oportunidade de vivenciar outras graduações” (TNUT. 3).*

*“...o aluno tem a possibilidade de construir o conhecimento a partir de uma atividade que é **colaborativa**... O estudante que já se formou e está no mercado de trabalho, eles falam que começam a se dar conta que eles tinham uma capacidade de gestão, de lidar com situações, de fazer um planeamento. Eu acho que é um grande exemplo que eles trazem de como as tutorias contribuíram para eles **trabalharem em equipa**, deles poderem transitar com outras áreas profissionais.” (TPSI. 3).*

*“Tem que aprender a ser e agir coletivo, isto é uma coisa importante, porque a tutoria se forma pelo grupo... eles **aprendem a trabalhar com a diferença**” (TMED. 1).*

Dos depoimentos dos professores/tutores mobilizados nesta subcategoria, podemos deduzir que o **trabalho em equipa e a colaboração interprofissional** está presente de forma regular nas práticas dos estudantes, reconhecendo-se, todavia, que parecem estar mais presente na percepção dos profissionais/tutores dos cursos de nutrição e psicologia.

Analisando agora as **softs skills (autonomia, independência, inovação e criatividade)**, regista-se de forma prevalente esta referência nos discursos de todos os professores/tutores de todos os cursos.

*“...na questão dos alunos terem mais **autonomia**, na busca pelo conhecimento, de serem pessoas mais **críticas**, ... Ele passa a ser um **profissional mais questionador**, de não se contentar com o conhecimento estabelecido, ele terá que negociar o seu ponto de vista na **interação grupal**, desenvolve uma **capacidade de comunicação**, com **capacidade de tomada de decisão**, ... Ele vai desenvolver **capacidade de síntese**...” (TPSI. 1).*

*“Os preceptores falam justamente destas qualidades dos estudantes, ser mais **ativo, autónomos** eles chegam a um comum acordo sobre as informações importantes”(TFIS4).*

*“...eu percebo um perfil do profissional egresso de nutrição empreendedor. A grande maioria dos nossos egressos saem para empreender. Acho que eles começam a empreender desde a graduação, com novos produtos, com novas formulações de produtos que é uma área bem em ênfase da nutrição. Acredito que conseguimos fazer a questão do empreendedorismo. Falamos muito na **inovação** tecnológica, ...eles estão explorando cada vez mais” (TNUT. 4).*

*“Eu acho que o método (...) permite desenvolver estas habilidades durante todo o curso de medicina, habilidade de **liderança**, de **síntese**, são habilidade de*

extrema importância na vida de um médico. A própria habilidade de dar e receber feedback, isto torna-os seres humanos melhores...” (TMED. 1).

*“Vemos a evolução da aluna que desenvolve habilidades relacionais, ficam logo **independentes**, mais humanos, com **autonomia**, principalmente pela quantidade de laboratórios e também pelo formato das tutorias” (TENF. 5)*

Em linha com inferências já construídas, estes depoimentos mostram que o modelo curricular em desenvolvimento na FPS potencializa o conhecimento autónomo e a criação de situações de aprendizagem que favoreçam o diálogo e o questionamento. Igualmente se observa uma valorização do desenvolvimento da capacidade de comunicar, liderar e tomar decisões autónomas, advinhando-se um reconhecimento de que esse é um caminho para a mudança dos perfis profissionais, alinhando-os mais com princípios de natureza humanista. Do ponto de vista prático esta não parece ser uma tarefa fácil. Como lembra Macedo (2013), os processos de formação que estão na base de propostas curriculares alinhadas com princípios para a transformação, exigem uma disponibilidade fundamentada e crítica para acolher os sinais e as demandas que apontem para a mudança participativa, e estas devem fazer a ligação entre os conteúdos e os resultados, visando às aspirações e necessidades dos estudantes e aos objetivos e propósitos do sistema como um todo. Segundo a autora, um projeto curricular com estas características põe em causa as relações que o currículo estabelece com os saberes, o conhecimento e as pessoas.

Pelos argumentos expressos pelos entrevistados parece poder inferir-se que a proposta curricular em curso na FPS se enquadra na perspectiva Freireana de valorização das ações de ensino direcionadas para a autonomia do estudante reconhecendo ser esta uma dimensão muito importante para a apropriação do conhecimento, e a experimentação do saber, constituindo, assim, uma ferramenta essencial para recriar o mundo. Em *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*, Paulo Freire (2003), faz uma reflexão sobre o espaço ensino/aprendizagem que fortalece a autonomia do estudante e chama a atenção para as diferenças entre treinar, ensinar e educar. Ensinar, para o autor requer aceitar os riscos do desafio do novo enquanto inovador, enriquecedor,

assim como rejeitar quaisquer formas de discriminação. Acima de tudo, “ensinar exige respeito à autonomia do ser”. Já educar é uma relação interativa entre pessoas, isto é, sujeito-sujeito na perspectiva de “ler” e transformar realidades. Logo, uma relação sujeito-mundo. A riqueza da concepção freireana de educação está contida na afirmação de que os humanos educam-se em comunhão mediados por determinado objeto de conhecimento, particularmente, a realidade vivida: “Ninguém educa ninguém, como tão pouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo” (Freire, 1988, p. 79).

Relacionando estas ideias com o perfil dos futuros profissionais parece ser claro, como aliás já se referiu anteriormente, que o modelo curricular em curso na FPS promove a **autonomia, independência e reflexão crítica** dos estudantes, tal como mostram os seguintes excertos discursivos:

*“**Autonomia**, a capacidade de tomar atitudes, de assumir comportamento frente a própria fala, das ideias... ser um profissional que esteja a frente e não atrás dos outros, um profissional que entende o seu papel no mercado, o seu papel como farmacêutico e tem orgulho disso” (TFAR. 1).*

*“Eu acho que os meninos têm muito mais **autonomia**, ... no sentido de conseguir se expressar bem...” (TFIS. 4).*

*“Eu acho que a gente desenvolve estudantes muito mais **autónomos**, muito mais **reflexivos**...” (TPSI. 2).*

*“Veja, a **independência** é uma delas, deles serem independentes, não serem acomodados...” (TMED. 1).*

*“Eu percebo que realmente eles são mais **críticos**, mais humanos também, eles buscam mais, eles estão mais interessados em aprender, tanto o conhecimento teórico quanto aprender a fazer na prática” (TNUT. 5).*

Observa-se, por parte destes professores/tutores, uma valorização de uma formação de profissionais de saúde orientada para a autonomia e para a capacidade de refletir e de agir criticamente sobre as situações. Esta visão da formação é corroborada por Frenk et al. (2010) para quem os resultados esperados dos desenhos curriculares voltados para reformas atualizadas aos sistemas educacionais para profissionais de saúde devem compreender uma aprendizagem transformadora, envolvendo três mudanças fundamentais: 1) partir da memorização dos fatos para o raciocínio crítico, 2) buscar capacidades básicas para o trabalho em equipa em sistemas de saúde, 3) adotar modelos educacionais para adaptação criativa de recursos globais para lidar com as prioridades locais. Numa perspectiva complementar, Rancière (2013), destacam a importância da experiência no processo de educação/formação. Referem a propósito:

(A) experiência, e não a verdade, é o que dá sentido à educação. Educamos para transformar o que sabemos, não para transmitir o já sabido. Se alguma coisa nos anima a educar é a possibilidade de que esse ato de educação, essa experiência em gestos nos permite liberar-nos de certas verdades, de modo a deixarmos de ser o que somos, para ser outra coisa para além do que vimos sendo (Rancière, 2013, p. 1).

Quanto à **capacidade de problematização e reflexão crítica**, especificamente, constata-se uma baixa referência a estes princípios. Esta baixa referência pode estar relacionada com a proximidade, em termos de significação, das subcategorias pois, como já antes aludimos, os discursos evidenciam preocupações com uma formação apelativa ao desenvolvimento da reflexão e do pensamento crítico. Ainda assim, identificam-se discursos que são bem explícitos quanto à importância de o modelo de formação promover a problematização e a reflexão crítica:

*“O perfil tem relação com o estudante ser **crítico e reflexivo**” (TENF. 5).*

“De ser um... buscar conhecimento de novas... novas maneiras de pensar, um ser pensante, não ser só captador de informações...” (TMED. 5).

*“Eles têm uma mente muito mais aberta para a **resolução de problemas**, e numa ótica muito mais abrangente que uma ótica de disciplina” (TNUT. 3).*

*“Primeiro acho que a faculdade sempre tenta articular ensino, pesquisa e extensão, então já apresenta um perfil de estudante que fica preocupado com **problemas** que está acontecendo na sociedade, partimos de **situações problemas**, assim, tanto é que estimulamos que eles pensem em pesquisas a partir de uma problemática, então ele já passa a ter um raciocínio mais científico e ao mesmo tempo eles têm uma preocupação com questões sociais de transformação” (TPSI. 2).*

*“Trabalha com a situação de **problemas**. Então eu acho muito rico esta metodologia para a desenvoltura deste estudante” (TFIS.5).*

Em síntese, da análise da categoria *Currículo e competências profissionais e relacionais* destaca-se o reconhecimento da importância do desenvolvimento das competências gerais relacionadas ao perfil do profissional de saúde, com ênfase na comunicação, autonomia, independência, inovação, criatividade, problematização e reflexão crítica, elementos que são representativos da concepção do currículo na visão dos tutores.

Contributos da metodologia ABP para a interprofissionalidade

A referência à ABP está presente de forma transversal aos vários discursos, ainda que não explicitamente relacionada com a questão da interprofissionalidade sendo esta

associação mais evidente nos discursos dos professores/tutores dos cursos de fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia. Para além disso, observa-se que muitos deles reconhecem a importância capital do trabalho interprofissional e mostram que há essa intenção no trabalho que realizam com os futuros profissionais de saúde, tal como evidencia o seguinte excerto:

*“Então essa capacidade de falar, de articular da **metodologia ABP** é essencial, ... eles mesmos vêem-se diferentes dos outros na fala, no pensamento, na atitude, justamente pela forma como eles trabalham aqui... Trabalhamos muito com os estudantes este lado, porque ninguém trabalha sozinho. Esta **metodologia** permite e ajuda a procurar **trabalhar em conjunto com outros profissionais**: enfermeiro vai ter o seu papel, o psicólogo vai ter o seu papel, o fisioterapeuta, o farmacêutico, o médico, nutricionista, quando todo mundo trabalha junto o beneficiado será sempre o paciente. Trabalhamos com eles neste sentido de melhorar a comunicação entre os profissionais, **trabalhar em conjunto**, que só assim você cresce profissionalmente, ...e vai ter um serviço de melhor qualidade.... O **método ABP** ajuda formar um profissional de modo a que ele consiga **trabalhar com outros profissionais** ... Eu acho que tem uma interligação tanto no **método** com o que a gente espera como profissional e no que compõe o **currículo**. ” (TFAR. 2).*

*“Veja, o que posso lhe falar quando recebo meus alunos no meu setor do IMIP é justamente pelo comportamento do aluno em tutoria que exige isto de **compartilhar**, de um chamar a atenção do outro e dizer que é a sua vez de falar,...eles começam desde o início a ter realmente essa ligação com toda equipa” (TENF.3).*

*“A **metodologia ABP**, a prática, a forma que trabalhamos, o estudante ser capaz de poder ser ouvido, dentro do que ele entende e acredita, ele assumir este papel, sair do comodismo de que o outro que fala para mim é que está*

*certo,... então esta capacidade de falar, de articular da **metodologia** é essencial” (TFAR.1).*

*“Digo para eles: vocês não têm noção como são diferentes dos outros. Quem vê a diferença percebe que é outro tipo de profissional...os diferentes estão construindo um conhecimento único, junto,...O **trabalho em equipa** e **colaborativo** já está aí e isso é um aprendizado que não vai ter com outro método” (TFIS.3).*

*“O que eu percebo é que os alunos que trabalham com **metodologias ativas**, que aprendem na **metodologia ABP** eles têm um senso crítico melhor...” (TMED.4).*

*“Com esta **metodologia** começamos a discutir estas **competências comuns de comunicação, de tomada de decisão de resolução de problemas**,... eles vão ter que abordar o paciente, vai ter situações inesperadas que eles vão ter que tentar superar para que a atividade possa acontecer,... como interagir, que é uma questão comum entre os cursos de saúde” (TPSI.3).*

*“A minha experiência no primeiro período é que eles percebem a necessidade da **colaboração**... depois que eles vão conhecendo melhor o **método** eles participam, lá na frente eles percebem a importância de **trabalhar junto**... se houver a possibilidade de discussão de um caso com outros profissionais eles vão estar ali, atentos para intervir no caso, para dar a sua contribuição” (TNUT.1).*

Como evidenciam estes excertos, a metodologia ABP é transversal aos vários cursos. Os depoimentos mostram também que parece existir o reconhecimento de que

esta metodologia estimula o trabalho em grupo, as discussões e opiniões de todos favorecendo a partilha de conhecimentos e a colaboração entre os membros do grupo tutorial, conduzindo a uma facilitação para a aprendizagem interprofissional. Os depoimentos parecem ainda concorrer para a ideia de que a ABP potencia o desenvolvimento de uma cultura profissional assente num trabalho conjunto entre profissionais de diferentes áreas de saúde, contribuindo para a assunção de uma responsabilidade partilhada.

Na verdade, a interprofissionalidade tem sido considerada uma forma de envolver os profissionais em projetos e objetivos comuns, comprometendo-se mutuamente. Esta perspetiva está em linha com a visão de Reeves (2016), e as orientações presentes no relatório da Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde de 2010, que reforçam a necessidade de se estimular a prática da educação interprofissional destacando a sua importância para desenvolver as habilidades necessárias para ações colaborativas, consideradas essenciais para melhorar sistemas de saúde fragmentados. Entende-se, nesta linha de pensamento, a importância dos currículos de saúde promoverem a colaboração, autonomia e competências relacionais, bem como a aprendizagem conjunta entre estudantes dos vários cursos de saúde. Os relatos de alguns professores/tutores mostram, todavia, que embora se reconheça como importante a interprofissionalidade, parece haver ainda necessidade de maior investimento neste tipo de trabalho entre pares. Os discursos seguintes dão conta desses sentidos:

*“A **interprofissionalidade** no sentido deles interagirem com outras profissões, estarem sempre vendo que procuramos sempre abordar isto,... a importância de estar interagindo com outros profissionais, isto é desenvolvido ao longo dos módulos,... no laboratório de comunicação..., **eu acho que poderíamos explorar mais** pois, estamos todos os cursos de saúde juntos... **Isto pode ser explorado cada vez mais, isto é o futuro**, você ter esta intersectorialidade, a atividade multiprofissional é o futuro de todas as profissões, eu acredito que um complementa o outro” (TFAR. 3).*

*“Esta questão da **interprofissionalidade**, o curso de fisioterapia, aqui na instituição, se a gente for pensar no currículo prático ou teórico, a gente **não consegue trabalhar muito bem**, mas a vivência prática a gente trabalha muito bem... Acho que poderia se trabalhar aqui dentro, não apenas lá no IMIP, estas questões da **interprofissionalidade**, que na verdade eu entendo como sendo esta **interdisciplinaridade**” (TFIS. 5).*

*“A minha impressão é que no primeiro período é que eles percebem inicialmente a necessidade da **colaboração**... Eu percebo que eles sabem da importância, ... a **interprofissionalidade ela não é tão trabalhada**, porque ali estão todos os estudantes de nutrição, não temos outros, é o tutor nutricionista que está acompanhando eles. Nos laboratórios também não há a interação com outros profissionais, nem com outros estudantes. O que há é outros profissionais tutores do laboratório de comunicação, que é um profissional não nutricionista, no laboratório de anatomia também... Se houver uma oportunidade de uma discussão de caso com outros profissionais eles vão estar ali, atentos para intervir no caso, para dar a sua contribuição. Mas dentro do curso, ter estudantes de outro curso fazendo parte do mesmo grupo tutorial, realmente não acontece, salvo em projetos de extensão. (TNUT. 3).*

Constatando-se ser esta ainda uma área a merecer maior investimento profissional, tomam-se em consideração as orientações de Reeves (2016), de que para se instituir uma prática interprofissional é fundamental ter em conta os seguintes pontos: a) focalizar na liderança e na mudança organizacional, b) garantir que o corpo docente mantenha seu conhecimento de facilitação interprofissional, c) oferecer oportunidades contínuas de desenvolvimento docente, d) estimular uma atitude positiva em relação a este tipo de educação, e) fornecer apoio organizacional para que ganhos de conhecimento sejam traduzidos em sucesso nas mudanças de práticas interprofissionais, f) alcançar uma representação igual entre as profissões para garantir que nenhum grupo isolado possa dominar o processo de planejamento e distorcer a iniciativa de trabalho interprofissional,

g) focalizar problemas de comunicação com outros profissionais da saúde com quem trabalham e finalmente, h) apoiar mudanças na prática (Reeves, 2016, p. 189). À luz destes requisitos reconhece-se que o alcance da interprofissionalidade é um desafio. Todavia, os dados mostram que o recurso à metodologia ABP parece constituir um bom caminho para essa interprofissionalidade.

Com efeito, dos discursos dos professores/tutores sobre interprofissionalidade infere-se que embora existam já alguns processos orientados para uma cultura de formação interprofissional, parece ser ainda necessário maior investimento num trabalho conjunto entre professores/tutores e estudantes de modo a promover uma mudança de atitude face a comportamentos cristalizados e a co-responsabilizarem-se os vários atores nos processos de ensino-aprendizagem. Estas nossas inferências encontram eco nos depoimentos seguintes

*“Eu acho que a matriz do curso trabalha, estamos estudando para inserir mais esta visão da **interprofissionalidade**. Atualmente, de forma bem discreta, as integrações trazem esta proposta, mas ao mesmo tempo o estudante não tem na prática. Temos estudantes de cursos diferentes, mas eles não se integram entre si, cada um faz a sua parte, ... **acho que tem muito que melhorar**, não só na matriz do curso de nutrição, mas nos outros cursos de forma geral”* (TNUT. 2).

*“Temos algumas interfases com outros campos de saberes que não é da psicologia, mas eu sinto falta de termos isto (interprofissionalidade) de forma mais presente, até para eles transitarem no **trabalho em equipa**, não é com psicólogos, mas também com outros profissionais”* (TPSI. 4).

Estes relatos, ao mesmo tempo que revelam existir intencionalidades para se trabalhar numa perspetiva interprofissional, denunciam, igualmente, dificuldades de esta se concretizar na prática, parecendo evidenciar o predomínio de uma racionalidade técnica (Paro & Pinheiro, 2018), nos processos formativos em curso. Essa racionalidade tecnicista,

como sugere o depoimento seguinte, parece ser mais evidente em contexto de formação prática, sugerindo falta de articulação entre as componentes teórica e prática da formação (Kortaghen, 2010).

*“Dentro da estrutura do campo da FPS a gente tem uma boa preparação, inclusive existe um certo esforço nesta transdisciplinaridade aqui, sabe, acho que isto funciona melhor aqui. Quando a gente chega no IMIP fica diferente. Eu acho que a formação do aluno aqui em **metodologia ativa** com grupo tutorial, de certa forma facilita o **trabalho em equipa**. Mas quando chega na prática, dentro da instituição (hospitalar) eu acho que é quase como se isto totalmente se desfizesse, entendeu, a impressão que tenho é mais ou menos essa. Eles pegam os hábitos das pessoas que já estão na clínica há muito tempo, e a coisa se desfaz, sabe...”* (TMED. 2).

Parece, pois, poder-se concluir que os professores/tutores dos cursos de saúde da FPS reconhecem o diferencial dos currículos e da proposta metodológica, reconhecendo, simultaneamente, a dificuldade de se realizar um trabalho conjunto entre profissionais de diferentes cursos que permita concretizar propostas integradas dos currículos (Beane, 2003). Apesar disso, a análise permite inferir que, quer os princípios fundadores dos cursos de formação em saúde da FPS, quer a metodologia ABP, utilizada em todos os cursos, constituem pilares essenciais para se alcançar níveis superiores de interprofissionalidade.

O reconhecimento evidente da importância de desenvolvimento de competências globais e de partilha de saberes entre as várias áreas de saúde, bem como o recurso, em todos os cursos, à metodologia ABP, constituem elementos que permitem inferir que a formação de profissionais de saúde da FPS se orienta para um perfil profissional vocacionado para a interprofissionalidade.

5.3.2.3. Sugestões para melhoria dos cursos na promoção da interprofissionalidade

Reconhecendo-se, como se referiu na análise da categoria *Contributos da metodologia ABP para a interprofissionalidade*, que a FPS tem em curso dinâmicas orientadas para a interprofissionalidade quisemos, com esta dimensão, compreender quais os aspetos que os entrevistados consideravam poder ser melhorados.

A análise desta dimensão mostra, em linha com dados já antes apresentado, que os entrevistados atribuem grande importância à integração entre os cursos de saúde, reconhecendo que essa integração promove, também, o trabalho colaborativo entre os professores e estudantes. No seu entendimento, embora já existam algumas práticas de integração entre cursos, os depoimentos seguintes mostram que esta é uma componente que precisa de continuar a ser melhorada sob pena de se perderem as experiências já existentes:

*“Eu sinto falta da **integração** maiores **entre os cursos**, isto foi uma das coisas mais interessantes aqui, que diminuiu um pouco, principalmente na prática comunitária, isso realmente fortalece este processo de estar fazendo a **integração** em conjunto com todos os cursos...”* (TFAR. 3).

*“No início tinha a questão da **integração de todos os cursos**, aí depois foi separado, então talvez ... encontros mensais, discussão de caso, começaria trabalhando nas exposições, chamar para trabalhar a fisioterapia, chamar a psicologia para dar exposição, os projetos de extensão englobando mais profissionais...Talvez a clínica escola também possa ser local que a gente consiga trabalhar melhor com todas as profissões da faculdade...”* (TFIS. 2).

“Poderia ter mais links entre os cursos. Aulas, não sei, exposições que chamasse outros profissionais, ... Está todo mundo aqui tão pertinho. A gente podia se ver mais, não pelos corredores. Eu acho que poderíamos melhorar isso daí, inclusive na matriz dos cursos” (TFIS. 4).

Infere-se destes depoimentos que a interprofissionalidade requer uma contínua reflexão entre profissionais e estudantes dos diferentes cursos que promovam iniciativas conjuntas capazes de potenciar ruturas nos modos de entender e desenvolver os processos formativos.

Segundo Reeves (2016), estudos sobre interprofissionalidade indicam que estudantes do primeiro ano de um programa de graduação já possuem uma série de estereótipos estabelecidos e consistentes em relação a outros grupos profissionais de saúde, e têm fomentado o argumento de que Educação Interprofissional pode desempenhar o importante papel de diminuir os efeitos negativos da socialização profissional como, por exemplo, os estereótipos hostís. Romper com estes estereótipos e avançar para uma prática profissional mais partilhada é uma tarefa reconhecida como muito complexa e difícil, tal como sugerem os seguintes testemunhos:

“Hahaha, isto é difícil..., mas assim, uma coisa que eu acho era aumentar a participação entre profissionais, sabe, mais discussão entre profissionais, envolver por exemplo o pessoal da psicologia, da fisioterapia, da enfermagem, sabe, da oncologia, enfim de todas as outras profissões...” (TMED. 3).

“É um trabalho bem complexo de se fazer, teríamos que ter início e fim igual de grupos tutoriais, de alguns cursos específicos, ... este ajuste é mais complexo. Acho que temos muitos temas comuns que podem ser trabalhados conjuntamente, como o SUS, metodologia de pesquisa, como elaborar projeto científico, todos os cursos têm em comum” (TNUT. 5).

Apesar da complexidade do trabalho interprofissional e das dificuldades apontadas, as falas indicam uma disposição para se rever práticas e trabalhar novas formas de atuação conjunta:

“Concordo que sim, tem alguns temas que fazem parte de eixos comuns de todos os cursos da saúde e que pode acontecer esta integração entre os cursos, a prática é uma delas” (TNUT. 5).

“Eu acho que colocaria alguma coisa desde o início dos cursos, desde a chegada, até pensando em termos de humanização que fosse comum a todos os cursos. Isto facilitaria o olhar deles perante as práticas. Algo relacionado a humanização, de como um olha esse outro profissional, acho que isto mudaria muito com relação ao respeito no trabalho em equipa. Iria fazer muita diferença no final” (TPSI. 3).

Relacionando as formas de atuação que favoreçam o trabalho interprofissional e colaborativo, os professores/tutores apontam para aspectos que precisam ser melhorados, nomeadamente ao nível de atividades de extensão

*“Não é só você colocar as pecinhas, é você conseguir trazer o conhecimento, a esfera do conhecimento de cada um para contribuir, e de fato acho que é a tarefa hoje do NDE, pois as interrogações sobre como vão dar mais cara a interprofissionalidade nesta matriz nova que estamos construindo? Eu não sei... a gente imagina a resposta mais voltada para projetos de **extensão** (TFAR 1).*

*“...por exemplo a **extensão**, atividade que os estudantes realmente participassem desde o início, que tivessem contato com outros profissionais. Acho que isto realmente falta. Falta aqui e falta nos outros espaços (TPSI 3).*

Em síntese, **para melhoria dos cursos na promoção da interprofissionalidade**, os professores/tutores sugerem um maior aproveitamento, a partir da orientação curricular para todos os cursos de saúde da FPS, das atividades práticas desde o início como meio de implementar processos de ensino-aprendizagem mais articulados, reforçando a integração

entre os cursos, assim como o trabalho colaborativo e a possibilidade da extensão como via potencial para o trabalho interprofissional.

5.3.2.4. Efeitos da experiência docente da FPS na atuação profissional em saúde

Os discursos relativos a esta dimensão, evidenciam que um dos principais efeitos, reconhecidos pelos entrevistados, decorrentes da atuação docente na FPS reporta-se à importância de terem contactado com a metodologia ABP e às aprendizagens que realizaram neste domínio.

*“...no início quando fui convidada para trabalhar na instituição fiquei um pouco preocupada, porque é uma **metodologia** nova, eu não sabia nem que existia. Eu vim do interior, formada numa **metodologia** tradicional... No início tive medo, mas depois vi o quanto era interessante e como tinha troca de conhecimentos” (TENF. 4).*

*“Eu acho que **ABP** é um aprendizado para a vida, faz você ser um profissional bem diferenciado. Quando você consegue entender, percebe que o estudante consegue entender tudo que a faculdade oferece com a **metodologia ativa**, ele é bem diferenciado. E a gente também, nós não conseguimos mais voltar atrás. Você sempre está buscando se melhorar, procurando cada semestre se corrigir, se capacitar, sempre na busca do aprendizado, das mudanças e tentando trabalhar as outras **metodologias** também, mas o **ABP** ele é fantástico para se trabalhar estas competências” (TFAR. 1).*

*“É estimular o estudante a pensar e a gente a pensar junto. Então é **um desafio constante**, para todo mundo. Foi o que me assustou no início, pois temos que estar estudando sempre, para acompanhar, estar sempre atento ao caminho que eles estão trilhando para que não desviem dos objetivos, desta forma é*

muito estimulante para a gente também, pois terminamos também aprendendo muito **nesta troca de saberes**” (TFAR. 2).

“Isso aí abriu minha cabeça, ... **trabalhar junto**, ... tanto a minha experiência aqui, quanto a minha experiência anterior de trabalho. Trabalhávamos muito esta questão de outros profissionais juntos, então eu lancei esta proposta ... cada um ficava em sua sala, aí passava para físió, para terapia ocupacional, para o psicólogo. Então eu disse “minha gente, para que este bebê tirando a roupa mil vezes, bota e tira, bota e tira”. E aí começamos a fazer junto, teve um resultado incrível... Nunca fiz pesquisa sobre isso, mas tivemos resultado bem legal. E eu acho que o trabalho aqui ajudou muito” (TFIS. 3).

“Primeiro foi um aprendizado e um desafio, pois eu realmente não conhecia nada, era de uma escola tradicional, depois fui para uma escola fora do Brasil e quando me apresentaram eu disse “meu deus será que vai dar certo?” Mas realmente deu, é algo enriquecedor, de muita aprendizagem... Inicialmente foi muito temeroso, eu tinha muito medo por não saber como chegar, o que fazer... A gente precisa pontuar, calar, observar e também aconselhar ou sugerir... O conhecimento do **método** e a aplicação em minha vida foi muito enriquecedora, em todos os aspetos” (TMED. 3).

“Modificou, com certeza... Eu posso semear isso no meu trabalho, mesmo que eu veja que não é tão fácil, mas é possível” (TNUT. 1).

“...**respeitar o saber do outro** e cada um respeitando o seu espaço e havendo troca. Então não é só a multidisciplinaridade, mas o que você tem que posso aproveitar e o que eu tenho para te dar também. É uma troca... na oncologia é impossível você fazer sozinho, você **tem que ter integração com diversos**

profissionais. *Trabalhamos juntos com farmácia, nutri, com fisioterapia... Isso é rico.* (TPSI. 5).

Nestas falas dos professores/tutores fica evidente que o trabalho com a metodologia ativa (ABP), na condução do processo de ensino-aprendizagem, imprime efeitos na atuação do profissional. Estes efeitos estão relacionados com as formas de atuar e conduzir a prática, com desafios constantes na busca de respostas mais adequadas aos perfis dos estudantes, com o estímulo à troca de saberes e ao trabalho colaborativo, e a necessidade de se atualizarem permanentemente. Esta experiência, segundo as falas dos profissionais/tutores, está voltada também para a necessidade de um novo pensamento sobre a atuação do profissional de saúde, que tem consequências na melhoria da atenção e na relação com o paciente. A visão destes professores/tutores está em linha com o pensamento de Peduzzi et al. (2013) quando sustenta que

A educação **interprofissional** (EIP) é um meio de desafiar essa forma comum de formação, a melhor forma de encontrar respostas a nova configuração de contextos em que se abarque a complexidade das necessidades de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino. (p. 979)

Como parece evidente, e como já antes referido, a ABP parece potencializar o trabalho interprofissional. Todavia, reconhece-se que a interprofissionalidade requer processos de reflexão conjunta que apoiem escolhas coletivas ao nível dos objetivos, conteúdos a serem trabalhados, estratégias e ambientes de aprendizagem (Peduzzi et al., 2018).

5.3.2.5. Síntese interpretativa dos dados das entrevistas

A análise relativa às entrevistas com os professores/tutores dos cursos de saúde da FPS evidencia enfoques comuns que estão presentes nas categorias relativas à *missão*, ao *currículo* e o *perfil profissional*. Como mostram os testemunhos, os professores/tutores de forma recorrente têm uma consciência muito clara sobre a *missão* da FPS. Reconhecem,

portanto, que a missão passa, entre outros aspetos, por uma política institucional de partilha dos princípios norteadores da FPS e de estímulo ao cumprimento das bases em que se alicerça o trabalho da Faculdade: do ensino, da pesquisa, da extensão e do compromisso social. Constatou-se, ainda, em alguns destes depoimentos um elevado sentido ético e profissional, presente, por exemplo, na ideia “vestir a camisola” e que associam ao legado deixado pelos fundadores da instituição que deu origem à FPS, e ao desejo de o perpetuarem.

As ideias presentes nos discursos dos professores/tutores sobre o *conhecimento da missão e os currículos dos cursos* revelam o reconhecimento de que existe uma relação efetiva entre a *missão institucional* e o *desenho curricular* de todos os cursos de saúde. O ponto de convergência deste conhecimento passa pela metodologia de aprendizagem adotada para todos os cursos – a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

A análise permitiu constatar também que, de modo geral, os professores/tutores valorizam a *metodologia ativa* e o *modelo curricular* adotado pela FPS, reconhecendo que permitem privilegiar o conhecimento contextualizado e ao mesmo a problematização da formação (Pacheco, 2014).

Outro fator preponderante nas falas dos professores/tutores é o reconhecimento, dentro das ações do currículo para a formação do perfil profissional de saúde, da *ética e humanismo*, o *cuidado e respeito pelo outro*, e a *interdisciplinaridade* como saberes centrais desse currículo. Parece ser claro para os professores/tutores entrevistados que a construção do currículo para profissionais de saúde segue a orientação que aponta para um perfil profissional de cariz humanista, social e éticamente responsável (Fullan & Hargreaves, 2001).

Destaca-se, ainda o reconhecimento da importância central do desenvolvimento das competências gerais relacionadas ao perfil do profissional de saúde, com ênfase no *trabalho em equipa e colaboração*, a *comunicação*, *autonomia*, *independência*, *inovação*, *criatividade*, e *reflexão crítica*, elementos que são representativos da conceção do currículo na visão dos tutores. É importante, nestas falas perceber o modo como os professores/tutores ensinam, assim como compreender as circunstâncias e o contexto em que trabalham, evidenciam-se a importância de se compreender a relação entre o modo

como o ambiente educativo influencia as práticas docentes (Santos, 2007; Leite, & Magalhães, 2009; Oliveira, 2011; Carvalho, 2010).

Sobre a aprendizagem interprofissional os professores/tutores dos cursos de saúde da FPS reconhecem que, a partir do diferencial dos currículos de saúde da FPS e da sua proposta metodológica, a aprendizagem interprofissional ainda encontra dificuldade de se concretizar satisfatoriamente, necessitando de um trabalho conjunto entre profissionais de diferentes cursos para que se possam concretizar propostas integradas dos currículos. Apesar disso, a análise permite inferir que, quer os princípios fundadores dos cursos de formação em saúde da FPS, quer a metodologia ABP, utilizada em todos os cursos, bem como o contato com a prática desde o início dos cursos, constituem pilares essenciais para se alcançar os pressupostos da interprofissionalidade. Também o reconhecimento da importância de desenvolvimento de competências globais e de partilha de saberes entre as várias áreas de saúde, constitui evidências que permitem inferir que a formação de profissionais de saúde da FPS se orienta para um perfil profissional vocacionado para a interprofissionalidade (Barr, 2005; Costa, 2014; Reeves, 2016).

Quanto aos aspetos a melhorar, os professores/tutores sugerem um maior aproveitamento das atividades práticas desde o início, como meio de implementar a aprendizagem significativa, contextualizada e a integração do conhecimento, assim como maior investimento no trabalho colaborativo. Parece, assim, ficar também evidente que o recurso à metodologia ativa (ABP) na condução do processo de ensino-aprendizagem imprime efeitos na atuação do profissional e, conseqüentemente, na formação dos estudantes. Estes efeitos estão relacionados com as formas de actuar a partir da experiência prática, desafios constantes na busca de respostas para as questões emergentes em saúde, estímulo à troca de saberes entre áreas de atuação complementares e atualização pedagógica permanente.

A análise aponta, em síntese, para a ideia de que a ABP, enquanto ferramenta metodológico-pedagógica, pelas possibilidades de contextualização do currículo e de adoção de estratégias ativas de aprendizagem, motiva os estudantes a aprender de forma significativa e colaborativa, e a tornarem-se autónomos nas suas decisões. Estas ideias são corroboradas por vários autores que defendem que a contextualização do currículo, tendo

em conta as características das realidades onde vai ser desenvolvido, pelas oportunidades que oferece de potencializar o questionamento, promover a curiosidade e incentivar a procura autónoma de respostas, constitui uma possibilidade de alcançar níveis de aprendizagens mais significativos (Fernandes et al., 2012; Leite & Fernandes, 2011; Morgado, 2011; Zabalza Beraza, 2012; Morin, 2011; Santos, 2017).

5.4. Inquérito por questionário

Neste ponto apresentam-se, e discutem-se, os dados relativos ao inquérito aplicado aos estudantes dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia.

Numa lógica de complementaridade com os dados obtidos através das entrevistas, apresentados no ponto anterior, buscou-se através do inquérito por questionário recolher dados que melhor permitissem responder às seguintes questões de investigação: a) *Em que medida os currículos da FPS favorecem uma formação do profissional de saúde orientada para a interprofissionalidade?* b) *Que relações entre os planos curriculares dos cursos de saúde da FPS e competências orientadas para a interprofissionalidade?*

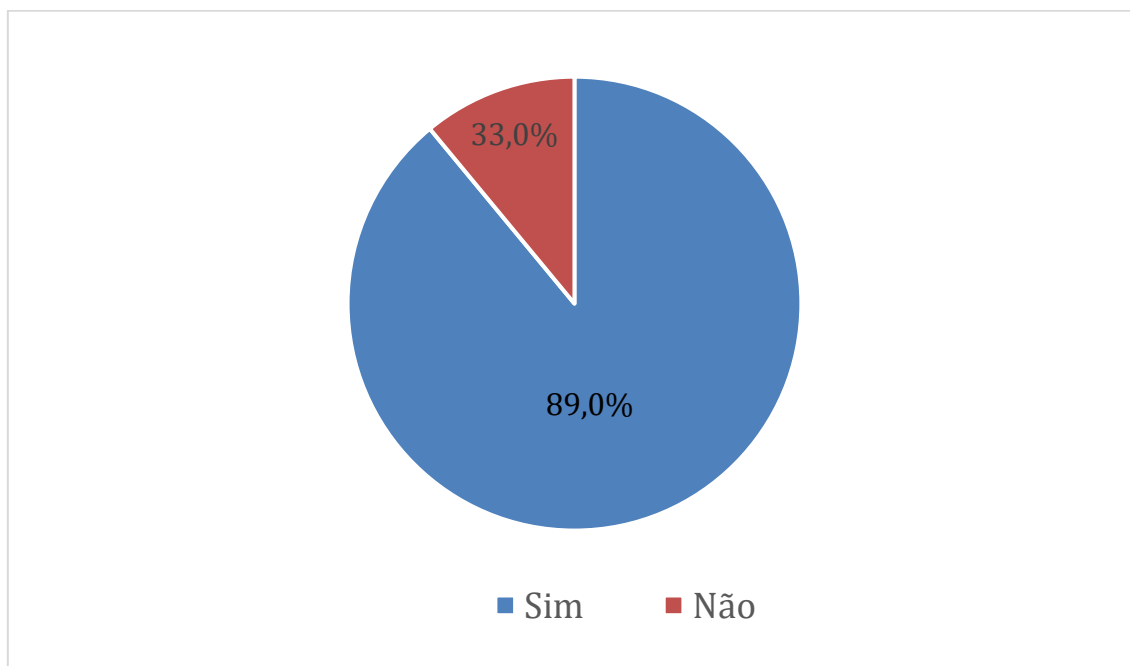
Como se justificou no ponto 5.2 deste capítulo V, (quadro nº 5) responderam ao inquérito estudantes que, em 2019/2020, estavam matriculados no segundo ano do curso, e que se encontravam a frequentar o curso a partir do terceiro período. Esta opção baseou-se na importância de se compreender o conhecimento dos estudantes sobre os currículos dos seus cursos, e o seu posicionamento face à interprofissionalidade, considerando-se que, para isso, importava terem frequentado no mínimo três períodos do seu curso.

Participaram no estudo, 337 estudantes de graduação dos cursos de: enfermagem (n=34); farmácia (n=19); fisioterapia (n=34); medicina (n=141); nutrição (n=55) e de psicologia (n=54). A maioria dos respondentes são do sexo feminino (n=265), sendo (n=72) do sexo masculino.

Com relação ao inquérito, foi adotado o **Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)** (ANEXO IV) validado no Brasil³⁸, sendo acrescentadas informações sobre o perfil sociodemográfico dos participantes³⁹: sexo, idade, curso e período que está cursando, e duas perguntas relacionadas com: 1) *Conheço a matriz de meu curso* e 2) *Identifico nas atividades curriculares o estímulo ao trabalho interprofissional com outros cursos de saúde, que* objetivaram alargar o conhecimento acerca das questões de investigação (ANEXO V).

Relativamente ao conhecimento sobre *a matriz do curso*, o gráfico 1 apresenta uma síntese geral dos dados.

Gráfico 1: Conhecimento da matriz do curso



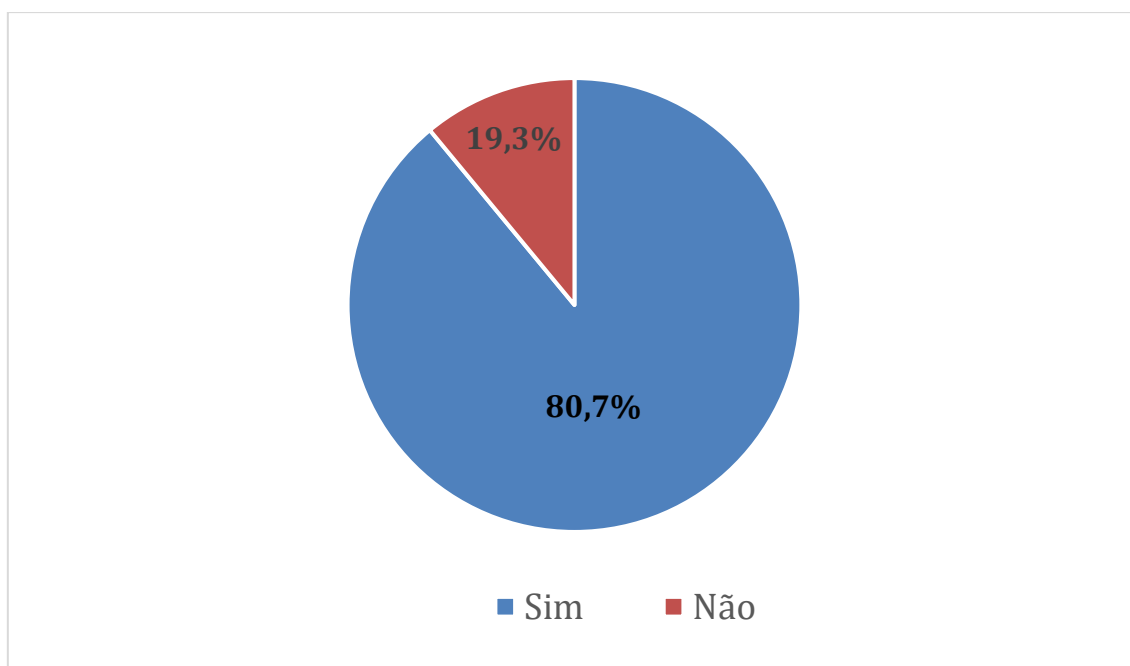
³⁸ A versão expandida de RIPLS com 27 itens foi adaptada e validada para a língua portuguesa falada no Brasil por Peduzzi et al. (2015). O artigo: **Adaptação Transcultural e Validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale** descreve a adaptação transcultural e foi publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015, 49 (Esp 2): 7 – 15 www.ee.usp.br/reeusp.

³⁹ Estes aspetos, relativos à caracterização dos participantes no estudo estão esclarecidos no ponto 5.2 do presente capítulo.

Observa-se que dos 337 estudantes que participaram no estudo, trezentos (n=300) responderam que conheciam a matriz do seu curso (89,0%) e apenas trinta e sete (n=37) indicaram que não conheciam, correspondendo a (33,7%) do total de respondentes.

Os dados relativos à identificação *nas atividades curriculares de estímulo ao trabalho interprofissional com outros cursos de saúde* foram sistematizados no gráfico 2.

Gráfico 2: Identificação nas atividades curriculares de estímulo ao trabalho interprofissional com outros cursos de saúde



Uma análise deste gráfico permite observar que duzentos e setenta e dois estudantes (n=272) responderam positivamente à pergunta, revelando identificar no currículo de seu curso atividades interprofissionais, e sessenta e cinco (n=65) indicaram não identificar no curso atividades de estímulo ao trabalho interprofissional, correspondendo, respectivamente, a 80,7% e 19,3%.

O facto dos participantes no estudo serem estudantes que se encontravam a frequentar o terceiro período do segundo ano do curso pode explicar esta tendência positiva dos dados uma vez que os estudantes nesta fase estarão já familiarizados com as estruturas institucionais, e com às atividades de ensino, conseguindo já estabelecer relação

entre o currículo e a interprofissionalidade. Todavia, existe ainda um número significativo de estudantes (n=65) que revela ausência de conhecimento dessas atividades.

No que respeita aos dados específicos do **RIPLS**, considerando que a temática central que estrutura o inquérito por questionário, se foca na **aprendizagem interprofissional**, os 27 itens foram reorganizados em duas grandes categorias: i) **trabalho em equipa e colaboração** e ii) **identidade profissional**. Seguindo orientação dos autores (Peduzzi et al., 2015), para melhor análise das respostas à escala RIPLS com 27 itens, esta deve ser dividida em quatro fatores/categorias: i) *trabalho em equipa e colaboração*, ii) *identidade profissional*, iii) *papéis e responsabilidades*, iv) *atenção a saúde centrada no paciente*. Optou-se, pelas razões referidas, por trabalhar os dois primeiros itens (**trabalho em equipa e colaboração**) que compreendem as questões 1-9 e 12-16 (14 itens) e (**identidade profissional**) com sete itens ou as questões 10, 11, 17, 19, 21, 22 e 24 (ver ANEXO IV). A primeira categoria: **trabalho em equipa e colaboração** está relacionada com atitudes positivas e disponibilidade para a aprendizagem compartilhada, trabalho em equipa, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais. A segunda categoria: **identidade profissional** comporta sete itens que remetem para atitudes negativas face à aprendizagem interprofissional, na visão dos estudantes. Entendeu-se que estes dois fatores/categorias respondem às questões da investigação, razão pela qual a análise se centra essencialmente neles/as.

Assim, relativamente à categoria i) **trabalho em equipa e colaboração**, nela foram considerados 16 itens. Na segunda categoria ii) **identidade profissional** foram incluídos sete itens. O quadro nº 11 sistematiza a estrutura categorial de análise dos dados que são apresentados a seguir.

Quadro 11: Categorias de análise das respostas ao inquérito Readiness for Interprofessional Learning Scale (2015) selecionadas para o estudo

<i>Categorias: Aprendizagem</i>		<i>interprofissional (RIPLS)</i>	
Itens	Trabalho em equipa e colaboração	Itens	Identidade profissional
Item 1	Aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipa de saúde	Item 10	Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde
Item 2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes	Item 11	Não é necessário que estudantes de graduação da área de saúde aprendam juntos
Item 3	Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área de saúde aumentará a minha capacidade de compreender problemas clínicos	Item 17	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos
Item 4	Aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde, durante a graduação, melhorará os relacionamentos após a graduação	Item 19	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área de saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu
Item 5	Habilidade de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área de saúde	Item 21	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)
Item 6	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais?	Item 22	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico)
Item 7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros	Item 24	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)
Item 8	Habilidades de trabalho em equipa são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área de saúde?		
Item 9	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações		
Item 12	Habilidade para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso		
Item 13	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais		

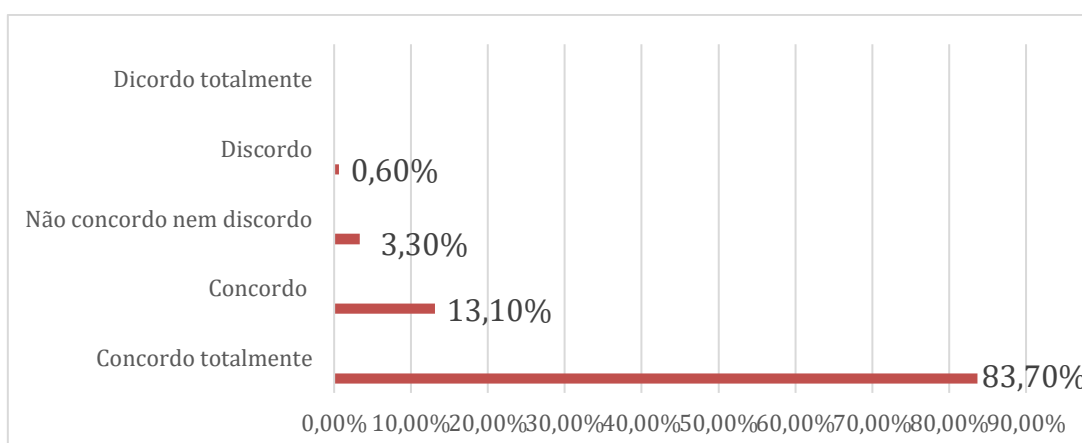
Item 14	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões		
Item 15	A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes		
Item 16	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipa		

5.4.1. Trabalho em equipa e colaboração

No que respeita a esta categoria foram, tal como se referiu, consideradas as questões de 1-9 e 12-16 (RIPLS) cuja leitura global desses dados é sistematizada nos gráficos: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16, que de seguida se apresentam.

Relativamente à pergunta “*Aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipa de saúde*” (item 1) as respostas foram sistematizadas no gráfico 3.

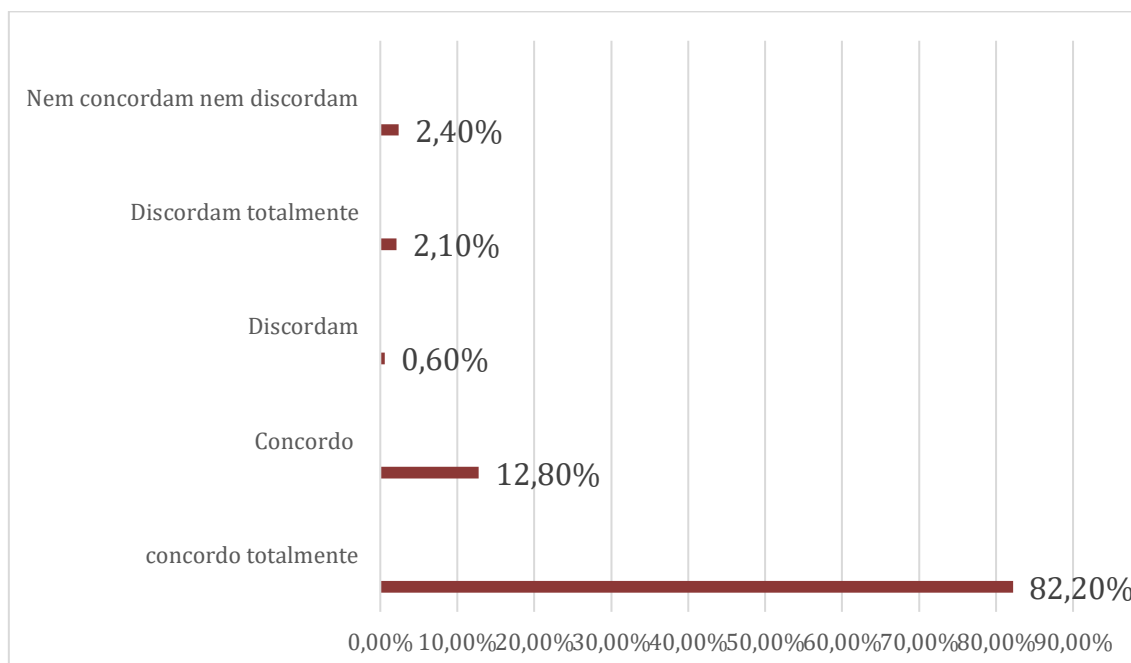
Gráfico 3: Aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipa de saúde



Da análise deste gráfico pode constatar-se que do total de participantes no estudo (N=337), duzentos e oitenta e dois (n=282) responderam que concordavam totalmente (83,7%) e quarenta e quatro (n=44) concordaram (13,1%), que a aprendizagem junto com outros estudantes de outros cursos de saúde o ajudará a se tornar um participante mais efetivo em uma equipa de saúde. Do total de respostas apenas dois estudantes (n=2) discordaram (0,6%) e sete (n=7) não concordam nem discordam (2,1%). A tendência concordante das respostas dos estudantes parece apontar para a ideia de que estes, na sua maioria, parecem reconhecer que o trabalho entre pares é essencial no desenvolvimento de sua formação.

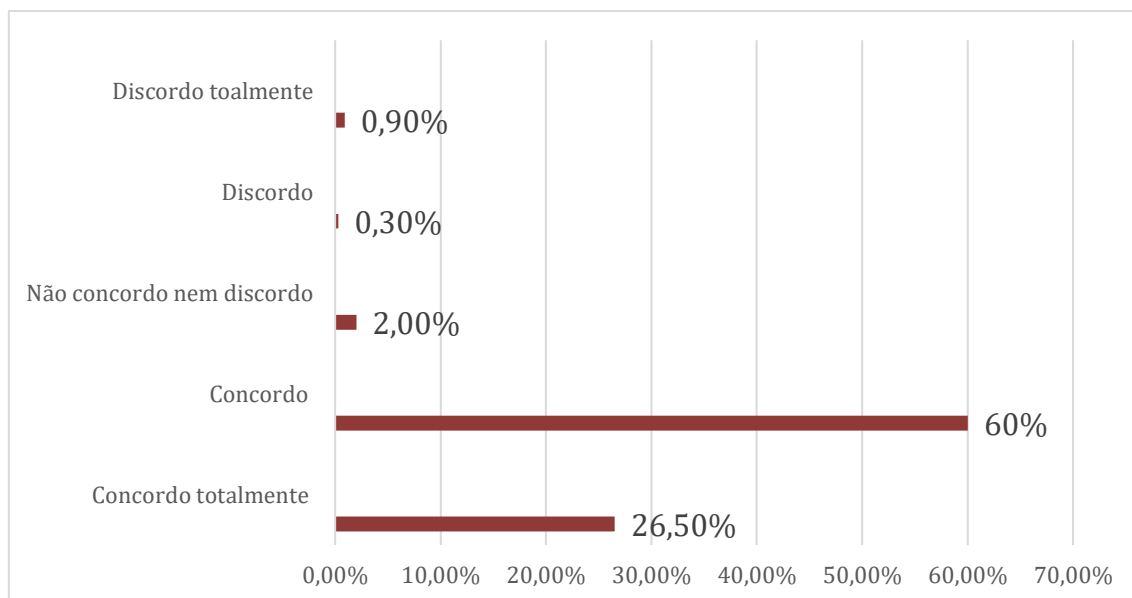
Com relação ao *benefício para o paciente desta colaboração* entre estudantes da área de saúde (item 2), observa-se que, duzentos e setenta e sete dos estudantes (n=277) concordaram totalmente (82,2%) com esta assertiva, e quarenta e três (n=43) apenas concordam (12,8%). Dois estudantes (n=02) responderam que discordavam (0,6%), e sete (n=7) discordam totalmente (2,1%), e ainda oito (n=8) dos estudantes nem concordam nem discordam (2,4%). O gráfico 4 apresenta estes dados.

Gráfico 4: Benefício para o paciente da colaboração entre estudantes da área de saúde



As respostas à questão “*aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área de saúde aumenta a capacidade de compreender problemas clínicos*” (item 3), seguem a tendência expressa no gráfico 5.

Gráfico 5: Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área de saúde e capacidade de compreender problemas clínicos



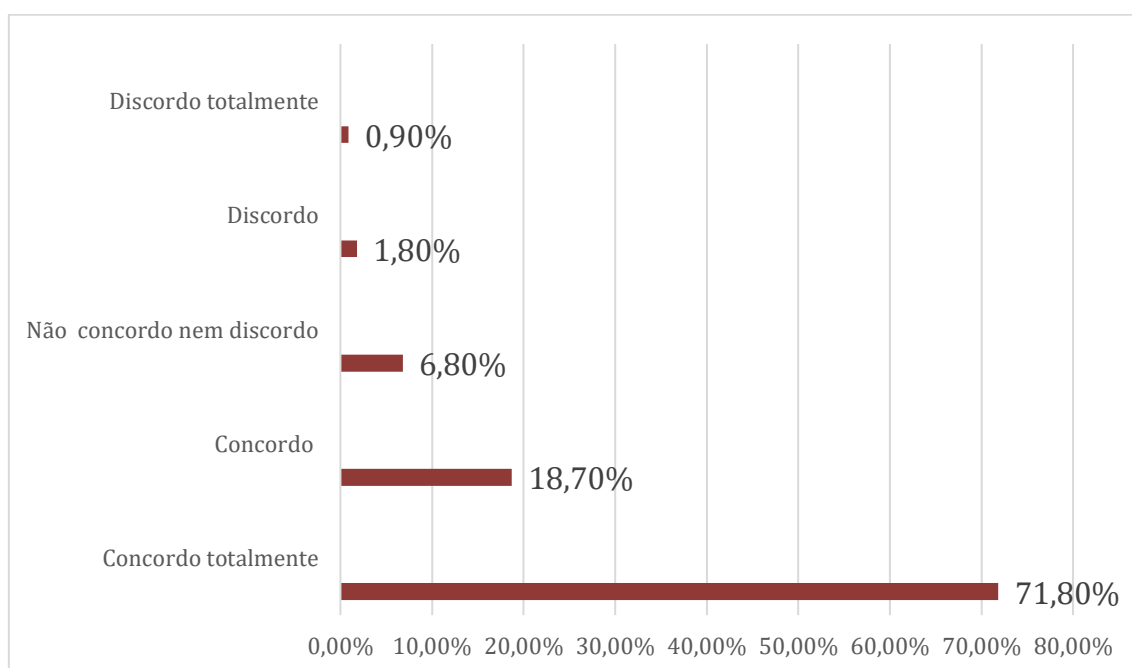
Verifica-se que sessenta estudantes (n=60) concordam (17,8%) e duzentos e sessenta e cinco (n=265) concordam totalmente (78,6%), três estudantes (n=3) discordam totalmente (0,9%) e apenas um estudante (n=1) discorda (0,3%), oito estudantes (n=8) não discordam nem concordam (2,4%). Parece ser claro que a quase totalidade dos estudantes considera muito importante que a aprendizagem entre pares amplia a sua capacidade de analisar e compreender às situações e problemas clínicos.

Estes dados são corroborados por Barr (1998), para quem a aprendizagem colaborativa e compartilhada entre estudantes de várias áreas de saúde possibilita desenvolver competências e melhor compreender o seu papel e as responsabilidades da sua profissão. Trabalhar em interação com outras áreas implica saber lidar com as especificidades dos diferentes campos de atuação profissional, investindo no trabalho em equipa quanto ao cuidado com o paciente. Esta experiência conjunta implica, como

sublinha McNair (2005), fazer junto no cotidiano do cuidado em saúde. Ao adotar uma postura de cooperação/colaboração em detrimento da competição e da concorrência, os profissionais se tornam aliados e desenvolvem entre si uma relação de respeito mútuo.

Nesta mesma linha situam-se também os dados relativos ao (item 4) “a aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde, durante a graduação, melhora os relacionamentos após a graduação” (gráfico 6).

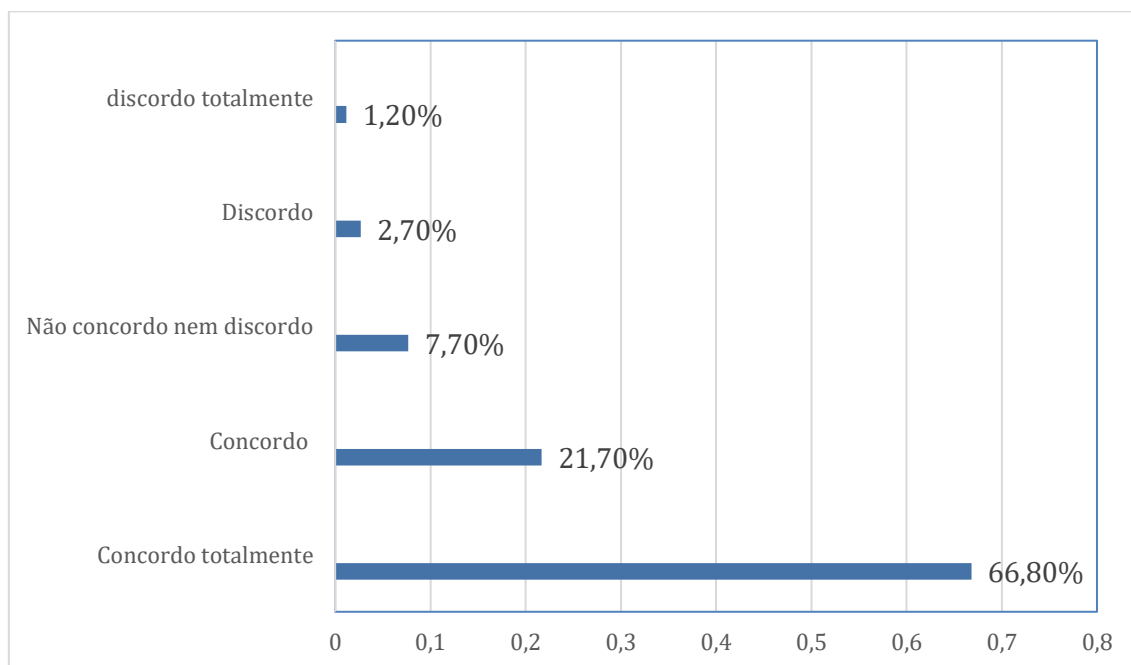
Gráfico 6: Aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde melhora as relações profissionais após a graduação



Analisando o gráfico constata-se que duzentos e quarenta e dois estudantes (n=242) responderam que concordavam totalmente (71,8%), e sessenta e três (n=63) concordam (18,7%). Três estudantes (n=3) discordam totalmente (0,9%), e seis (n=6) discordam (1,8%). Não concordam nem discordam vinte e três estudantes (n=23), equivalente a 6,8%. O alto nível de concordância das respostas valida, e reforça, a tendência de resultados anteriores quanto à valorização pelos estudantes, de experiências de trabalho colaborativo e aos efeitos, que reconhecem ter no seu futuro profissional, tendência de dados anteriores.

Os resultados relativos ao (item 5) se as “*habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área de saúde*”, mostram que duzentos e vinte cinco estudantes (n=225) responderam que concordam totalmente (66,8%), e setenta e três estudantes (n=73) concordam (21,7%). Discordam desta premissa nove (n=9) estudantes (2,7%), e discordam totalmente quatro estudantes (n=4), ou (1,2%). Não concordam nem discordam vinte e seis estudantes (n=26), (7,7%). O gráfico 7 sistematiza estes dados.

Gráfico 7: Habilidade de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde



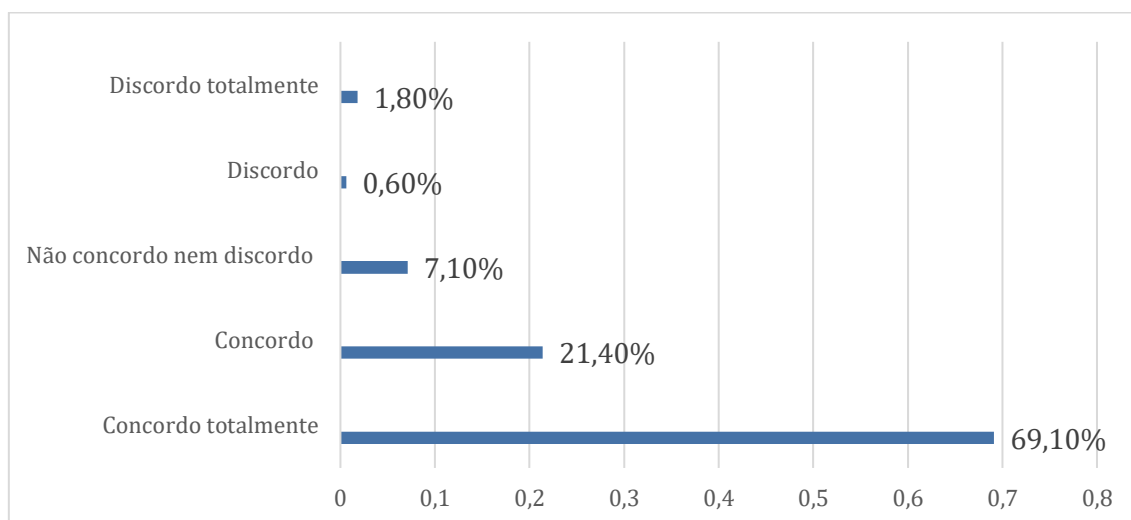
Estes dados evidenciam um claro posicionamento dos estudantes quanto à importância de a formação de profissionais da saúde potencializar a aprendizagem e desenvolvimento de competências de comunicação. Segundo Peduzzi & Agreli (2018)

Um dos atributos mais relevantes do trabalho em equipa e prática colaborativa interprofissional é a comunicação efetiva. Estudantes e profissionais da saúde aprendem a desenvolver habilidades de comunicação com os usuários, o que é determinante para a qualidade do cuidado. No entanto, pouco aprendem sobre a comunicação com os diferentes profissionais do campo da saúde, têm escassas de experiências de trocas com estudantes de outras áreas, não

desenvolvendo habilidades para discutir as situações trazidas pelos usuários ou reconhecidas pelos estudantes, questionar, discordar e apresentar alternativas. A comunicação efetiva vai permitir que as diversas áreas profissionais envolvidas na atenção à saúde potencializem todo o conhecimento e recursos que trazem para responder às necessidades de saúde colocadas pelos usuários, famílias e comunidade. Aprender junto, de forma compartilhada, colaborativa e interativa com o explícito propósito de melhorar as práticas de cuidado é o que caracteriza o que chamamos de EIP (p. 44).

Sobre se a “*aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais?*” (item 6), o gráfico 8 apresenta a síntese dos resultados.

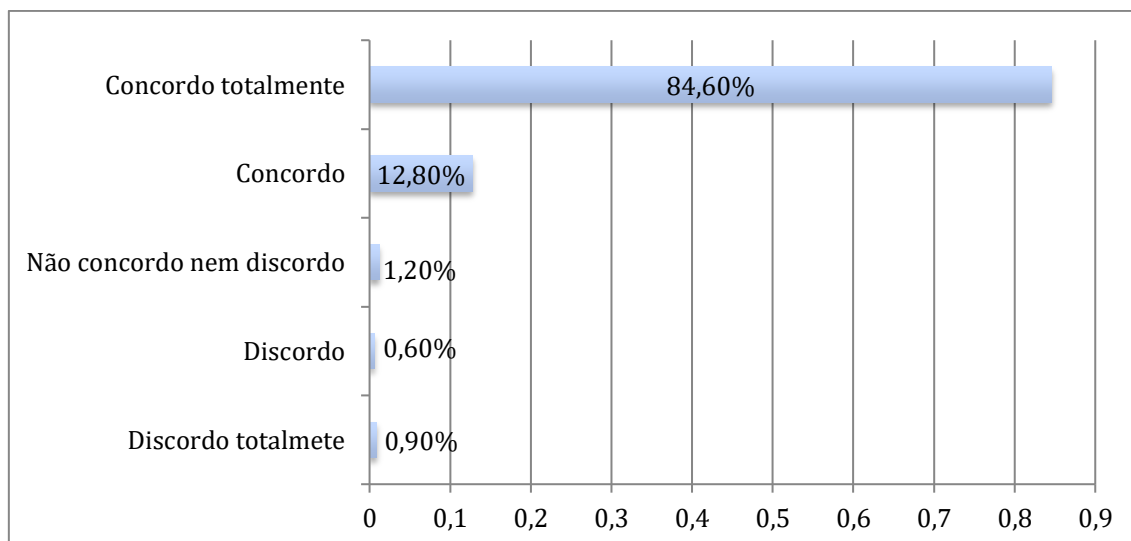
Gráfico 8: Aprendizagem compartilhada ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais?



Observa-se que duzentos e trinta e três estudantes (n=233) concordam totalmente (69,1%), setenta e dois (n=72) concordam (21,4%), seis estudantes (n=6) discordam totalmente (1,8%), dois (n=2) discordam (0,6%) e vinte e quatro (n=24) não concordam nem discordam (7,1%). Estes dados corroboram as perspectivas que têm sublinhado a importância da aprendizagem compartilhada e os efeitos positivos que pode ter na construção de culturas profissionais colaborativas (Hargreaves, 1998; Lima, 2002; Antunes, 2005; Furtado, 2007).

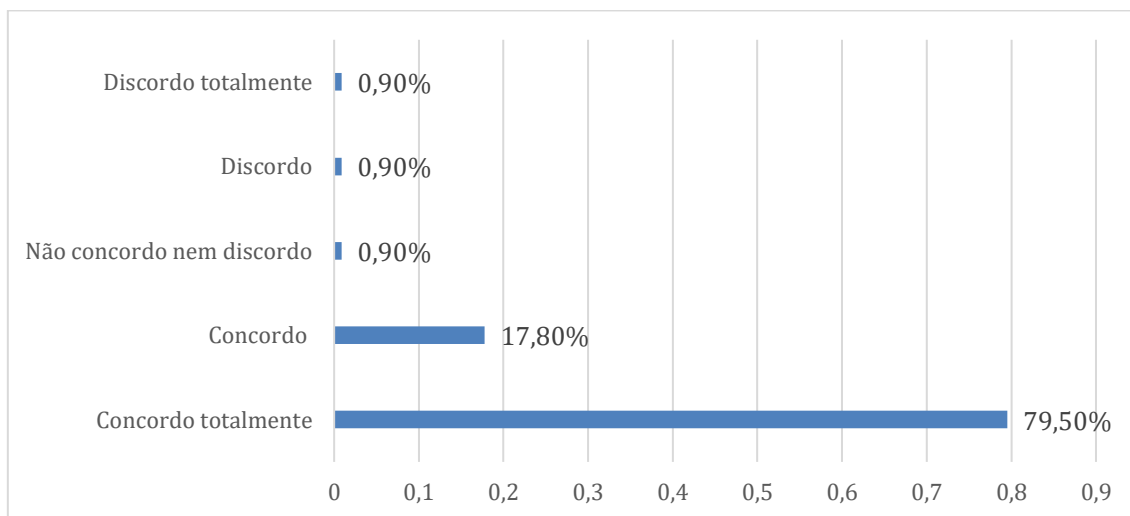
Em linha com esta tendência estão também os resultados relativos ao item 7 “Habilidade de trabalho em equipa são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área de saúde?”, expressos no gráfico 9.

Gráfico 9: Habilidade de trabalho em equipa são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área de saúde



Com efeito, constata-se uma quase total concordância dos estudantes quanto ao facto de a formação em saúde potenciar o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa. Duzentos e oitenta e cinco estudantes ($n=285$) concordam totalmente (84,6%), e quarenta e três ($n=43$) concordam (12,8%). Apenas três estudantes ($n=03$) discordam totalmente (0,9%) e dois ($n=02$) discordam (0,6%). Não concordam nem discordam quatro ($n=4$) estudantes (1,2%).

Também as respostas ao (item 8) “Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros”, evidenciam um elevado nível de concordância. O gráfico 10 expõe os resultados obtidos.

Gráfico 10: Para aprendizagem em pequenos grupos funcione os estudantes precisam confiar e respeitar e uns aos outros

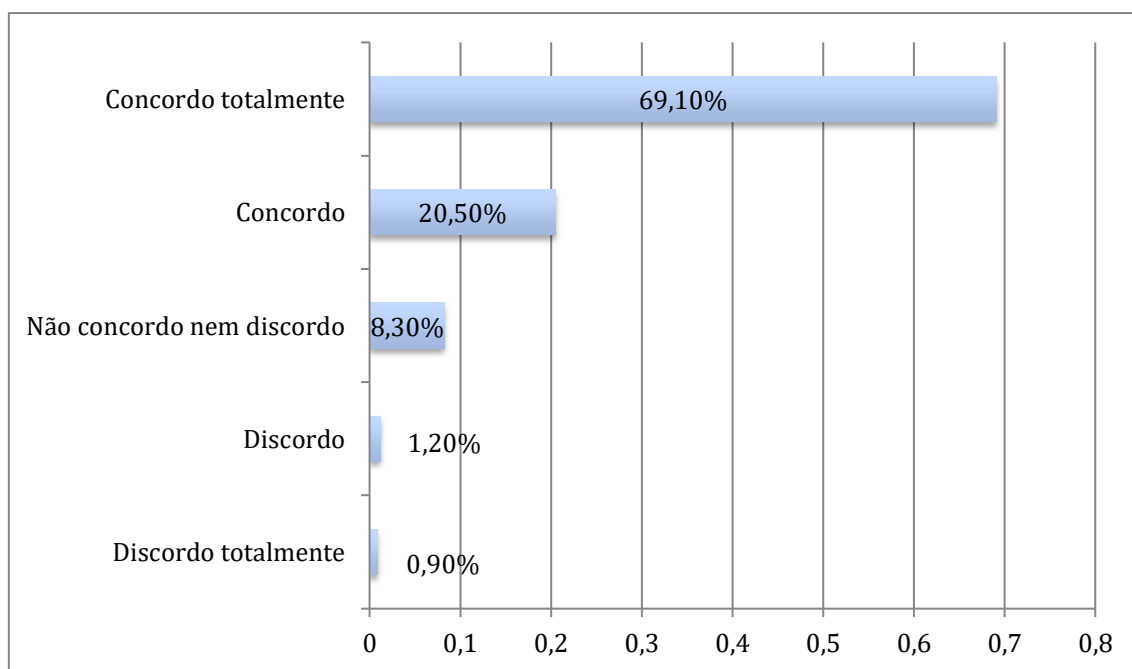
Verifica-se que duzentos e sessenta e oito estudantes ($n=268$), (79,5%), concordam totalmente e sessenta ($n= 60$) concordam (17,8%), três estudantes ($n=03$) discordam totalmente (0,9%) e três ($n=03$) discordam (0,9%). Interessante observar que, se por um lado, os estudantes que participaram no estudo reconhecem que a aprendizagem compartilhada melhora as relações profissionais após a graduação (gráfico 6) e ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais (gráfico 8), por outro lado, os resultados expressos no gráfico 10 mostram que, para que tal aconteça, é preciso confiar (em) e respeitar cada um. Segundo Furtado (2007) “não devemos nos esquecer de que co-laboração interprofissional é, essencialmente, co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipa – o que não é algo simples”. Corroborando esta ideia Ceccim afirma que

Sempre que colocamos o prefixo “inter” antes de qualquer palavra estamos tentando trabalhar com a supressão ou desmanchamento das fragmentações, sabendo, assim, como aquilo que há por conhecer foi fragmentado. Se trabalharmos com o desmanchamento das fragmentações, passamos a saber mais e ainda mais profundamente aquilo que escolhemos saber, uma vez que não mais de modo fragmentado, mas destacado num território de inscrições, sem descarte, em trânsito, em permeabilidade, em porosidade. A postura de conhecimento e trabalho não fragmentados, exige o permanente compartilhamento, em amizade, em afinidade, em simpatia. É nessa hora que o “inter” vai tomando um grande rigor, tomando um desdobramento do fazer em saúde, tendo certeza de “como é” nosso fazer em cada profissão somente

quando estivermos em um território de práticas e com um certo grupo de usuários. Relevante dizer que talvez não precisássemos fazer certas coisas que a gente aprendeu como importantes e que talvez devamos fazer muitas coisas que a gente nunca aprendeu. É desse jeito que o trabalho se coloca diante de nós, porque a configuração das condições singulares ou sociais de saúde não se orienta por profissões ou fragmentos disciplinares, ela simplesmente se desenha em uma vida (Biato et al., 2017, p. 54).

Sobre o (item 9) *“aprendizagem compartilhada ajudará a compreender minhas próprias limitações”* duzentas e trinta e três estudantes (n=233) responderam que concordam totalmente (69,1%) e sessenta e nove (n=69) concordam (20,5%). Vinte oito estudantes (n=28) não concordam nem discordam (8,3%) e quatro estudantes (n=4) discordam (1,2%) e três discordaram totalmente (n=3) (0,9%). O gráfico 11 apresenta estes dados.

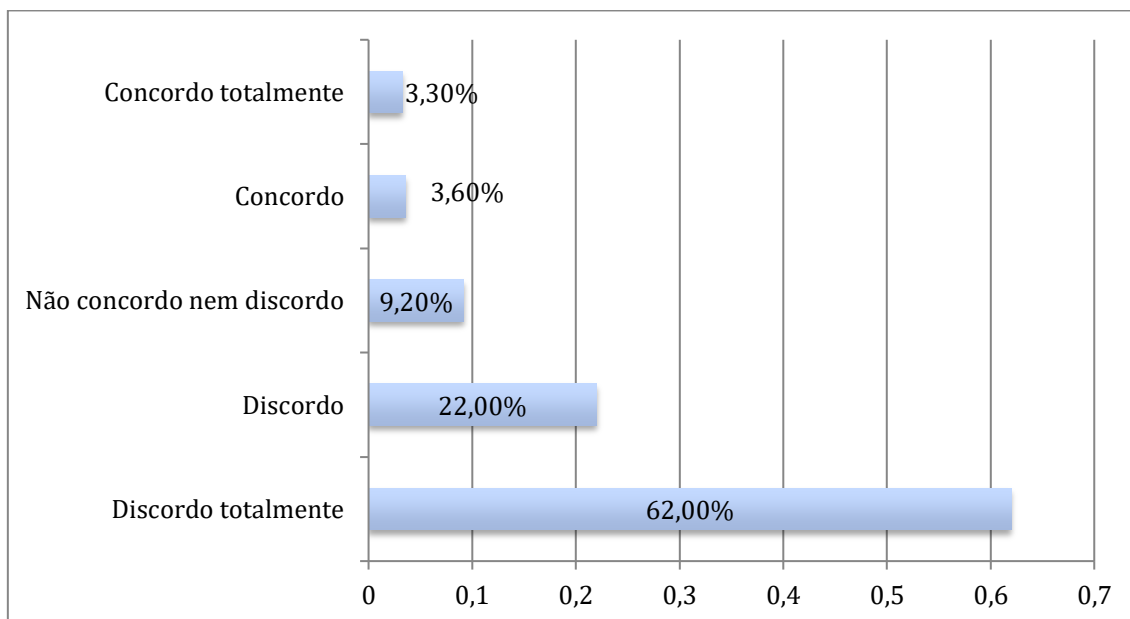
Gráfico 11: Aprendizagem compartilhada ajuda a compreender as próprias limitações



Como evidenciam os resultados, também neste item, o nível de concordância dos estudantes que, consideram que a aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área de saúde propicia um maior conhecimento sobre a sua própria atuação é muito

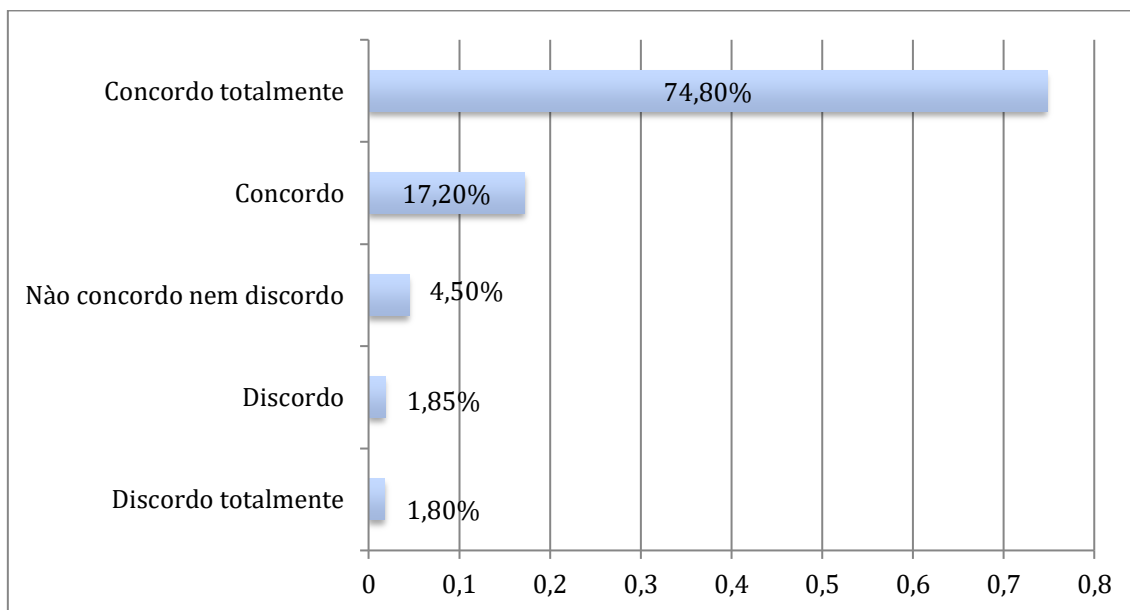
elevado. Este posicionamento dos estudantes parece, em linha com outros resultados antes apresentados, revelar um reconhecimento sobre a importância de trabalharem de forma mais colaborativa, numa lógica de interprofissionalidade. Estes resultados são corroborados por Barr (1998), que afirma que a educação interprofissional se apoia numa metodologia educacional que privilegia a interdisciplinaridade, o trabalho em equipa e o comprometimento com a integralidade das ações. Trabalhar nesta linha, pressupõe, como também já foi evidenciado anteriormente, considerar, e respeitar, as peculiaridades de cada profissão, em linha com a perspetiva de Costa (2014, p. 24), ao sustentar que a formação interprofissional se apresenta “como uma forma de incentivar novas relações entre os profissionais de saúde, por meio da colaboração”. Segundo a Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde (2010), esta colaboração deve ser alargada ao “desenvolvimento do trabalho articulado entre as profissões, pacientes, suas famílias e comunidade, proporcionando alta qualidade de atendimento” (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 7).

No gráfico 12 sistematizam-se os dados relacionados com o (item 12) *“habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes de meu próprio curso”*.

Gráfico 12: Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes de meu próprio curso

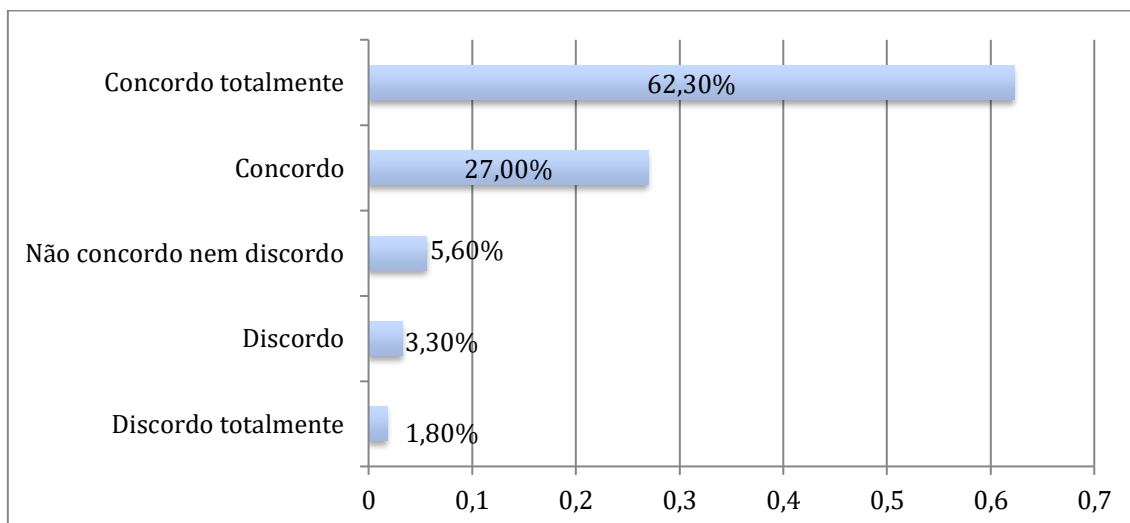
Uma leitura deste gráfico mostra que, duzentos e nove estudantes (n=209) discordaram totalmente (62,0%), e setenta e quatro (n=74) discordam (22,0%). Trinta e um estudantes (n=31) não concordam nem discordam (9,2%), e os que concordam são doze estudantes (n=12), ou (3,6%), e concordam totalmente onze estudantes (n=11), (3,3%). Interessante observar que, a tendência dos resultados deste item indicam que os respondentes, na sua maioria, parecem não considerar *necessário que estudantes de graduação da área de saúde aprendam juntos*, o que parece contrariar dados já antes apresentados (nomeadamente, os dados sistematizados nos gráficos 6 e 8), relacionados com a aprendizagem compartilhada de estudantes de diferentes cursos.

Quando questionado se a “*aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões de saúde ajudará a comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais*” (item 13) duzentos e cinquenta e dois estudantes (n=252) concordam totalmente (74,8%) e cinquenta e oito (n=58) concordam (17,2%). Os que discordam e discordam totalmente foram seis estudantes (n=06), (1,8%), e não concordaram nem discordaram quinze estudantes (n=15) ou (4,5%). O gráfico 13 sintetiza esta informação.

Gráfico 13: Aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões de saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais

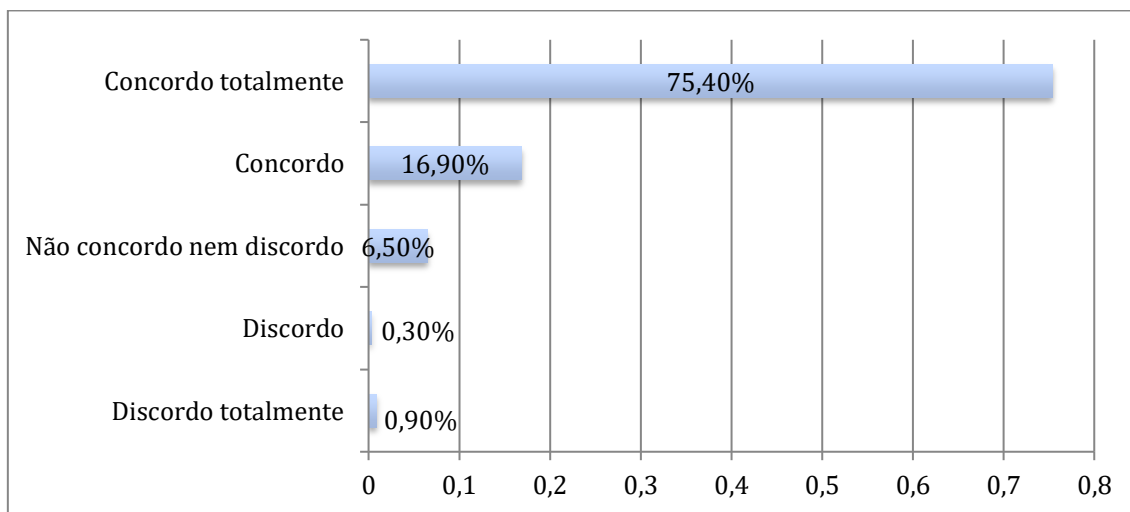
O alto nível de concordância das respostas coloca de novo a ênfase na aprendizagem compartilhada de estudantes de diferentes áreas da saúde, evidenciando o reconhecimento de que essa partilha converge para uma melhor comunicação com os pacientes. Estes achados são corroborados pelos trabalhos de Agreli et al. (2016), sobre a atenção centrada no paciente e a relação com a prática interprofissional colaborativa, quando sustentam que “à medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além da sua própria atuação profissional”. (Agreli et al., 2016).

Relativamente ao item “*gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos em pequenos grupos com estudantes de outras profissões de saúde*” (item 14), os resultados são apresentados no gráfico 14.

Gráfico 14: Oportunidade de trabalhar em projetos em pequenos grupos com estudantes de outras profissões de saúde

Analisando o gráfico 14 verifica-se que duzentos e dez estudantes ($n=210$) concordam totalmente (62,3%), e noventa e um ($n=91$) concordam (27,0%). Discordam desta ideia onze estudantes ($n=11$), e discordam totalmente seis estudantes ($n=06$) num total de (3,3%) e (1,8%) respectivamente. Não discordam nem concordam dezenove estudantes ($n=19$), equivalente a (5,6%).

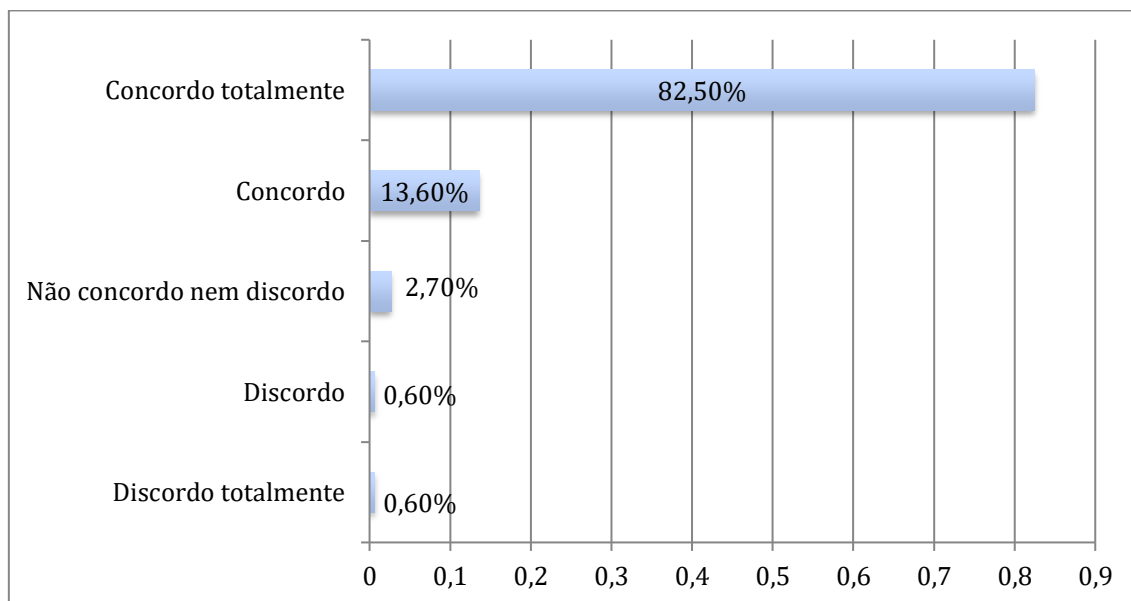
Ao serem questionados sobre se a “*aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes*” (item 15). Os resultados são sistematizados no gráfico 15.

Gráfico 15: Aprendizagem compartilhada ajuda a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes

Dos respondentes, duzentos e cinquenta e quatro estudantes ($n=254$), concordam totalmente e cinquenta e sete ($n=57$) concordam com a assertiva, num percentual equivalente a (75,4%) e (16,9%), respectivamente. Discordam totalmente desta asserção três estudantes ($n=03$), e um estudante discorda ($n=01$), correspondendo, respetivamente a (0,9%) e (0,3%). Vinte e dois estudantes ($n=22$) não concordam nem discordam (6,5%).

Estes dados apontam para a alta concordância entre os estudantes de que a aprendizagem compartilhada entre os profissionais das várias áreas de saúde pode ajudar esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes, podendo-se inferir que as dificuldades e situações inesperadas vivenciadas pelos usuários do serviço de saúde ressoam no trabalho em equipa, desta forma uma única categoria profissional não consegue abarcar todos os fatores intrínsecos ao processo de saúde-doença (Fossi & Guareschi, 2004). A busca do atendimento interprofissional pode possibilitar a detecção de necessidades e cuidados mais assertivos para os pacientes, de maneira mais completa e ampliada aos usuários (Pinheiro & Matos, 2009).

Ao serem questionados se “a aprendizagem compartilhada durante a graduação ajudará a torna-me um profissional melhor em equipa” (item 16) as respostas foram de elevado nível de concordância, tal como evidencia o gráfico 16

Gráfico 16: A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipa

Os resultados evidenciam que duzentos e setenta e oito estudantes (n=278) concordam totalmente, e quarenta e seis estudantes (n= 46) concordam com o enunciado, correspondendo, respetivamente a (82,5%) e (13,6%). Dois estudantes discordaram e discordam totalmente (n= 02), (0,6%) e nove estudantes (n=09) não discordaram nem concordaram (2,7%).

A alta concordância entre as respostas relativas ao item *"aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipa"* corrobora a ideia de que estamos frente a um desafio para as instituições de ensino superior de proporcionar, desde a graduação, espaços de aprendizagem colaborativos, em equipa, desenvolvidos entre profissionais de várias áreas de saúde, minimizando a tendência de formação de profissionais numa perspetiva uniprofissional. Os resultados apontam para a necessidade de se estabelecerem pontes entre as áreas de atuação visando uma intervenção articulada que conflua para o bem-estar do paciente (Machado, 2003; D'Amour, 1997).

Uma leitura síntese desta categoria mostra que, globalmente, as respostas tendem a ser muito positivas sobre os benefícios do **trabalho em equipa** (perguntas 12-16), com nível de concordância entre (60%) e (80%). A maioria dos estudantes concordou ou

concordou fortemente que habilidades para solução de problemas, compartilhada com profissões de outras áreas, com estímulo a trabalhos em projetos e em pequenos grupos com outros profissionais, ajudariam a torná-los um profissional melhor para o trabalho em equipa, com perfil mais efetivo em uma equipa de saúde.

Destaca-se nos resultados referentes à categoria **“estímulo para trabalho em equipa”**, o reconhecimento quanto à relevância de *“habilidade de trabalho em equipa”* considerando-as *“essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área de saúde”* (questão 8) com (84,6%) de respostas concordantes, e quanto à importância da *“aprendizagem compartilhada durante a graduação”* entendendo que *“ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipa*, com mais de oitenta por cento (82,5%) de respostas concordantes (questão 16). Os altos níveis de concordância parecem indicar, por parte dos estudantes inquiridos, a valorização de uma formação orientada para a interprofissionalidade (Peduzzi et al., 2013). Na perspectiva desta autora, a educação interprofissional é um meio de desafiar a forma comum e vigente de formação, e a melhor forma de encontrar respostas para uma nova configuração da abordagem dos profissionais de saúde. Sustenta a autora que a interprofissionalidade constitui um meio de responder à *“complexidade das necessidades de cuidado, à fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como ao imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino”* (Peduzzi et al., 2013, p. 979).

Na mesma linha, também Biato et al. (2017), considera que as bases da educação interprofissional envolvem os princípios e valores da pedagogia em educação de adultos e os métodos de aprendizagem interativos (metodologias ativas). Defende, por isso, que a mudança curricular de graduação é importante. O autor afirma que

A noção de prática interprofissional emerge junto com as noções de *“educação interdisciplinar”* e de *“equipas de saúde interdisciplinares”*... O conceito de *“trabalho em equipa na saúde”* ou de *“equipas interdisciplinares de profissionais de saúde”* resultava em um meio de fornecer assistência integral e contínua à população. Como experiência bem-sucedida, a noção de prática interprofissional deveria acarretar implicações significativas para a educação e formação de futuros profissionais de saúde. (Biato et al., 2017, p. 20).

Corroborando assim a ideia de que deveria haver um esforço tanto do governo quanto

das fundações filantrópicas para se efetuarem mudanças nos modelos disciplinares tradicionais que potenciem a adoção de abordagens curriculares promotoras da interprofissionalidade. A **educação interprofissional** vem sendo discutida nos últimos trinta anos, especialmente nos Estados Unidos e Europa, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipa (Frenk et al., 2010).

Reportando-se ao contexto brasileiro, Pereira (2018b) considera que as diretrizes que orientam a educação e a formação em saúde apontam para a importância da discussão sobre a necessidade de se ampliar o ensino universitário para além da profissionalização específica (uniprofissional), admitindo-se o assentimento da ampliação na proposta de ensino compartilhada entre os cursos de saúde, com consequentes mudanças de atitude de professores e estudantes, assim como a integração curricular e a interdisciplinaridade como diretrizes da proposta desta formação. Dito de outra forma, reconhece o autor que a aprendizagem compartilhada entre os estudantes da área de saúde deve ser viabilizada durante a graduação.

O nível de concordância entre as respostas dos estudantes é também alto relativamente à questão sobre *aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área de saúde no favorecimento da capacidade de compreender problemas clínicos* (item 3). As respostas dos estudantes revelam expressiva concordância de que aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde, durante a graduação, e o trabalho em equipa, melhoraria os relacionamentos após a graduação.

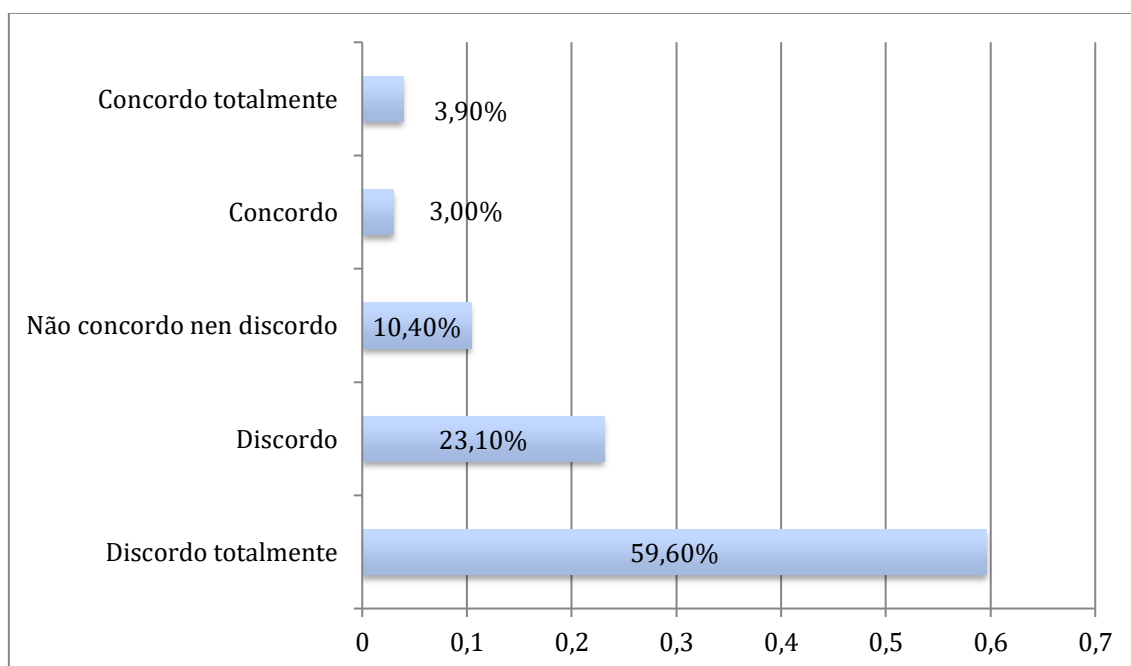
Evidencia-se desta forma o reconhecimento, por parte da maioria dos estudantes, dos benefícios do trabalho interprofissional para os pacientes, assim como a aprendizagem compartilhada na graduação facilita os modos de trabalho colaborativo. Desta forma parece poder inferir-se que os estudantes compreendem que é essencial para o processo de integração dos membros da equipa que haja esta colaboração durante a graduação, dado que é por meio desta que será possível traçar as estratégias de diálogo e de possibilidades de interação para uma formação alinhada com a educação interprofissional em saúde.

5.4.2. Identidade profissional

Relativamente segunda categoria (ver quadro nº 10) **identidade profissional**, esta foi analisada considerando os itens 10, 11, 17, 18, 19, 21 e 24 do questionário RIPLS.

O gráfico 17 apresenta os dados referentes à questão relativa ao não desperdício do tempo com estudantes de outras profissões de saúde

Gráfico 17: Não desperdício do tempo com estudantes de outras profissões de saúde



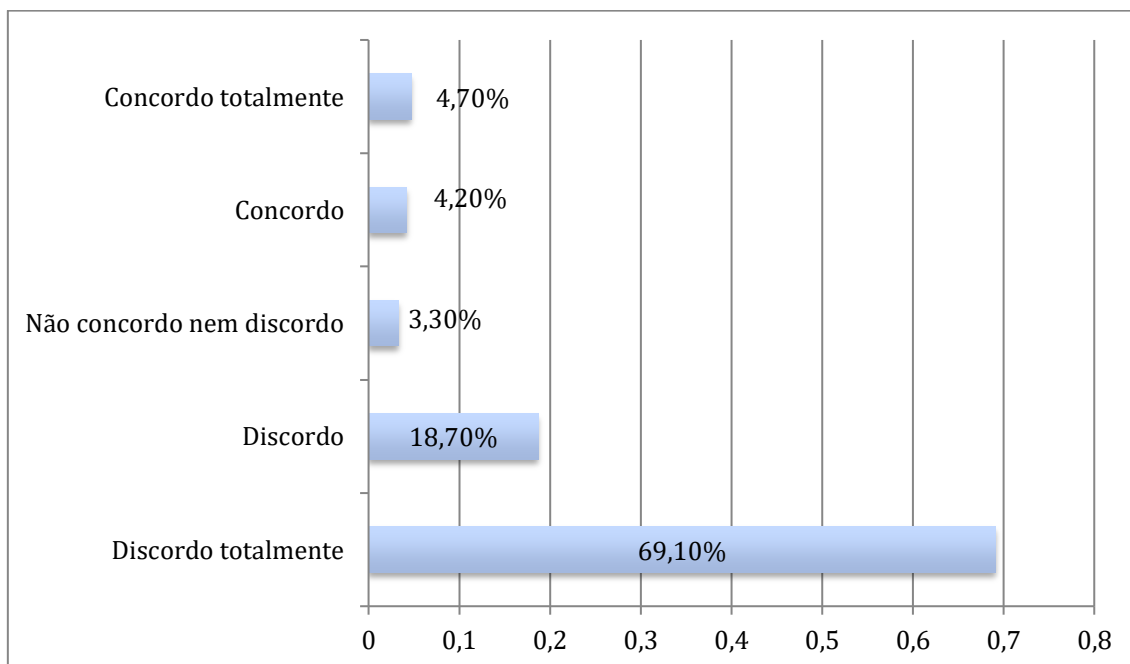
Sobre o (item 10) “*Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões de saúde*”, treze estudantes (n=13) concordam totalmente com esta assertiva e duzentos e um estudantes (n=201) discordam totalmente, no total de (3,9%) e (59,6%) respectivamente. Setenta e oito estudantes (n=78) discordam desta assertiva (23,1%). Trinta e cinco estudantes (n=35) não concorda nem discordam com este enunciado (10,4%). O gráfico 17 explicita estes dados.

O facto de a maioria dos estudantes manifestar discordância relativamente a este item, na tentativa de interpretação, permite inferir que a dinâmica de construção de

aprendizagem colaborativa entre várias áreas de saúde na graduação parece ter um papel central na sua formação, tanto em relação à valorização e promoção do trabalho em equipa, quanto na mediação de conflitos que podem emergir dentro do grupo. Este posicionamento é corroborado por estudos que reconhecem a importância de os estudantes terem clareza de como cada profissional pode contribuir para a construção de um trabalho em equipa e colaborativo (Moretti-Pires, 2009), considerando-se ser este um factor essencial para que os participantes da equipa acreditem e viabilizem essa modalidade de atuação.

Entretanto, para o desenvolvimento de atitudes positivas para à aprendizagem interprofissional é importante criar uma identidade de grupo de trabalho colaborativo que potencialize a atuação integrada. Para a efetividade desta ação deve-se proporcionar aos estudantes cenários em que compreendam, além dos aspetos técnicos, a necessidade de se articular com outras categorias profissionais. A exposição de vivências compartilhadas e o desenvolvimento das competências colaborativas ao longo da graduação contribuem para a formação de um profissional com maior clareza sobre o seu papel, suas responsabilidades e competências dentro da equipa interprofissional, assim como da importância do olhar ampliado dos outros profissionais da equipa de saúde (Moretti-Pires, 2009; Pereira, 2018b; Ayres, 2001).

Quando questionados sobre a “*não ser necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprenderam juntos*”, (item 11), os dados evidenciam a tendência expressa no gráfico 18.

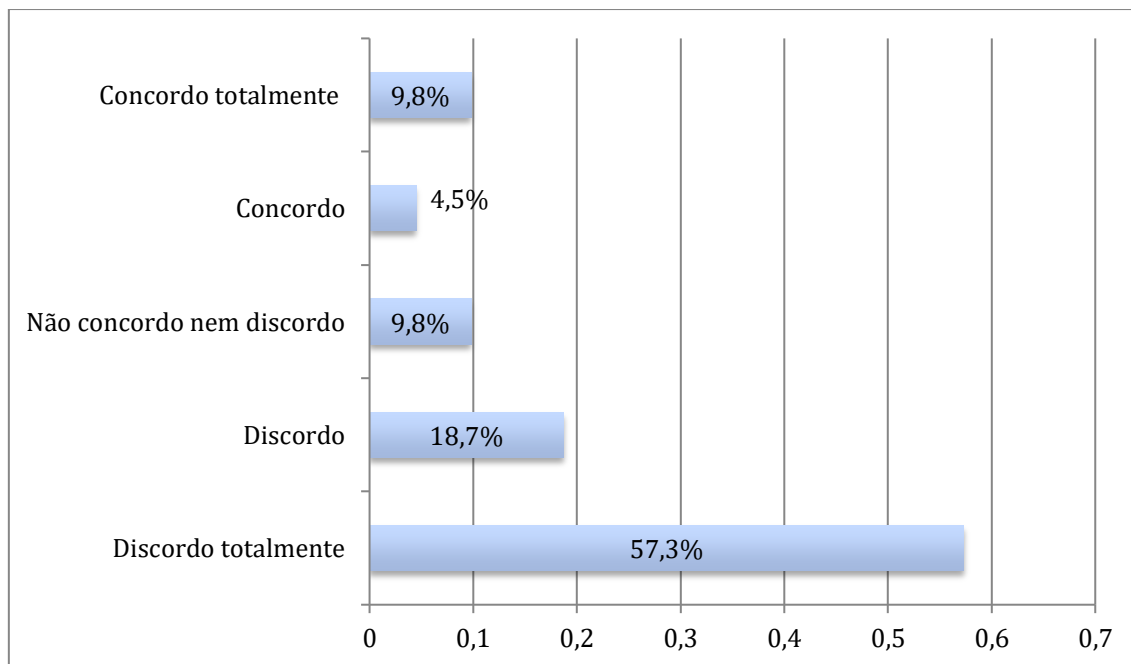
Gráfico 18: Necessidades de estudantes de graduação da área de saúde aprendam juntos

Analisando o gráfico observa-se que duzentos e trinta e três estudantes ($n=233$) discordam totalmente desta assertiva, e sessenta e três ($n=63$) discordam, num total de (69,1%) e (18,7%) respectivamente. Destes, dezesseis estudantes ($n=16$) concordam totalmente e quatorze ($n=14$) concordam, (4,7%) e (4,2%) respectivamente. A tendência discordante das respostas parece reforçar os dados anteriormente apresentados de disponibilidade dos estudantes para a aprendizagem junto com outros estudantes das áreas de saúde.

A postura maioritariamente concordante de reconhecimento dos estudantes de graduação da área de saúde da importância de aprenderem juntos, parece corroborar a ideia de que a construção da **identidade profissional** deve partir da graduação, dependendo-se que os estudantes dos vários cursos de saúde da FPS reconhecem a importância desta aprendizagem para a formação e prática interprofissional e para o trabalho em equipa. Estes resultados corroboram estudos que exploram a temática da interprofissionalidade (Bennett et al, 2011).

Quando questionados se “a função dos demais profissionais de saúde é principalmente apoio aos médicos” (item 17), a resposta dos estudantes apresenta a tendência sistematizada no gráfico 19.

Gráfico 19: A função dos demais profissionais de saúde é principalmente apoio aos médicos



Os dados indicam que cento e noventa e três estudantes (n=193) discordaram totalmente e sessenta e três (n=63) discordam, percentualmente (57,3%) e (18,7%). Não concordavam nem discordavam trinta e três estudantes (n=33). Concordavam totalmente o mesmo número de estudantes (n=33) ou (9,8%). Quinze estudantes (n=15) apenas concordam com esta assertiva ou (4,5%).

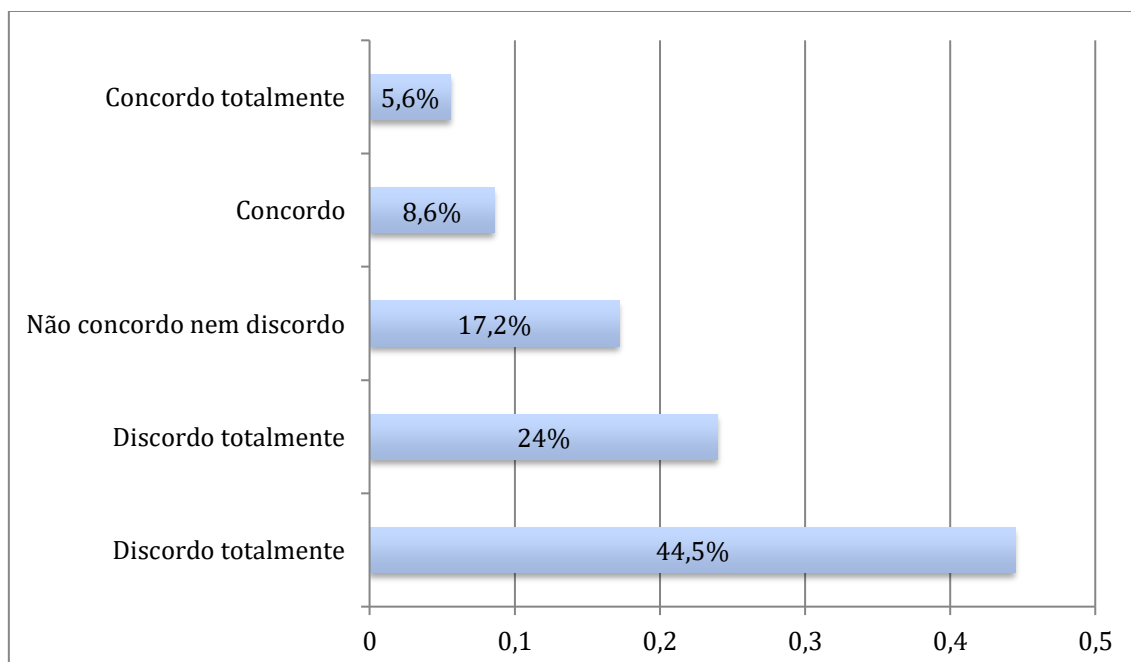
Infere-se, a partir destas respostas, que a construção da identidade profissional, ainda em desenvolvimento neste grupo de estudantes, se apoia em reconhecimento de padrões estabelecidos de identidade profissional, porém ainda ratificando o padrão de respostas dos estudantes como favorável a uma revisão de padrões identitários estabelecidos. No caso, observa-se o predomínio da área médica como central nas ações das equipas de saúde. A identidade profissional permite a cada um refletir sobre a sua atuação em contextos de trabalho. Toda categoria profissional realiza movimentos de

afirmação da identidade, sendo reconhecida e legitimada pelos grupos sociais como uma profissão (D'Amour, 1997; Machado, 2003).

Nestas respostas, pode-se inferir que os estudantes se apoiam em padrões baseados no predomínio da atuação médica por relação as demais áreas de saúde. Isto significa que existe a necessidade de se refletir mais sobre a construção da identidade profissional, tanto como identidade social do sujeito, demarcando o que a diferencia de outras categorias profissionais, quanto o que a diferencia de outros profissionais de saúde, visando minimizar relações conflituosas entre categorias de trabalho (Rivera, 2003). Estes dados merecem uma análise mais aprofundada que pretende-se desenvolver na conclusão do estudo.

Sobre a questão “*eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área de saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu*” (item 19), o gráfico 20, dá conta da leitura global dos dados relativos a este item.

Gráfico 20: Sentimento de desconforto se outro estudante da área de saúde sabe mais sobre um tópico

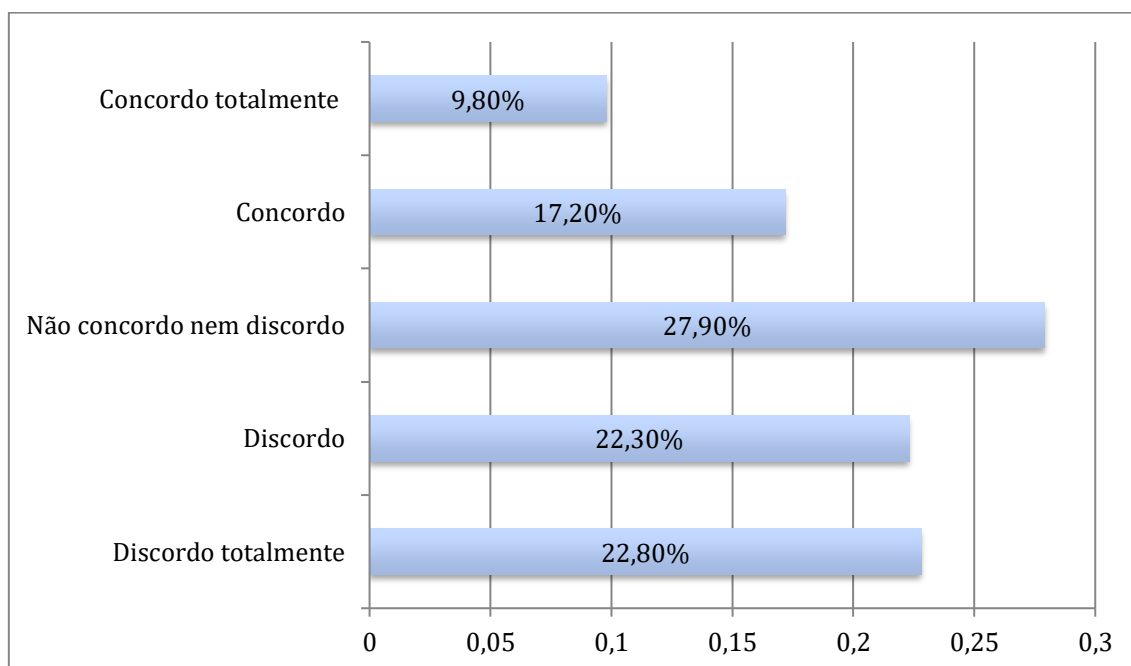


Cento e cinquenta estudantes (n=150) discordaram totalmente e oitenta e um (n=81) discordaram desta assertiva, num total de (44,5%) e (24,9%), respetivamente. Não concordavam nem discordaram cinquenta e oito estudantes (n=58) e concordaram com esta assertiva vinte e nove estudantes (n=29), correspondendo a uma percentagem de (17,2%) e (8,6%), respetivamente. Concordaram totalmente dezanove estudantes (n=19) ou (5,6%).

Na perceção dos estudantes observa-se que, estes, maioritariamente, discordam ou discordam totalmente da assertiva, ou seja, parecem aceitar que o saber da sua área possa ser dividido com outras áreas de saber, subtendendo-se que possa existir um favorecimento e intenção de que um saber comum possa ser compartilhado. Segundo Pereira (2018b)

... a formação das profissões deve “educar” para a composição, não para a fragmentação. Esse é um lugar precípuo à educação permanente em saúde por conexão com o andar do trabalho e pela não segregação entre espaço da formação e espaço do trabalho. Todavia, a baixa familiaridade com essa potência torna difícil sua apropriação no cotidiano das práticas (p. 20).

Ao serem questionados sobre se *“chegar a um diagnóstico seria a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)”* (item 21), a análise às respostas a este item foram sistematizadas no gráfico 21.

Gráfico 21: Diagnóstico como principal função do papel profissional (objetivo clínico)

Em relação a este tópico, setenta e sete estudantes ($n=77$) discordaram totalmente e setenta e cinco ($n=75$) discordaram, num total de (22,8%) e (22,3%). Não concordaram nem discordaram noventa e quatro estudantes ($n=94$) e cinquenta e oito ($n=58$) concordaram, num percentual de (27,9%) e (17,2%). Concordaram totalmente com esta assertiva trinta e três ($n=33$) ou (9,8%).

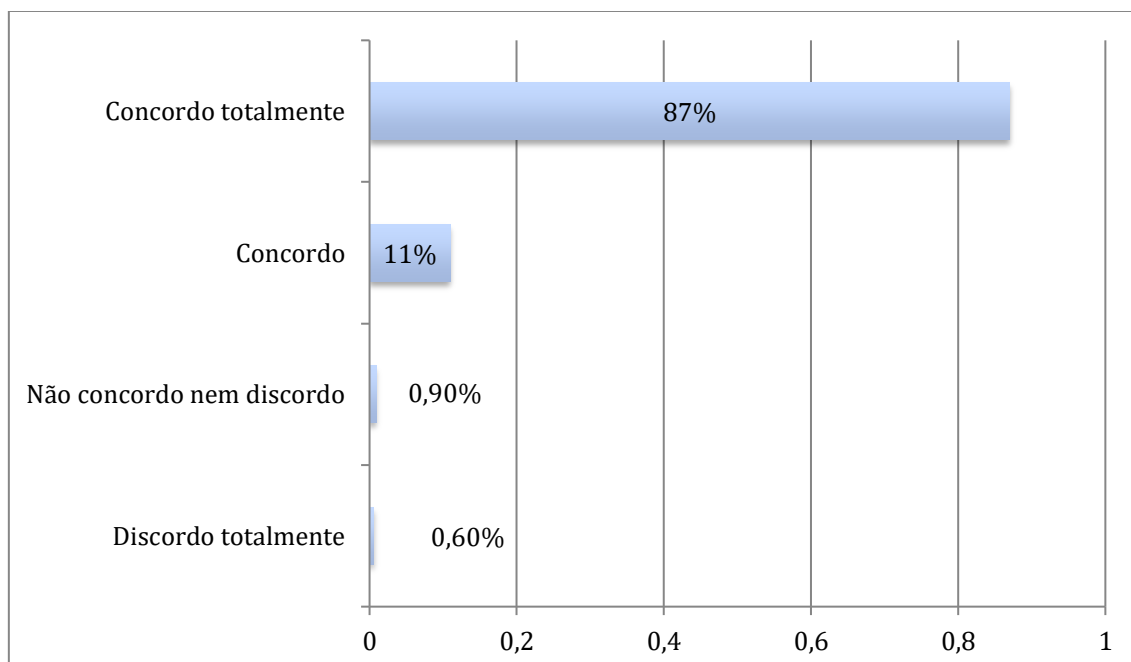
Estes dados aprofundam a necessidade de um olhar atento a estas respostas. Infere-se que o questionamento sobre as definições de papéis de cada profissão precisarem ser trabalhados e revisitados com os estudantes. Este dado parece apontar para o cerne da questão que diferencia e separa as profissões de saúde, ou seja, o diagnóstico clínico como propriedade de uma área específica, no caso a médica, em detrimento das outras áreas mais voltadas para ações de cuidado (enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia e psicologia). Segundo Barr e Low (2013)

O mapa de profissões muda conforme as profissões aumentam e diminuem, fronteiras são redesenhadas e o poder e a responsabilidade são redistribuídos. A fronteira externa para a EIP é correspondentemente flexível, permeável e negociável, mas necessariamente restrita ao contexto universitário onde requisitos de ingresso, níveis educacionais e resultados antecipados devem ser levados em conta (p. 10).

No quadro destas ideias a Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde (2010) preconiza que, para a efetividade da prática colaborativa, “a educação interprofissional efetiva deve promover o respeito entre os profissionais de saúde, eliminar estereótipos prejudiciais (entre as profissões) e evocar a prática da ética focada no paciente” (Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde, 2010, p. 11). Dito isto, concorda-se que para a sua efetivação - a prática interprofissional - exige-se a quebra de paradigmas seculares que sedimentam identidades profissionais, sociais e disputas de mercado de trabalho. Tema que desenvolveremos mais adiante nas conclusões do estudo.

Em continuidade, as respostas à questão “estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)” (item 24), evidenciam as tendências expressas no gráfico 22.

Gráfico 22: Estabelecer uma relação de confiança com pacientes é importante (situação do paciente)



Nesta leitura do gráfico 22, duzentos e noventa e cinco estudantes (n= 295) concordam totalmente, e trinta e sete (n= 37) concordam, num percentual de (87,5%) e (11,0%). Não concordam nem discordam três estudantes (n= 03) ou (0,9%). Dois estudantes (n=02) discordam totalmente desta assertiva, ou (0,6%).

Com efeito, os resultados apontados no gráfico 22 mostram que estabelecer uma relação de confiança com os pacientes é prioritário para a maioria dos estudantes da área de saúde. Esta perspectiva aponta para o reconhecimento, por parte dos estudantes, da autonomia e singularidade dos sujeitos envolvidos, ou seja, os pacientes/usuários, e se traduz em uma forma de cuidado diferenciado, e ao mesmo tempo, aponta para a importância do protagonismo dos usuários na produção social de sua saúde. Nesse sentido, compreende-se o lugar da confiança dos pacientes para a equipa de trabalho e o consequente benefício para todos envolvidos (Peduzzi et al., 2015).

As questões analisadas na categoria **identidade profissional** reforçam a necessidade de se analisar com mais aprofundamento esta categoria, admitindo-se que esta construção de identidade profissional faz parte de um processo cristalizado e socialmente reconhecido de papéis e funções muito bem sedimentadas, que está muito fortemente alicerçada em estereótipos identitários relacionados com as várias profissões de saúde (Toassi, 2017).

Mudar padrões comportamentais, associados às identidades profissionais requer estratégias que têm por base uma reorientação das bases teóricas, conceituais e metodológicas da formação do profissional de saúde, requerendo, para isto, a transição de modelos que assentam em lógicas convencionais de ensino-aprendizagem para novas orientações e utilizando metodologias de ensino-aprendizagem que favoreçam este trabalho de reconstrução. Entende-se que a educação interprofissional não pode ser uma experiência isolada na graduação. Ela deve desenvolver habilidades complementares entre as profissões de saúde, e portanto estar presente processualmente ao longo da formação, com espaço curricular que garanta a todos os estudantes da área de saúde possibilidade de interação com colegas de diferentes profissões da saúde, desenvolvendo competências voltadas à prática colaborativa e interprofissional visando, ao final, a melhoria do cuidado em saúde e a relação com o paciente e seus familiares (Batista, 2012; Costa, 2016; Pereira,

2018b).

O desafio maior de implementar a interprofissionalidade na formação do profissional de saúde, e na educação, talvez seja o de articular novos arranjos de formação interdisciplinar e intercultural em processos de experimentação e produção dos elementos constitutivos do trabalho coletivo em saúde (Arruda & Moreira, 2018).

É no quadro destas ideias que se reconhece a importância de contextualizar os saberes (Fernandes et al., 2012), buscando-se educar para a transformação das práticas, com pensamento e ação de políticas integradas, na produção de processos, ferramentas e organizações, como uma práxis de transformação, com fortes implicações conceituais, metodológicas e políticas, vinculadas ao desenvolvimento da saúde e da educação como um todo (Ceccim, 2018).

5.4.3. Síntese interpretativa dos resultados dos inquéritos aos estudantes da FPS

A análise dos resultados dos inquéritos aos estudantes dos cursos de saúde da FPS evidencia forte concordância relativa ao **trabalho em equipa e colaboração**, categoria relacionada com atitudes positivas e disponibilidade para o aprendizado compartilhado, trabalho em equipa, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais.

Como mostram os dados sistematizados nos gráficos apresentados a partir do ponto 5.4, os estudantes, de forma majoritária, demonstram disponibilidade para o trabalho em equipa e aprendizagem interprofissional. Esta categoria é fortemente marcada por uma aceitação e disponibilidade, por parte dos estudantes, para o trabalho junto com outros estudantes de saúde.

Importante referir o reconhecimento predominante quanto aos benefícios do trabalho em equipa e relevância do aprendizado compartilhado para a futura prática profissional. Em referência a estas respostas, assinala-se o benefício da prática colaborativa para o paciente, familiares e comunidade, favorecendo ao final a eficácia e resolutividade das intervenções em saúde (Batista, 2012).

Os dados apresentados nos gráficos 3, 4, 5 e 6 reforçam que mais de 80% dos estudantes concordam totalmente e/ou concordam que a formação em saúde, a partir das atividades curriculares propostas, propicia situações de ensino-aprendizagem compartilhadas entre estudantes dos vários cursos de saúde da FPS. Identifica-se desta forma, uma percepção positiva dos estudantes ao referirem ter disponibilidade para a aprendizagem junto com outros estudantes da área de saúde, e que isto os ajudará a se tornar um profissional mais efetivo de uma equipa de saúde. Fazendo uma analogia com os currículos e as propostas metodológicas dos cursos de saúde da FPS, infere-se que a aprendizagem em pequenos grupos (grupos tutoriais), e seu funcionamento, propicia esta compreensão.

A análise permitiu constatar também que, de modo geral, as respostas sobre **competências para o trabalho em equipa e colaborativo** revelam que os estudantes valorizam, durante a graduação, as oportunidades de desenvolvimento da aprendizagem junto, e em equipa, com outros estudantes de saúde; o estímulo às habilidades de comunicação (laboratórios de comunicação); estímulo ao desenvolvimento de competências para confiar e respeitar uns aos outros, que por sua vez os ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes. Reconhecem fortemente que estas ações, presentes nos currículos dos cursos, podem transformar os estudantes em melhores profissionais no futuro.

Constata-se, ainda, em algumas das respostas dos estudantes (gráficos 7, 8 e 9), uma elevada predisposição para o desenvolvimento de uma identidade de grupo entre os estudantes, o que propicia o bom desempenho para o trabalho colaborativo. Estas respostas indicam que, ao longo da graduação, possam ser trabalhadas e oferecidas oportunidades para reflexões críticas sobre definições dos papéis de cada profissional de saúde com maior clareza, com definições de responsabilidades e competências comuns dentro da equipa (Moretti-Pires, 2009; Peixoto & Brito, 2010).

Com relação à necessidade de confiar e respeitar uns aos outros para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione (gráfico 10), infere-se que a alta concordância nas respostas (97,7%) indica que o aprendizado compartilhado entre estudantes emerge como factor importante, e que já acontecem entre os mesmos cursos de saúde da FPS.

Indica ainda a necessidade planejamento de atividades conjuntas, entre os diferentes cursos de saúde da FPS, que estimulem o relacionamento desses estudantes de saúde durante a graduação. Este dado corrobora a visão dos professores/tutores nas entrevistas, sobre a necessidade de investir e trabalhar em ações de ensino-aprendizagem conjuntas entre os cursos de saúde da FPS.

Parece ser claro para os estudantes a identificação, no currículo, de oportunidades para o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipa e colaborativo, sem no entanto ser claro as propostas da prática interprofissional, até porque ainda não estão formuladas nas atividades de ensino-aprendizagem.

Nas respostas apresentadas nos gráficos 17 e 18, mais de 80% dos respondentes discordam que os estudantes de saúde não querem desperdiçar o tempo aprendendo junto, e de que a função dos demais profissionais de saúde é ser de apoio aos médicos. Com efeito, a grande maioria dos estudantes não concordam com esta afirmativa, assim como não concordam que a função dos demais profissionais de saúde seja de apoio aos médicos 76% (gráfico 19). Segundo Rosenberg (2006), as barreiras para troca de saberes e resolução de problemas entre as profissões de saúde podem estar associadas a ausência de modelos mentais de análise, incompreensão semântica, conflitos epistemológicos e ameaça à identidade profissional.

Em relação ao sentimento de desconforto quanto a outro estudante de saúde saber mais sobre um tópico (gráfico 20), mais da metade das respostas dos estudantes (69,4%) discordam desta premissa, portanto pode-se inferir que há convergência com os achados das entrevistas aos professores/tutores ao afirmarem que, os princípios fundadores dos cursos de formação em saúde da FPS, quer a metodologia ABP, utilizada em todos os cursos, bem como o contato com a prática desde o início dos cursos, constituem pilares essenciais para se alcançar os pressupostos da interprofissionalidade. Também o reconhecimento por parte dos professores/tutores da importância de desenvolvimento de competências globais e de partilha de saberes entre as várias áreas de saúde, constitui evidências que permitem inferir que a formação de profissionais de saúde da FPS se orienta para um perfil profissional vocacionado para a interprofissionalidade (Barr, 1998; Costa, 2014; Reeves, 2016). Corroborando esta ideia Peduzzi et al. (2018) afirmam que

... a dimensão reflexiva intersubjetiva e a dimensão geral do sujeito exigem articulação de conhecimentos e saberes, pois persistem as tensões entre o exercício da autonomia técnica e o diálogo cotidiano na definição da efetivação dos modelos de saúde. A constituição de equipas interdisciplinares e interprofissionais não é um modelo de resolução definitiva do conjunto dessas tensões, mas é uma perspectiva que tem como pressupostos: a superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica; a busca de reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde; e a qualificação do conjunto dos profissionais sob esses signos que visa democratizar o contexto do trabalho e efetivar integralmente o cuidado (p. 5).

Destaca-se nesta análise a importância de se trabalhar com os estudantes sobre o conhecimento da complexidade do processo saúde-doença desde o início da graduação em saúde, que por sua vez tem consequências no questionamento e problematização sobre o poder de uma profissão sobre a outra. Deve-se favorecer e estimular a troca de saberes entre eles, desde o início da graduação, visando posteriormente a boa relação entre os profissionais da saúde, pacientes e comunidade, com a decorrente satisfação do usuário, a redução de erros e racionalização dos custos (Morin, 2011; D'Amour, 1997).

Com relação à função do diagnóstico como a principal função do papel profissional (objetivo clínico) (gráfico 21), observa-se que as respostas estão distribuídas entre discordar (22,3%) e concordar (17,2%), quase equitativamente, e que, portanto nos permite inferir que parece predominar ainda uma lógica de cura (bio-médica) e de papéis profissionais bem definidos na percepção dos estudantes. Profissionais de saúde não médicos tendem a actuar de acordo com o modelo dominante. É importante ressaltar também, nestas respostas, o modo como os estudantes estão fixados a uma lógica profissional que tem sua base no mercado de trabalho (Arruda & Moreira, 2018).

Sobre a importância de estabelecer uma relação de confiança com pacientes (situação do paciente), o gráfico 22 mostra que maioritariamente 87% dos estudantes concordam totalmente com esta premissa. Segundo Badlwin (2012), as relações interpessoais possibilitam a construção da confiança, do respeito e da abertura da comunicação com o outro. Estas relações interpessoais têm a capacidade de criar vínculos, sendo estes os determinantes de qualidade da colaboração. Desta forma observa-se que o maior desafio para estes estudantes, e conseqüentemente para os planeamentos

curriculares reside na necessidade de estabelecer pontes entre a lógica uniprofissional e a lógica da colaboração interprofissional. Inferese desta forma que, o próprio currículo e a metodologia de aprendizagem ABP produzam situações favoráveis para o desenvolvimento destas habilidades nos estudantes.

Considera-se, em síntese, que os resultados do inquérito aplicado aos estudantes dos cursos e saúde da FPS apontam para a necessária discussão aprofundada, entre os vários atores envolvidos, sobre o processo de ensino-aprendizagem, com foco nas questões relativas à formação do profissional de saúde ofertada pela FPS, incluindo o modelo teórico e metodológico à luz da educação interprofissional. Esta reflexão deve partir da ideia de que a ABP, enquanto ferramenta metodológico-pedagógica, propicia, pelas possibilidades de contextualização do currículo, e de adoção de estratégias ativas e da problematização, motivação para os estudantes aprender de forma significativa e colaborativa, e a tornarem-se autônomos nas suas decisões.

Reconhecemos, por isso, que os currículos da FPS mostram avanços na formação do profissional de saúde relacionados com a integração entre teoria e prática, ao favorecer a interdisciplinaridade e o cuidado em saúde humanizado, centrado nas necessidades da pessoa, e ao estímulo à cidadania e a construção do conhecimento contextualizado (Fernandes et al., 2012).

No entanto, apesar desse contexto favorável para a aprendizagem Interprofissional, os currículos dos cursos de saúde da FPS se estruturam, quase que exclusivamente, em uma perspectiva de ensino uniprofissional, com oportunidades restritas de aprendizagens compartilhadas entre os estudantes dos seis cursos de saúde avaliados (SEP).

Em síntese, a aprendizagem interprofissional, em foco nesta análise, ainda encontra dificuldade de se estabelecer, necessitando de maior investimento em práticas de trabalho conjunto entre profissionais dos diferentes cursos de saúde para que se possam concretizar propostas integradas, trabalhando na reorientação dos currículos, na formação/capacitação dos professores/tutores, e na necessidade de novas leituras sobre identidade profissional e de trabalho, e que estas reflexões favoreçam a o ensino-aprendizagem interprofissional. Atividade que deve ser pautada na prática comunicativa entre profissionais de saúde, pacientes, família e comunidade. Destaca-se a potencialidade

de mudança e desenvolvimento efetivo das práticas em saúde a partir das propostas de formação em saúde planejadas coletivamente.

Segundo Pereira (2018b), o desafio é de superar a centralidade dos cursos e currículos, excessivamente organizados na etapa de profissionalização, para um modelo mais alargado, e mais amplo de abordagens e formação, com a incorporação da Saúde Coletiva, da integralidade do cuidado, da universalidade e da equidade.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES DO ESTUDO

Nota introdutória

Neste capítulo apresentam-se as **conclusões do estudo** procurando dar respostas às questões de investigação que o nortearam. Estruturou-se esta última parte em três dimensões: I) influências de políticas internacionais nas políticas de formação superior em saúde no Brasil; II) percepções dos professores/tutores dos cursos de graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição medicina e psicologia) sobre os princípios, missão e objetivos curriculares para a formação em saúde; III) percepções dos estudantes sobre o currículo e a interprofissionalidade em saúde. Nestas conclusões, articulam-se os discursos dos professores/tutores com as respostas dos estudantes ao inquérito demarcando relações e conexões entre a missão institucional, os currículos de saúde dos cursos da FPS, a metodologia, a interprofissionalidade em saúde e o perfil do profissional de saúde em desenvolvimento na IES. Vislumbra-se nesta análise as premissas que respondam ao perfil egresso assente com a proposta institucional de formação em saúde da FPS. Apresenta-se no final uma reflexão sobre as limitações do estudo, sugerindo algumas recomendações para investigações futuras.

6.1. (Re)situando o estudo e as suas conclusões

O estudo apresentado neste trabalho analisa relações entre as políticas globais e sua influência em diretrizes de base para educação superior e planos curriculares dos cursos de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia), na sua relação com sentidos atribuídos por professores/tutores e por estudantes da FPS sobre princípios organizadores dos currículos de saúde da FPS e os processos do seu desenvolvimento e sobre um perfil profissional orientado para a atuação interprofissional em saúde.

Deste modo, a pesquisa estruturou-se a partir de quatro principais eixos. No que

respeita ao primeiro eixo, procedeu-se à análise de documentos internacionais que emanam orientações no âmbito da educação superior em saúde, analisando os efeitos da globalização na definição de diretrizes e políticas para a formação do profissional de saúde no Brasil. A partir desse pano de fundo, analisaram-se influências dessas diretrizes internacionais nas políticas locais, concretamente nas orientações curriculares dos cursos de graduação em saúde (enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia) da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.

O segundo eixo aborda um conjunto de tópicos que configuraram o quadro teórico de referência ao estudo, a saber: situar o conceito de currículo levando-se em conta a metodologia de ensino adotada em todos os currículos dos cursos de saúde da FPS - Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Aprendizagem Significativa (AS). A análise parte do questionamento do lugar destes pressupostos teóricos e metodológicos para sustentação de uma formação do profissional de saúde na sua relação com a prática interprofissional e colaborativa. Os argumentos construídos em torno destes tópicos permitiram um entendimento da contextualização curricular enquanto procedimento que, ao ter por base as características das situações onde o currículo vai ser desenvolvido, constitui-se numa possibilidade para alcançar níveis de aprendizagens mais significativos para todos os estudantes da saúde, assim como a metodologia da problematização como disparadora para a aprendizagem colaborativa (Fernandes et al, 2012; Leite & Fernandes, 2011; Feuerwerker & Sena, 2004).

Em termos metodológicos, correspondente ao terceiro eixo, optou-se por um estudo orientado por uma abordagem de orientação mista, qualitativa e quantitativa, com recurso ao ciclo contínuo de políticas de Ball e Bowe (1992) como quadro de referência teórico-metodológico.

Quanto ao quarto eixo, relativo ao estudo empírico, para além da análise documental, foram realizadas entrevistas a professores/tutores dos cursos da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia, e aplicado um inquérito por questionário a estudantes da mesma instituição superior de ensino.

A análise de dados recolhidos pelas entrevistas seguiu o procedimento da análise

de conteúdo assente num sistema subdividido em quatro dimensões: I) *Conhecimento sobre missão e os currículos dos cursos da FPS*, II) *Currículo e perfil profissional*, III) *Sugestões para melhoria dos cursos na promoção da interprofissionalidade* e IV) *Efeitos da experiência docente da FPS na atuação profissional em saúde*, algumas das quais subdivididas em subcategorias (ver quadro 10).

A aplicação de um inquérito por questionário aos estudantes dos vários cursos visou recolher informações que melhor permitissem responder às questões de investigação: a) *Em que medida os currículos da FPS favorecem uma formação do profissional de saúde orientada para a interprofissionalidade?* b) *Que relações entre os planos curriculares dos cursos de saúde da FPS e competências orientadas para a interprofissionalidade?* Optou-se por aplicar um questionário validado no Brasil, utilizando-se a versão ampliada em língua portuguesa da *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)*, ou Questionário de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (Peduzzi et. al., 2015).

Nesta pesquisa, foram mantidos os 27 itens da escala original validada no Brasil (Peduzzi et al., 2015). Considerando as duas questões a que se pretendia responder com este inquérito, a análise destes dados foi distribuída em dois itens: (1) *Trabalho em equipa e colaboração*; (2) *Identidade profissional*.

Na intenção de ampliar o rigor das conclusões a tirar do estudo, procedemos à triangulação das informações referentes às análises realizadas, situação que contribuiu para uma leitura transversal dos dados obtidos pela análise de documentos, pelas entrevistas aos professores/tutores e ao inquérito aos estudantes dos cursos de saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde, e que permitiu o seu cruzamento, tendo por referência as questões de partida e os objetivos que nortearam a investigação.

Num esforço de articulação desses dados e de resposta às questões de partida da investigação, como forma de deixar clara a apresentação final dos resultados, estruturamos as conclusões segundo três dimensões:

- i. Influências das políticas globais nos currículos nacionais para formação do profissional em saúde no Brasil;
- ii. Relações entre diretrizes curriculares e os currículos dos cursos de saúde da FPS, com foco na metodologia ativa e da problematização, na aprendizagem

significativa e no desenvolvimento de competências orientadas para o trabalho em equipa e colaborativo;

- iii. Perceções dos estudantes sobre princípios organizadores dos currículos de saúde da FPS na sua relação com um perfil profissional orientado para a interprofissionalidade.

São essas conclusões que se apresentam nos pontos seguintes.

6.1.1. Influências de políticas globais nas políticas de educação superior em saúde no Brasil

Nesta dimensão procurámos dar resposta à questão: *Que influências de políticas globais são identificadas nos currículos nacionais para formação do profissional em saúde no Brasil?*

O estudo aponta para a necessidade de se conectarem iniciativas globais e ações locais levando-se em conta a influência de um contexto de "política educacional global", em detrimento da presença marcante de um novo paradigma de governo educacional, onde predomina o campo económico e de mercado, numa conceção única de políticas para a educação superior (Biesta, 2013; Robertson & Verger, 2012; Dale & Gandin, 2014; Ball, 2014).

De modo específico, os resultados indicam que as orientações do BM, UNESCO e OCDE apontam para a existência de uma agenda global comum que reconhece a importância de garantir o acesso e o sucesso a uma educação de qualidade para todos (Souza, 2016; Santos, 2005; Torres, 2005). Constata-se, em particular, ao nível das orientações da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), a existência de discursos orientados para uma educação para todos, prevalecendo princípios de qualidade, inclusão e equidade. De entre a responsabilidade social da educação superior os relatórios analisados reforçam o papel social do ensino superior como um bem público, que deve estar preparado para dar respostas face à complexidade e aos desafios mundiais, presentes e futuros. Para tanto, é recomendado

que os saberes devem estar ancorados na investigação, no ensino e no serviço à comunidade, com autonomia e liberdade académica, devendo o ensino estar centrado em aspetos interdisciplinares e na promoção de pensamento crítico e da cidadania ativa, contribuindo para o desenvolvimento sustentável, a paz, e o bem-estar.

No quadro das orientações do Banco Mundial (BM) a análise permitiu evidenciar a proposta das agências internacionais em promover reformas na educação superior com objectivo de criar uma base global de conhecimento forte para liderar reformas no ensino superior, visando aumentar a competitividade e fortalecer a relação entre tecnologia e educação, condizente com perfis particulares dos empregos requeridos pelo mercado de trabalho. Desta forma, a análise permitiu compreender a importância de se priorizar uma aprendizagem com melhor gestão dos sistemas de educação e de avaliação, impulsionando o sector privado na ampliação da oferta de formação superior. Ainda as orientações do BM reforçam o acompanhamento e a monitorização de resultados, realizando análises detalhadas do sistema da educação superior, do investimento em conhecimentos, e em dados que permitam ao Banco Mundial e aos decisores políticos acompanhar, monitorizar e analisar ao nível global e agir no nível local.

A análise das orientações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) permitiu evidenciar preocupações com objetivos mais amplos para a educação, priorizando o bem-estar, individual e coletivo, de se pensar os currículos de formação numa perspetiva mais ampla, organizando-os não apenas para a obtenção de conhecimentos, mas também para o desenvolvimento de habilidades, atitudes e valores, com ênfase no desenvolvimento de competências para a construção de projetos inovadores que permitam avançar em direção a mudanças ecossistêmicas na sociedade. Valoriza-se, desta forma, a qualidade do ensino superior ao nível sobretudo da efetividade e eficiência dos procedimentos para a sua melhoria. A partir dos relatórios da OCDE (2008, 2011): *L'enseignement supérieur pour la société de la connaissance* (2008), *L'enseignement supérieur à l'horizon 2030* (2011) e *The Future of Education and Skills 2030* (OECD, 2018) analisados, reforça-se a ideia de que o futuro da educação e das competências 2030 passa por um trabalho de redesenho e de implementação de currículos para enfrentar os desafios do século XXI.

A relação estabelecida entre políticas globais e as diretrizes locais reforça a influência nas leis e diretrizes para o ensino superior no Brasil. Fica evidente a necessidade de se cruzarem estes dados a partir da análise documental, para uma maior compreensão das ações curriculares locais (Sacristán, 2013; Dale, 2004; Paim, 2013).

Voltando a atenção às políticas globais traçadas pelos órgãos internacionais, com foco na educação superior em saúde, e suas implicações para as políticas curriculares nacionais, podemos concluir que as diversas orientações empreendidas a partir do ano 2000 até 2018, marco temporal do presente estudo, tem tido influência marcante sobre as leis e diretrizes nacionais influenciando, por sua vez, ações curriculares para a formação do profissional de saúde no Brasil. Nesta perspectiva das influências das políticas globais nas ações locais, não pode se deixar de fora a articulação da cultura local com a teoria e a prática na formação que se pretende oferecer no âmbito da graduação em saúde, foco da presente investigação.

A leitura das leis e diretrizes, construída nos capítulos I e II, revela um caminho fortemente atrelado às iniciativas globais de incentivo e implementação de novas propostas, sem, no entanto, estas orientações internacionais se caracterizarem como impositivas. Estas orientações traçam caminhos comuns, que muitas vezes se travestem em inovações ou atualizações, mas que ao mesmo tempo revelam o padrão dependente de desenvolvimento, e o padrão de educação superior, expresso através da transplantação de conhecimento e de modelos de universidade europeias (Fernandes, 1975).

Trazendo um olhar alusivo à relação entre a política global, voltada quer a interesses económicos e de mercado, e com enfoque na qualidade, quer a aspetos relacionados com pressupostos de natureza inclusiva, com preocupações com a equidade e responsabilidade social, parece ficar evidente que essa é uma relação tensional que requer das Instituições do Ensino Superior, com responsabilidades na formação de profissionais de saúde, maior atenção, nomeadamente quanto à relação entre a proposta curricular oferecida, e os objetivos finais dessa formação. (Fullan & Hargreaves, 2001; Freire, 1996; Apple, 2017).

Em relação, ainda, à análise dos relatórios internacionais, e sua influência em ações nacionais, pode-se constatar, entre outros aspetos, a preocupação, nos documentos locais, com “a formação para o trabalho e para a cidadania”, assim como com uma “formação

humana integral”. Encontra-se ainda o compromisso destas políticas com a Constituição Federal de 1988, que tem a equidade como princípio, explicitando o acolhimento e a valorização da diversidade de indivíduos e de grupos sociais, seus saberes, identidades, culturas e potencialidades, sem preconceito de qualquer natureza. Desta forma reconhece-se a importância de um perfil profissional direcionado para a humanização, o cuidado, a ética nas relações, o trabalho em equipa e colaborativo e, simultaneamente, para uma formação orientada para o trabalho interdisciplinar e a interprofissionalidade, visando uma ação direcionada à comunidade, com atenção e cuidado às pessoas, famílias e grupos sociais.

No quadro dos argumentos a sistematizar aqui, destaca-se, ainda, a análise das políticas nacionais que têm orientado os currículos da educação superior em saúde e o seu contributo para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) que, alinhadas ao acompanhamento e monitoramento do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS), instituíram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as profissões de saúde. Entre estas consolidações, as Leis de Diretrizes e Bases de 1996, acrescentam, em sintonia com as políticas globais, a valorização da flexibilização curricular e as fronteiras da ciência no exercício profissional. Vale lembrar que, neste contexto, a graduação foi entendida como um estágio do processo de formação, incorporando premissas como a importância de “aprender a aprender”, atender às demandas da sociedade e promover a autonomia e a flexibilidade profissionais.

Fica evidente nesta análise que, a partir das DCN, que constituem um padrão geral de orientação para elaboração dos projetos político-pedagógicos dos cursos de saúde das instituições de ensino superior (IES) no Brasil, tem-se assumido princípios comuns que estão associados às propostas globais para educação superior. De modo geral, as DCN, seguindo uma linha das teorias pós-críticas do currículo, orientam-se para uma formação do profissional de saúde que objetiva responder às necessidades sociais, uma formação que capacite os profissionais para pensar e agir de modo crítico, propositivo e transformador das sociedades. Com estas propostas as DCN estimulam que o currículo deve desenvolver atividades de ensino-aprendizagem que visem superar as práticas educacionais fragmentárias, tecnicistas e descontextualizadas.

Esta análise permitiu, ainda, identificar que várias têm sido as iniciativas políticas, a partir do período em estudo, que tiveram na sua base princípios como integralidade, universalidade e equidade. São disso exemplo:

- Diretrizes curriculares das áreas de saúde alinhadas com a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde - SUS, que introduz um novo olhar sobre o sujeito e “o adoecer” procurando romper com o modelo tradicional de formação biomédico, baseado numa visão cartesiana de divisão corpo e mente. Os cursos de saúde passam a investir na formação de profissionais para atuarem com qualidade, eficiência e resolutividade alinhados com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Conselho Nacional de Educação (CNE), 2001, que propõe o uso racional das tecnologias, levando-se em consideração o custo-benefício e o desenvolvimento da capacidade de liderança e da interdisciplinaridade;
- Lei nº 11.096/2005, que cria o Programa Universidade para Todos – PROUNI. Este consiste em permutar com as instituições privadas de ensino superior vantagens fiscais em troca de um percentual de vagas gratuitas para estudantes oriundos do ensino público, de baixa renda e, em alguns casos, pertencentes a determinadas etnias;
- Portaria nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que direciona para uma formação generalista, visando ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde;
- Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001 – Enfermagem; Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001 – Nutrição; Resolução CNE/CES Nº 4, de 19 de fevereiro de 2002 – Fisioterapia; Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011 – Psicologia, que introduz os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação do profissional de saúde direcionando para um perfil profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo, ético com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde com ações de promoção, prevenção,

recuperação e reabilitação;

- Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 – Medicina; Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017 – Farmácia, que prioriza a atenção, gestão e educação em saúde no cuidado centrado na pessoa, família e na comunidade, no trabalho interprofissional, em equipa, com desenvolvimento de relação horizontal.

Em síntese, da análise dos documentos produzidos no período entre 2000 - 2018, podemos inferir que as influências das políticas dos governos vigentes, nesse período, induzem para ações que buscam a inclusão, a formação para o cuidado humanizado, equidade, orientando-se para a promoção e prevenção em saúde. Por outro lado, observa-se uma expansão da oferta de cursos privados de ensino superior, numa lógica assente no mercado de trabalho. Concorda-se desta forma com Lima (2007) quando afirma que:

Desde a gênese da Educação Superior, um elemento político é constitutivo do dilema educacional brasileiro: a necessidade de expansão do acesso à educação. Esta necessidade, entretanto, se caracterizou pela marca de um intocável privilégio social, cuja expansão começava e terminava nas fronteiras das camadas dominantes, conduzida pelos interesses privados (p. 628).

Conclui-se, ainda, que, embora não haja uma transposição total da agenda educacional global, existe um alinhamento com a ideologia do neoliberalismo subordinando a educação à lógica do mercado. De outra parte, a participação de vários atores nas decisões das agendas nacionais busca atender e conciliar interesses diversos, tais como: a formação sintonizada com o mercado de trabalho e a empregabilidade alinhada às políticas neoliberais; a formação do profissional com um perfil voltado para a atenção integral das pessoas, famílias, grupos sociais e comunidades; a aproximação entre serviços de saúde, o contexto local e instâncias formadoras de profissionais de nível superior, alinhadas à política do SUS; avaliação, qualidade, responsabilização, monitoramento e desempenho institucional; interprofissionalidade no trabalho em saúde.

6.1.2. Relações entre diretrizes curriculares e os currículos dos cursos de saúde da FPS na visão dos professores/tutores

Nesta dimensão incluem-se as ideias centrais sobre os currículos da Faculdade Pernambucana de Saúde, a partir da análise das entrevistas aos professores/tutores dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição e psicologia, visando responder à questão: *Em que medida os currículos da FPS favorecem uma formação do profissional de saúde orientada para a interprofissionalidade?*

Os dados mostram que os professores/tutores assumem que o conhecimento da missão institucional e seus princípios é importante para o seu trabalho, e revelam ter consciência de que existe uma relação efetiva entre a missão institucional e o desenho curricular dos cursos de saúde, sendo esta relação fortemente marcada por um modelo baseado na metodologia ativa, significativa e de caráter problematizador.

Sobre os dados analisados na categoria *currículo e perfil profissional* pode-se inferir que os aspetos relativos a questões éticas, humanização e à interdisciplinaridade estão presentes nas falas dos professores/tutores de todos os cursos de forma variável, evidenciando terem reflexos nas suas estratégias de ensino-aprendizagem, também de forma diversificada.

É importante pontuar o reconhecimento, pela maioria dos professores/tutores de todos os cursos, de que a metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), utilizada em todos os cursos, é essencial para a concretização de uma visão de currículo orientado por princípios éticos e humanistas, viabilizado pelo o trabalho em pequenos grupos (grupos tutoriais).

A análise dos discursos proferidos pelos professores/tutores evidenciou, ainda, que o conhecimento do currículo dos cursos, a que estavam ligados, é um factor importante para o seu trabalho, designadamente para o estabelecimento da relação entre a missão e os princípios institucionais. O currículo torna-se um fio condutor das ações de ensino-aprendizagem visando formar um perfil profissional assente com estes princípios.

Os professores/tutores consideram, ainda, que o recurso a metodologias ativas e

suas técnicas, métodos e estratégias curriculares provoca e incentiva a proatividade e a autonomia dos estudantes favorecendo uma formação alinhada com os princípios da colaboração.

Relativamente a possíveis influências das orientações curriculares na prática dos professores/tutores, constata-se que a maioria dos docentes manifestou que essas orientações provocaram mudanças significativas ao nível das estratégias de ensino-aprendizagem, assim como na sua adaptação e atuação como profissional de saúde. Os depoimentos mostram que o modelo curricular em desenvolvimento na FPS potencializa o conhecimento autónomo e a criação de situações de aprendizagem que favorecem o diálogo e o questionamento. Nesta perspetiva a análise dos discursos dos professores/tutores revelou ainda que, alguns destes, referem a valorização para os estudantes, do desenvolvimento da capacidade de comunicar, liderar e tomar decisões autónomas, advinhando-se um reconhecimento de que esse é um caminho para a mudança dos perfis profissionais, alinhando-os mais com princípios de natureza humanista.

Por outro lado, ao serem questionados sobre o *cuidado e respeito pelo outro* os professores/tutores mostram posições diferentes quanto a esta subcategoria, evidenciando-se a não citação a estes aspetos nos cursos de enfermagem e nutrição, e a baixa frequência de respostas nos demais cursos. Este dado chama a atenção pelo facto de *o cuidado e o respeito pelo outro* serem aspetos inerentes à relação do profissional com o paciente destes cursos.

Sobre a metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas (problematização), a análise revelou ainda que, apesar de existirem discursos que apontam para a ideia de que as metodologias ativas orientam para o trabalho em equipa e colaboração, esta relação foi maior entre os cursos de nutrição e psicologia. Pode-se inferir também que o facto de *o trabalho em equipa e a colaboração interprofissional* ser referido de forma regular entre os demais tutores, parece significar uma compreensão comum entre os entrevistados. É importante acentuar a forma prevalente da referência, em todos os discursos, das *soft skills*. Ou seja, as habilidades interpessoais como: autonomia, independência, inovação e de reflexão crítica, que estão na base de todos os currículos dos cursos de saúde da FPS, e

aparecem bem demarcados nos discursos dos professores/tutores, numa associação clara entre as metodologias ativas e o perfil do profissional que se está a formar.

Outro dado relevante neste ponto de análise é da parcimônia (muito baixa) referência nas falas dos tutores de todos os cursos sobre a capacidade de problematização e reflexão crítica. Novamente, para esta análise, pode-se supor que, por ser uma metodologia problematizadora este fator estaria implícito para os professores/tutores, podendo, por este facto, não ser por eles referido.

Em relação à categoria *contributos da metodologia ABP para a interprofissionalidade*, constata-se, na fala dos professores/tutores, o reconhecimento de que a oferta da prática profissional desde o início dos cursos favorece a vivência da prática entre os vários atores no cuidado em saúde. Segundo Paro & Pinheiro (2018), objetivando-se uma formação para a integralidade em saúde, faz-se necessário forjar novos arranjos que busquem a superação do distanciamento entre a atuação profissional e o mundo do trabalho, e que permitam a criação de novas institucionalidades para uma negociação permanente entre a produção do conhecimento e o atendimento às necessidades de saúde da população.

A análise dos discursos proferidos sobre **interprofissionalidade** revela existir intencionalidades por parte dos professores/tutores para se trabalhar nesta perspetiva, e, ao mesmo tempo denuncia dificuldades de se concretizar na prática, parecendo evidenciar o predomínio de uma racionalidade técnica nos processos formativos em curso (Paro & Pinheiro, 2018).

Em relação ainda à **aprendizagem interprofissional**, os professores/tutores dos cursos de saúde da FPS, na sua maioria, reconhecem que este é um desafio a ser transposto, manifestando dificuldade de essa aprendizagem se concretizar satisfatoriamente, necessitando de um trabalho conjunto entre profissionais de diferentes cursos. Destaca-se, entretanto, a potencialidade referida quanto às mudanças no trabalho em equipa, já praticado no dia a dia institucional, e à necessidade de se reforçar a reflexão sobre papéis e identidade profissional, entre todos, para que a **aprendizagem interprofissional** possa acontecer de forma integrada entre os cursos.

Apesar desta constatação, a análise permite inferir que, quer os princípios fundadores dos cursos de formação em saúde da FPS, quer a metodologia ABP, utilizada em todos os cursos, bem como o contato com a prática desde o início dos cursos, constituem pilares essenciais para se alcançar os pressupostos da **interprofissionalidade**. Também o reconhecimento da importância de desenvolvimento de competências globais e de partilha de saberes entre as várias áreas de saúde, constituem evidências que permitem inferir que a formação de profissionais de saúde da FPS se orienta para um perfil profissional vocacionado para a **interprofissionalidade** (Bennet et al., 2011; Costa, 2014; Reeves, 2016).

Quanto aos aspetos a melhorar, os professores/tutores sugerem um maior aproveitamento das atividades práticas, propostas desde o início dos cursos, como meio de implementar a aprendizagem significativa, contextualizada e a integração do conhecimento, assim como um maior investimento no trabalho colaborativo. Parece ficar também evidente da análise, tanto para os professores/tutores quanto para os estudantes, que o contato permanente com o modelo curricular proposto, afeta a sua ação. Os efeitos desta prática possibilitam a problematização, a troca de saberes entre áreas de atuação, a crítica aos conceitos estabelecidos sobre o perfil de cada profissão, pondo em questão a própria atuação do profissional de saúde.

Parece, pois, ficar claro dos depoimentos que, enquanto ferramenta metodológico-pedagógica, a ABP favorece a contextualização do currículo, motivando os estudantes a aprender de forma significativa, colaborativa e autónoma, tendo em conta as características das realidades onde vai ser desenvolvido. Conclui-se, igualmente, que essa ferramenta parece ser viabilizada pela oferta de prática desde o início dos cursos e pelas possibilidades que cria para potenciar questionamento, a reflexão crítica, promover a curiosidade e incentivar a procura de respostas, constituindo-se numa via para alcançar níveis de aprendizagens mais significativos para todos. (Fernandes et al, 2012; Leite & Fernandes, 2011; Morgado, 2011; Zabalza Beraza, 2012; Morin, 2011; Santos, 2017).

Neste âmbito de análise, os discursos dos profissionais/tutores reconhecem que é necessário enfrentar os desafios impostos à **prática interprofissional**, devendo-se buscar apoios institucionais, de respaldo nas políticas atuais e futuras, da qualificação do corpo

docente para **aprendizagem interprofissional**, no fortalecimento das relações entre faculdade, serviços e comunidades, da necessidade de investimento na mudança das relações interprofissionais e interpessoais dos muitos atores envolvidos, na formação e na produção dos serviços de saúde, entre outros (Costa, 2014).

Segundo Peduzzi e Agreli (2018) estas ideias se apoiam na necessidade de

Articulação dos processos de trabalho das diversas áreas constitutivas do trabalho em saúde, operada na experiência do cotidiano de trabalho nos serviços, permitindo forjar outra concepção de cuidado e de atenção à saúde com o horizonte normativo da saúde como valor e direito (p. 5).

Destaca-se, portanto, a prevalência no discurso dos professores/tutores na categoria *princípios que organizam os cursos de saúde da FPS*, a referência aos conceitos: interdisciplinaridade, ética, humanização e *soft skills*, indicando a importância destes princípios nos currículos dos cursos de saúde da FPS, ou seja, a sua importância para o desenvolvimento das competências gerais relacionadas ao perfil do profissional de saúde, com ênfase na autonomia, independência, inovação e criatividade, representativos da concepção do currículo na visão dos professores/tutores.

Constatou-se também que a relação que os professores/tutores estabelecem entre currículo e metodologia, e a ênfase nesta última, deixa implícita a importância processual do desenvolvimento do currículo. Infere-se a importância do trabalho colaborativo entre os professores/tutores na revisão constante do currículo, e nas atualizações nos manuais acadêmicos, e sua influência no trabalho com os estudantes. Ou seja, é uma prática que se atualiza na ação cotidiana, nos grupos tutoriais, laboratórios, oficinas e práticas, e que valoriza o currículo, não como mera prescrição, acentuando, desta forma, a importância da contextualização curricular (Fernandes et al., 2012) e dos atores como agentes configuradores do currículo (Leite & Fernandes, 2010; Figueiredo et al., 2019).

A nosso ver, tal situação poderá estar associada, entre outros aspetos, à forma coletiva e participativa como quase todos os projetos curriculares foram construídos e são desenvolvidos. Este facto aponta também para o carácter inovador do currículo e da metodologia, referido em várias falas dos professores/tutores sobre o currículo. O trabalho colaborativo, como se referiu, é uma prática desenvolvida através de múltiplos processos

que se entrecruzam, nos quais o professor/tutor é um elemento fundamental na concretização desses processos (Sacristán, 2013).

Conclui-se, por outro lado, que é necessário investir de modo longitudinal nos desenhos dos currículos para que se contemplem, de modo mais sustentado e sistemático atividades comuns a todos os cursos, com foco na **aprendizagem interdisciplinar, colaborativa e interprofissional**. Observa-se, assim, ainda a necessidade de se trabalhar na formação/capacitação docente de forma articulada entre os cursos, visando o fortalecimento dos pressupostos para o desenvolvimento das competências profissionais para a **colaboração interprofissional**.

Os dados das entrevistas aos professores/tutores corroboram, e estão em linha com os princípios que organizam os currículos de saúde da FPS. A este propósito os dados indicam, em síntese, que os currículos dos cursos de saúde da FPS, impulsionam o trabalho em equipa e colaborativo entre estudantes e professores, o que contribui para romper com uma lógica disciplinar e uniprofissional que, pese embora os avanços identificados, parece ainda imperar, de forma geral, nos modelos de ensino-aprendizagem do ensino superior em saúde, e em particular nos cursos de saúde da FPS (Peduzzi & Agreli, 2018; Reeves, 2016).

6.1.3. Perceções dos estudantes sobre princípios organizadores dos currículos de saúde da FPS na sua relação com um perfil profissional orientado para a interprofissionalidade

Nesta última dimensão do estudo abordam-se as perceções dos estudantes sobre os princípios organizadores dos currículos de saúde da FPS. Pretende-se responder à questão: *Em que medida os currículos da FPS favorecem uma formação do profissional de saúde orientada para a interprofissionalidade?*

Os dados apresentados referem-se às respostas dos estudantes as duas dimensões do questionário: i) *o trabalho em equipa e a colaboração* e ii) *identidade profissional*. Através das respostas dos estudantes procura-se compreender: *que relação os estudantes*

estabelecem entre a prática curricular e o processo de sua formação com foco na interprofissionalidade?

Vale salientar que os currículos de saúde da FPS não foram construídos na perspectiva da **aprendizagem interprofissional**, porém a adoção da metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), da prática como propulsora de aprendizagem significativa, da colaboração, do trabalho em pequenos grupos (grupos tutoriais), da comunicação (laboratórios de comunicação), parecem convergir para a relação entre perfil, missão, currículo e a colaboração, presente na compreensão dos professores/tutores e estudantes.

Através das respostas dos estudantes ao questionário sobre **trabalho em equipa e colaboração** (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) que avaliou a relação entre aprendizagem compartilhada; os benefícios para os pacientes se estudantes da área de saúde trabalhassem juntos (melhoria dos relacionamentos após a graduação); habilidades de comunicação com estudantes das várias áreas de saúde; e aprendizagem em pequenos grupos (confiança e respeito, conhecimento das próprias limitações), constata-se que existe um forte consenso quanto ao papel da orientação curricular, e sua prática focada na aprendizagem da problematização e na aprendizagem ativa, significativa e colaborativa.

Os dados provenientes do questionário aos estudantes, relacionados com a **identidade profissional**, permitem concluir, de forma não consensual (itens 17, 18, 19), que em relação aos profissionais de saúde é necessário adquirir mais conhecimento e habilidades do que outros estudantes de outras profissões. As respostas, de modo geral, apontam para a necessidade de se investir mais na reflexão sobre o trabalho e as práticas dos profissionais de saúde e ainda sobre a hegemonia do modelo biomédico no campo da saúde, tanto com os professores/tutores, quanto com os estudantes de saúde, como também em reflexões críticas sobre predisposições internalizadas nos processos de formação destes estudantes (Arruda & Moreira, 2018).

A partir da análise do olhar dos estudantes sobre a **aprendizagem interprofissional** e o desenvolvimento dos currículos dos cursos de saúde da FPS, relacionando-a com as percepções dos professores/tutores sobre a formação oferecida na FPS, constata-se a existência de um encontro de compreensão que corresponde aos princípios fundantes das

ações curriculares e que sedimentam alguns pré-requisitos fundamentais para o ensino-aprendizagem em que “apenas os conteúdos relevantes, significativos, atraentes e desafiadores podem despertar a energia da motivação intrínseca que estimulará esses processos” (Sacristán, 2013, p. 267)

6.2. Cruzando pontos de vista de professores/tutores e de estudantes - uma síntese

A análise das percepções dos professores/tutores e dos estudantes, envolvidos no presente estudo, sobre práticas curriculares dos cursos de saúde da FPS, evidenciou perspectivas concordantes. Os dados apresentados apontam para uma referência bastante acentuada, quer nos discursos professores/tutores, quer no dos estudantes, da constatação da importância dos conhecimentos prévios dos estudantes; da criação de vínculos afetivos entre eles; da comunicação e do diálogo; da participação colaborativa; e do trabalho em equipa durante a graduação para estabelecer uma formação com o perfil profissional vocacionado para a interprofissionalidade (Fernandes et al., 2012; Garcia & Puig, 2010).

Cruzando as percepções dos estudantes com as dos professores/tutores, pode-se inferir que as dificuldades encontradas para a efetivação de uma aprendizagem interprofissional recai sobre, a necessidade de uma interação e integração mais abrangentes e horizontais entre profissionais das diferentes áreas de saúde, a medida que se concebe o trabalho em equipa como trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos. A dificuldade é reconhecida, por alguns professores/tutores, a partir da sua própria formação (uniprofissional), do trabalho desarticulado entre os cursos (objetivos comuns) e da necessidade de reverem atuações profissionais (identidades) bem como de um currículo compartimentado, a partir de moldes disciplinares.

Quer para os estudantes, quer para professores/tutores, a aprendizagem compartilhada com outros estudantes de outras profissões da saúde ajudá-los-á na comunicação entre pacientes e outros profissionais; na oportunidade de trabalhar em

projetos, em pequenos grupos; no esclarecimento aos estudantes sobre a natureza dos problemas dos pacientes contribuindo, assim, para tornar os estudantes em futuros profissionais que trabalham em equipa. Estes dados reforçam a percepção dos atores envolvidos, de que os currículos da FPS fomentam a articulação dos conteúdos propostos com o profissionalismo interativo e orientações para a acção (Fullan & Hargreaves, 2001).

Em linha com ideias já antes referidas, a análise permite inferir que os discursos dos professores/tutores vão ao encontro dos dados recolhidos através do questionário aos estudantes, revelando que a prática curricular dos cursos de saúde da FPS parece contribuir para estimular o envolvimento dos estudantes nos processos de ensino-aprendizagem através da problematização, da pesquisa como promotora de questionamentos e desafios, num processo de trabalho em equipa e colaborativo e da prática no início dos cursos (experiência). Esta orientação está em sintonia com Dewey (2007) ao sustentar que:

Uma experiência, mesmo uma experiência muito humilde, é capaz de gerar e de conduzir qualquer quantidade de teoria (ou conteúdo intelectual), mas uma teoria, separada de uma experiência, não pode ser definitivamente compreendida nem como teoria. Tende a tornar-se uma mera fórmula verbal, um conjunto de palavras-chave utilizadas para tornar o pensamento, ou a teorização genuína, desnecessário e impossível (p. 134).

A análise realizada dos discursos dos professores/tutores em cruzamento com as respostas dos estudantes sobre sua percepção da interprofissionalidade e práticas profissionais, permitiu concluir que, quer as percepções dos professores/tutores, quer as percepções dos estudantes, os currículos de saúde da FPS têm efeitos significativos na formação dos estudantes, tanto quanto na atuação dos professores/tutores. Estes efeitos dizem respeito, entre outros aspetos, à disponibilidade dos estudantes para a aprendizagem interprofissional, e estão relacionados com a proposta da investigação como despoletadora das aprendizagens (gatilhos e conhecimento prévio dos estudantes), da observação dos contextos de prática (aprendizagem significativa) e da experiência (contextualização), para aquisição do conhecimento - que deve ser sempre secundária a estes fatores (Dewey, 2002; Leite & Fernandes, 2011; Morgado, 2011; Zabalza Beraza, 2012; Ball & Mainardes, 2011).

Dito de outro modo, interessa, portanto, refletir criticamente e discutir, com a participação de todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, a partir dos

modelos hegemônicos de formação e profissionalização em saúde, possibilidades de desenvolver currículos de formação em saúde orientados para a interprofissionalidade, revendo-se os objetivos, metas e ações curriculares. Dito de outro modo, importa articular diferentes discursos, incorporando as reinterpretações dos sujeitos envolvidos (Ball, 2001), acolhendo conflitos e os limites de cada área envolvida, e tendo em mente a importância da negociação democrática como forma de legitimar e garantir a integração curricular (Beane, 1993, 1995, 2000).

Em síntese, as respostas dos estudantes ao questionário, assim como os depoimentos dos professores/tutores mostram que estamos perante orientações e práticas curriculares focadas na aprendizagem ativa, que privilegiam a experiência dos estudantes, contextualizada, significativa e que formam a partitura curricular a partir de uma prática metodológica que interrelaciona tarefas e atividades dos professores e estudantes. É em consonância com esta linha de análise que alguns estudos apontam para a importância de se ampliar o debate sobre quais são os conteúdos que devem ser propostos e com que metodologias eles devem ser ensinados e aprendidos (Zabalza Beraza, 2012; Sacristán, 2010, 2017; Morrow & Torres, 1997; Young, 2010).

As opiniões expressas pelos professores/tutores indicam sentidos concordantes com os dos estudantes quanto à preponderância das bases dos currículos dos cursos de saúde da FPS, por estarem estas fortemente ancoradas na missão e princípios de uma formação pautada na humanização, autonomia e espírito críticos dos estudantes, sem de fato estas orientações cair em prescrições inoperantes de “boas intenções”.

6.3. Limitações e sugestões para futuros estudos

Neste ponto do trabalho procura-se dar conta das principais limitações sentidas na realização do estudo, bem como apontar algumas recomendações para futuras investigações.

Enquanto limitações, e tendo assumido como um dos objetivos identificar influências de políticas globais para educação superior em geral e, em particular, para os

cursos de graduação em saúde na Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS no Brasil, considera-se que o estudo poderia ter sido ampliado com a inclusão de outros contextos, e cursos de ensino superior em saúde no Brasil, no sentido de potenciar o cruzamento de outras visões e abordagens, tendo em conta os pressupostos teórico-metodológicos que estão na bases das orientações curriculares desses cursos podendo, assim, contribuir para um maior aprofundamento do nível de influências dessas políticas globais nas políticas de formação em saúde no Brasil.

Outro aspeto que pode constituir uma limitação do estudo prende-se ao facto de os participantes (professores/tutores e estudantes) fazerem parte da mesma instituição da pesquisadora. Este facto pode ter tido alguma influência, quer nas respostas dos professores/tutores, quer na dos estudantes, pese embora a investigadora não conhecesse a maioria dos estudantes e dos professores/tutores.

Reconhecendo esta eventual limitação, vale salientar que o facto de o estudo ter sido feito na instituição onde a pesquisadora é docente, facilitou a autorização da direção da instituição (FPS) para a realização do estudo, tendo sido reconhecida a sua pertinência para a FPS, nomeadamente no que respeita aos contributos que pode trazer para futuras adequações e atualizações nos currículos dos cursos de saúde da FPS, objetivando-se a adopção de práticas curriculares promotoras de uma **aprendizagem interprofissional**.

Refletindo sobre estes aspetos, os resultados do estudo e as suas conclusões apresenta-se algumas sugestões para futuras investigações:

- Alargamento do estudo a outras instituições do ensino superior de formação de profissionais de saúde no Brasil;
- Desenvolver estudos de natureza etnográfica com recurso à observação e outras técnicas de contacto com as realidades (focus group) para melhor compreensão da natureza das práticas curriculares em desenvolvimento e sua relação com a teoria;
- Cruzamento com outros estudos focados na mesma problemática da formação do profissional de saúde e na interprofissionalidade;
- Dar continuidade a esta pesquisa a partir do desdobramento das novas atualizações curriculares, em andamento na FPS, e da implantação do CAAIS

(Centro de Atenção e Aprendizagem Interprofissional em Saúde), previsto para iniciar seu funcionamento em 2022.

Para concluir, o presente estudo evidencia que as políticas globais voltadas para a educação superior de forma geral, e em particular nos cursos de saúde no Brasil, influenciam as práticas dos professores/tutores e a formação dos estudantes de saúde. Neste sentido, torna-se pertinente a investigação contínua no âmbito das influências das políticas educativas voltadas para uma atuação inovadora que contemple revisões dos currículos; contextualização curricular; reflexões sobre profissionalismo e identidade profissional e a concepção comum do que seja saúde, numa visão compartilhada por todos que fazem parte do processo ensino-aprendizagem. A aposta recai na conscientização da complexidade de todo este processo e inclusão dos participantes/parceiros nas decisões/intervenções em saúde. Estas adequações devem ser implementadas com o objetivo de analisar as suas implicações nas práticas e, desta forma, produzir conhecimento que possa contribuir para a produção de respostas singulares capazes de assumir, cada vez mais, os desafios de uma educação que ofereça condições de atender às novas demandas de saúde no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 20(59), 905-916. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
- Aguiar, V. (2016). Um balanço das políticas do governo Lula para a educação superior: continuidade e ruptura. *Rev. Sociol. Polit.*, 24(57), 113-126. <https://doi.org/10.1590/1678-987316245708>
- Aguilar-da-Silva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: Aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas)*, 16(1), 165-184. <https://doi.org/10.1590/S1414-40772011000100009>
- Ainley, P. (1999). *Learning policy*. London Macmillan.
- Albino, C., & Albano, S. L. (2008). A aplicação da teoria da aprendizagem significativa de Ausubel na prática improvisatória. *Revista Eletrônica da ANPPON*, 14(2), 115-133. <https://www.anppom.com.br/revista/index.php/opus/article/view/248/228>
- Almeida, M. (2003). *Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde*. Rede UNIDA.
- Almeida, M. J. (1999). *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Associação Brasileira de Educação Médica.
- Almeida, N., Filho. (2000). O conceito de saúde: ponto-cego e epidemiologia. *Rev. bras. epidemiol.*, 3(1-3), 4-20. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2000000100002>
- Almeida, N., Filho. (2014). Nunca fomos Flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 30(12), 2531-2553. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XET011214>
- Amado, J. (2013). *Manual de investigação qualitativa em educação* (2a ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- Antunes, R. (2005). *O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. Editora Boitempo.
- Apple, M. W. (1982). *Ideologia e currículo*. Brasiliense.
- Apple, M. W. (1989). *Educação e poder*. Artes Médicas.

- Apple, M. W. (2005). *Para além da lógica do mercado: compreendendo e opondo-se ao neoliberalismo*. DP&A Editora.
- Apple, M. W. (2006). *Ideologia e currículo* (3a ed.). Artmed.
- Apple, M. W. (2017). *A educação pode mudar a sociedade*. Vozes.
- Apple, M. W., & Beane, J. (Org.). (2001). *Escolas democráticas* (2a ed.). Cortez.
- Apple, M. W., & Beane, J. A. (2000). *Escolas democráticas*. Porto Editora.
- Apple, M. W., & King, N. R. (1985). Qué enseñan las escuelas? In J. G. Sacristán & A. G. Perez (Org.), *La enseñanza, su teoría y su práctica* (pp. 37-53). Akal.
http://www.terras.edu.ar/biblioteca/11/11DID_Eisner_Unidad_3.pdf
- Araújo, D.; Miranda M. C., & Brasil, S. L. (2007). Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31(1), 20-31.
<https://doi.org/10.22278/2318-2660.2007.v31.n0.a1421>
- Araújo, U. F., & Sastre, G. (Orgs.). (2009). *Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior*. Summus.
- Arnove, R. F., & Torres, C. A. (Eds.). (1999). *Comparative education: The dialectic of the global and the local*. Rowman and Littlefield Publishers.
- Arruda, L. S., & Moreira, C. O. (2018). Colaboração interprofissional: Um estudo de caso sobre profissionais do núcleo de atenção ao idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 22(64), 199-210. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>
- Ausubel, D. P. (2003). *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Plátano Edições Técnica.
- Ayres, J. R. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>
- Baldwin, A. (2012). *Exploring the international determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care*. ProQuest Dissertations Publishing.
<https://www.proquest.com/openview/231d5aeeee7da5fe87090088f826fac1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
- Ball, S. J. (1994). *Education reform: a critical and post-structural approach*. Open University Press.
- Ball, S. J. (1998). Cidadania global, consumo e política educacional. In L. Silva (Org.), A

escola cidadã no contexto da globalização (pp. 121-137). Vozes.

- Ball, S. J. (2001). Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. *Currículo sem Fronteiras*, 1(2), 99-116.
<https://gestaoeducacaoespecial.ufes.br/sites/gestaoeducacaoespecial.ufes.br/files/field/anexo/ball.pdf>
- Ball, S. J. (2011). Sociologia das políticas educacionais e pesquisa crítico-social: uma revisão pessoal das políticas educacionais e da pesquisa em política educacional. In S. J. Ball & J. Mainardes, *Políticas educacionais questões e dilemas* (pp. 10-32). Cortez.
- Ball, S. J. (2014). *Educação global S.A.: novas redes políticas e o imaginário neoliberal*. Editora UEPG.
- Ball, S. J., & Bowe, R. (1992). Subject departments and the ‘implementation’ of national curriculum policy: an overview of the issues. *J Curriculum Studies*, 24(2), 97-115.
<https://doi.org/10.1080/0022027920240201>
- Ball, S. J., & Bowe, R. (1998). El currículum nacional y su puesta en práctica: el papel de los departamentos de materias o asignaturas. *Revista de Estudios del Currículum*, 1(2), 105-131. <http://hdl.handle.net/11162/25117>
- Ball, S. J., & Mainardes, J. (Orgs.). (2011). *Políticas educacionais: questões e dilemas*. Cortez.
- Ball, S. J., Maguire, M., & Braun, A. (2012). *How schools do policy: Policy enactments in secondary schools*. Routledge.
- Banco Mundial. (2003). *Construir sociedades do conhecimento: nuevos desafíos para la educación terciária*. Grupo Banco Mundial.
- Banco Mundial. (2011). *Aprendizagem para todos. Estratégia 2020 para a educação do Grupo Banco Mundial. Resumo executivo*. Grupo Banco Mundial.
<http://documents.worldbank.org/curated/pt/461751468336853263/pdf/644870WP00PORT00Box0361538B0PUBLIC0.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency – based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181-187.
<https://doi.org/10.3109/13561829809014104>
- Barr, H. (2005). *Interprofessional education: Today, yesterday, and tomorrow. A review*. Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network.

- Barr, H., & Low, H. (2013). *Introdução à Educação Interprofissional*. Centro para o avanço da Educação (CAIPE). CENTRO
https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf
- Barr, H., Helme, M., & D'Avray, L. (2011). *Developing interprofessional education in health and social care courses in the United Kingdom: a progress report*. Health Sciences and Practice. <https://www.caipe.org/download/barr-h-helme-m-davray-l-2011-developing-interprofessional-education-in-health-and-social-care-courses-in-the-united-kingdom-a-progress-report-higher-education-academy-health-sci-2/>
- Batista, N. A. (2012). Educação Interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS, 2*, 25-28.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf
- Batista, P. N., Jr. (1998). Mitos da "globalização". *Estudos Avançados, 12*(32), 125-186.
<https://doi.org/10.1590/S0103-40141998000100012>
- Beane, J. (1997). *Integração curricular: a concepção do núcleo da educação democrática*. Didática Editora.
- Beane, J. A. (1993). Problems and possibilities for an integrative curriculum. *Middle School Journal, 25*(1), 18-23. <https://doi.org/10.1080/00940771.1993.11495181>
- Beane, J. A. (1995). Curriculum integration and the disciplines of knowledge. *The Phi Delta Kappan, 76*(8), 616-622. <http://www.jstor.org/stable/20405413>
- Beane, J. A. (2000). O que é um currículo coerente? In J. A. Pacheco (Org.), *Políticas de integração curricular* (pp. 39-58). Porto Editora.
- Beane, J. A. (2003). Integração curricular: a essência de uma escola democrática. *Currículo sem Fronteiras, 3*(2), 91-110.
- Becker, F. (2001). *Educação e construção do conhecimento*. Artmed.
- Bennett, P. N., Gum, L., Lindeman, I., Lawn, S., McAllister, S., Richards, J., Kelton, M., & Ward, H. (2011). Faculty perceptions of interprofessional education. *Nurse education today, 31*(6), 571–576. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.09.008>
- Berbel, N. A. (1998). A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação, 2*(2), 139-154. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000100008>
- Bernstein, B. (1971). *Class, code and control* (v.1). Routledge & Kegan Paul.

- Biato, E. C., Ceccim, R. B., Monteiro, S. B. (2017). Processos de criação na atenção e na educação em saúde: Um exercício de "timpanização". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(03), 621-640. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300013>
- Biesta, G. (2013). *Para além da aprendizagem: educação democrática para um futuro humano*. Autêntica.
- Bowe, R., Ball, S. J., & Gold, A. (1992). *Reforming education and changing schools: case studies in policy sociology*. London: Routledge.
- Braga, J. C., & Paula, S. G. (1986). *Saúde e previdência: Estudos de política social*. Hucitec.
- Bravo, M. I. (2006). Política de Saúde no Brasil. In A.E. Mota, M. I. Bravo, R. Uchôa, V. Nogueira, R. Marsiglia, L. Gomes, & M. Teixeira (Orgs.), *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. Cortez. <https://www.poteresocial.com.br/wp-content/uploads/2021/03/texto-Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-no-Brasil.pdf>
- Bridges, D. R., Davidson, R. A., Odegard, P. S., Maki, I. V., & Tomkowiak, J. (2011). Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Medical education online*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.3402/meo.v16i0.6035>
- Cabral, A., Neto. (2012). Mudanças contextuais e as novas regulações: Repercussões no campo da política educacional. *Revista Educação em Questão*, 42(28), 7-40. <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/4051>
- Caliani, F. M., & Bressa, R. C. (2017). Refletindo sobre a aprendizagem: as teorias de Jean Piaget e David Ausubel. *Colloquium Humanarum*, 14(Especial), 671-677. <http://dx.doi.org/10.5747/ch.2017.v14.nesp.001009>
- Cano, W. (2015). Brasil: construção e desconstrução do desenvolvimento. *Economia e Sociedade*, 26(2), 265-302. <https://doi.org/10.1590/1982-3533.2017v26n2art1>
- Carr, W., & Kemmis, S. (1988). *Teoria crítica de la enseñanza: La investigación-acción en la formación del profesorado*. Martinez Roca;
- Carvalho, R. E. (2010). *Educação inclusiva: com os pingos nos "is"* (2a ed.). Mediação.
- Ceccim, R. B. (2018). Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 22(suppl2), 1739-1749. <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>
- Cecilio, L. C. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos. (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 113-126). Abrasco.

- Chassot, A. (2011). *Alfabetização científica: questões e desafios para a educação* (5a ed.). Unijuí.
- Chehuen, J. A., Neto, Sirimarco, M. T., Cândido, T. C., Ulhoa, C. M., Reis, B. P., & Lima, V. M. (2015). *Formação médica generalista: Percepção do profissional e do estudante. HU Revista*, 40(1,2), 13-23.
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2095>
- Chiesa, G. R. (2016). *Além do que se vê: magnetismos, ectoplasmas e para cirurgias*. Multifoco.
- Costa, M. V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 20 (56), 197-198.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
- Costa, M.V. (2014). *Educação interprofissional como abordagem para a reorganização da formação profissional em saúde* [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e Prática* (2a ed.). Edições Almedina S.A.
- Cox, R. W., & Sinclair, T. J. (1996). *Approaches to world order*. Cambridge University Press.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (3a ed.). Artmed. <https://doi.org/10.26512/les.v13i1.11610>
- Cunha, M. V. (2001). *John Dewey a utopia democrática*. Rio de Janeiro: DP&A editora.
- D'amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec* [Tese]. Bibliothèque et Archives Canada.
https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
- Dale, R. (1994). A promoção do mercado educacional e a polarização da educação. *Educação, Sociedade & Cultura*, (2),109-139. <http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC2/2-6-dale.pdf>
- Dale, R. (2004). Globalização e educação: demonstrando a existência de uma “cultura educacional mundial comum” ou localizando uma “agenda globalmente estruturada para a educação?”. *Educação & Sociedade*, 25(87), 423-460.
<https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000200007>

- Dale, R., & Gandin, L. A. (2014). Estado, globalização, justiça social e educação: reflexões contemporâneas de Roger Dale. *Currículo sem Fronteiras*, 14(2), 5-16.
<http://hdl.handle.net/10183/109483>
- Dal-Farra, R. A., & Lopes, P. T. (2013). *Métodos mistos de pesquisas em educação: pressupostos teóricos. Nuances: estudos sobre Educação*, 24(3), 67-80.
<https://doi.org/10.14572/nuances.v24i3.2698>
- Dal-Farra, R., & Feters M. D. (2017). Recentes avanços nas pesquisas com métodos mistos: aplicações nas áreas de educação e Ensino. *Acta Scientiae*, 19(3), 466-492.
<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/acta/article/view/3116>
- Delors, J., Al-Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Geremck, B., Gorham, W., Kronhauser, A., Manley, M., Quero, M.P., Savané, M., Sinh, K., Stavenhagen, R., Suhr, M.W., & Nanzhao, Z. (1998). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. Cortez.
http://dhnet.org.br/dados/relatorios/a_pdf/r_unesco_educ_tesouro_descobrir.pdf
- Dewey, J. (1959). *Democracia e educação* (3a ed.). Editora Nacional.
- Dewey, J. (1976). *Experiência e educação* (2a ed.). Editora Nacional.
- Dewey, J. (2002). *A escola e a sociedade, a criança e o currículo*. Relógio D'Água Editores.
- Dewey, J. (2007). *Democracia e educação*. Didática Editora.
- Dolowitz, D., Hulme, R., Nellis, M., & O'Neill, F. (2000). *Policy transfer and British social policy: Learning from the USA?*. Open University Press.
- Domingos, A. M., Barradas, H., Neves, I. P., & Rainha, H. (1986). *A teoria de Bernstein em sociologia da educação*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Faculdade Pernambucana de Saúde. (2015). *Plano de Desenvolvimento Institucional: PDI 2015-2019*. FPS.
- Falbo, G. H., Neto. (2014) *A escola médica idealizada por Fernando Figueira: o início da História*. (Série Publicações Técnicas do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, n. 25.). Faculdade Pernambucana de Saúde.
https://www.fps.edu.br/a_fps/download/escolamedicafernandofigueira.pdf
- Fernandes, F. (1975). *A investigação etnológica no Brasil e outros ensaios*. Editora Vozes.
- Fernandes, P. (2011). *O currículo do ensino básico em Portugal: Políticas, perspectivas e desafios*. Porto Editora.

- Fernandes, P., Leite, C., Mouraz, A., & Figueiredo, C. (2012). Curricular contextualization: Tracking the meanings of a concept. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 22(4), 417-425. <https://doi.org/10.1007/s40299-012-0041-1>
- Ferreira, T. G., & Oliver, F. C. (2010). A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 21(3), 189-197. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p189-197>
- Ferreira, M. M., Avitabile, C., Botero Álvarez, J., Haimovich Paz, F., & Urzúa, S. (2017). *Em uma encruzilhada: ensino superior na América Latina e Caribe*. Tradução Banco Mundial. Grupo Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26489/211014ovPT.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
- Feuerwerker, L. C., & Sena, R. (2004). A construção de novos modelos de acadêmicos de atenção à saúde e de participação social. In Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, & Departamento de Gestão da Educação na Saúde, *Projeto piloto da VER-SUS Brasil: Vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde* (Cadernos de textos, pp. 149-178). Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf
- Figueiredo, C., Leite, C., & Fernandes, P. (2019). Entre enunciados políticos e os “corredores de liberdade” nas práticas curriculares dos professores. *Educação e Pesquisa*, 45, e189917. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634201945189917>
- Fink, L. D. (2013). *Creating significant learning experiences: an integrate approach to designing college courses*. Jossey-Bass.
- Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. (2004). A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*, 7(1), 29-43. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso
- Freire, P. (1988). *Pedagogia do oprimido* (14a ed.). Paz e Terra.
- Freire, P. (1992). *Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Paz e Terra.
- Freire, P. (1996) *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Paz e Terra.
- Freire, P. (2003) *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. (28a ed.). Paz e Terra.

- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., Scrimshaw, S., Sepulveda, J., Serwadda, D., & Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Fullan, M., & Hargreaves, A. (2001). *Por que é que vale a pena lutar?: o trabalho de equipa na escola*. Porto Editora.
- Furtado, J. P. (2007). Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 11(22), 239-255. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>
- Garcia, X. M., & Puig, J. M. (2010). *As sete competências básicas para se educar em valores*. Summus.
- Gentili, P. (2001). O discurso da “qualidade” como nova retórica conservadora no campo educacional. In P. Gentili, & T. T. Silva, T. T. (Orgs.), *Neoliberalismo: qualidade total e educação: visões críticas* (10a ed., pp. 111-177). Vozes.
- Gerring, J. (2019). *Pesquisa de estudo de caso: princípios e práticas*. Vozes.
- Gerschman, S., & Santos, M. A. (2006) O sistema de saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21(61), 177-190. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092006000200010>
- Giroux, H. (1986). *Teoria crítica e resistência em educação*. Ed. Vozes.
- Giroux, H. (1990). *Los profesores como intelectuales: hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Ed. Paidós.
- Gomes, A. C. (2005). Autoritarismo e corporativismo no Brasil: O legado de Vargas. *Revista USP*, (65), 105-119. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i65p105-119>
- Gomes, A. P., Dias Coelho, U. C., Cavalheiro, P. O., Gonçalves, C. A. N., Rôças, G., & Siqueira-Batista, R. A. (2008). Educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(1), 105-111. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000100014>
- Gomes, R., Brino, R., F., Aquilante, A. G., & Avó, L. R. (2009). Aprendizagem baseada em problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: Uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 433-440. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300014>

- Gomide, A. G. (2009). As diretrizes políticas da Unesco para a formação de professores e sua relação com a política de formação no Brasil.
- Gonçalves, R. B. (1992). Prática de saúde: processo de trabalho e necessidades (Cadernos CEFOR, Textos 1). CEFOR.
- Grundy, S. (1987). *Producto à práxis des curriculum* (3a ed.). Morata.
- Grundy, S. (1997). *Curriculum: product of práxis?*. The Falmer Press.
- Grupo Especial sobre Educación Superior y Sociedad. (2000). *La educacion superior em los países em desarrollo: peligros y promessas* (M. A. Monardes, Trans.). Banco Mundial. <http://www.tfhe.net/report/downloads/report/bm.pdf>
- Hargreaves, A. (1998). *Os professores em tempos de mudanças*. McGraw-Hill.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e a patologia do saber*. Imago.
- Kemmis, S. (1998). *El curriculum: más allá de la teoria de la reproducción*. Morata.
- Komatsu, R. S., Zanolli, M. B., Lima, V. V., Pereira, S. M., Fiorini, V. M., Branda, L. A. & Padilha, R. Q. (Eds.). (2003). *Guia do processo de ensino – aprendizagem: “Aprender a aprender”*. (4a ed.). São Paulo: Faculdade de Medicina de Marília. <https://famema.br/pbl/manuais/guia2003.pdf>
- Korthagen, F. (2010). La práctica, la teoría y la persona en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 68(24.2), 83-101. <https://research.vu.nl/files/2747439/247824.pdf>
- Leite, C. (2002). *O multiculturalismo no sistema educativo português*. Edições Gulbenkian.
- Leite, C., & Fernandes, P. (2010). Desafios aos professores na construção de mudanças educacionais e curriculares: que possibilidades e que constrangimentos?. *Revista Educação*, 33(3), 198-204. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/8076/5723>
- Leite, C., & Fernandes, P. (2011). Inovação pedagógica: uma resposta às demandas da sala de aula universitária. *Perspectiva*, 29(2), 507-533. <https://doi.org/10.5007/2175-795X.2011v29n2p507>
- Leite, C., & Fernandes, P. (2012). Curricular studies and their relation with the political agenda for education. *Transnational Curriculum Inquiry*, 9(2), 35-49. <https://doi.org/10.14288/tci.v9i2.183780>

- Leite, C., & Magalhães, A. (2009). Políticas e desenvolvimento curricular no ensino superior. *Revista Educação, Sociedade & Culturas*, 9-11.
https://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC28/28_prefacio.pdf
- Leite, C., & Fernandes, P. (2002). Potencialidades e limites da gestão curricular local para (e na) construção de uma escola com sentido para todos. In P. Abrantes, & M. L. S. Mendes, *Gestão Flexível de currículo: Reflexões de formadores e investigadores* (pp. 41-62). Ministério da Educação. Departamento da Educação Básica.
- Lima, J. A. (2002). *As culturas colaborativas nas escolas: estruturas, processos e conteúdos*. Porto Editora.
- Lima, K. (2007). *Contra-reforma na educação superior: de FHC a Lula*. Xamã.
- Lima, V. V., Komatsu, R. S., & Padilha, R. Q. (1996). UNI Marília: Capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de lideranças. *Divulgação em Saúde para Debate*, 12, 90-96.
- Lopes, A. C., & Macedo, E. (2010). *Currículo: Debates contemporâneos*. Cortez Editora;
- Ludke, M., & André, M. E. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. EPU.
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4091392/mod_resource/content/1/Lud_And_cap3.pdf
- Lundgren, U. P. (1997). *Teoría del currículum y escolarización* (2a ed.). Morata.
- Macedo, E. (2012). Currículo e conhecimento: aproximações entre educação e ensino. *Cadernos de Pesquisa*, 42(147), 716-737. <https://doi.org/10.1590/S0100-15742012000300004>
- Macedo, E., & Lopes, A. C. (2002). A estabilidade do currículo disciplinar: O caso das ciências. In A. C. Lopes, & E. Macedo, *Disciplinas e integração curricular: história e políticas* (pp.73-94). DP&A.
- Macedo, R. S. (2013). *Currículo: campo, conceito e pesquisa*. Editora Vozes.
- Machado, H. V. (2003). A identidade e o contexto organizacional. *Perspectivas de Análise. RAC*, Edição Especial, 51-73.
http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/a_366.pdf
- Mainardes, J. (2006). Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para análise de Políticas Educacionais. *Educação & Sociedade*, 27(94), 47-69.
<https://doi.org/10.1590/S0101-73302006000100003>

- Mainardes, J. (2015). Entrevista com o professor Stephen J. Ball. *Olhares: Revista do Departamento de Educação da Unifesp*, 3(2), 161-171.
<https://doi.org/10.34024/olhares.2015.v3.432>
- Mainardes, J., & Tello, C. (2016). A pesquisa no campo da política educacional: Explorando diferentes níveis de abordagem e abstração. *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas*, 24(75),1-16.
- Mancebo, D. (2004). Reforma universitária: reflexões sobre a privatização do conhecimento. *Educação & Sociedade*, 25(88), 845-866.
<https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000300010>
- Masetto, M. T. (2003). *Competência pedagógica do professor universitário*. Summus Editora.
- Masetto, M. T. (2018). Metodologias ativas no ensino superior: Para além da sua aplicação, quando fazem a diferença na formação de profissionais?. *Revista e-curriculum*, 16(3), 650-667. <https://doi.org/10.23925/1809-3876.2018v16i3p650-667>
- Masetto, M. T., Nonato, B., & Medeiros, Z. (2017). Inovação curricular no ensino superior: entrevista com Marcos Tarciso Masetto. *Revista Docência do Ensino Superior*, 7(1), 203-210. <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2300>
- Masini, E. F., & Moreira, M. A. (2008). *Aprendizagem significativa: condições para ocorrência e lacunas que levam a comprometimentos*. Vetor.
- Massako, L. (1994). *Cem anos de saúde pública: A cidadania negada*. Editora UNESP.
- Matos, M. C., & Paiva, E. V. (2009). *Currículo integrado e formação docente: Entre diferentes concepções e práticas*. <https://ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/Vertentes/Maria%20do%20Carmo%20e%20Edil.pdf>
- Matos, R. A., & Baptista, T. W. F. (Org). (2015). *Caminhos para análise das políticas de saúde* (Série Interlocações). Rede Unida.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro, & R. A. Matos, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (8a ed., pp. 39-66). Abrasco; UERJ.
- Matus, C. (1997). O processo de produção social. In C. Matus, *Política, planejamento e governo* (pp. 99-134). Ipea.
- Mcnair, R. P. (2005). The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, 39(5): 456-464.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02116.x>

- Meyer, J. W., & Hannan, M. T. (1979). (Org). *National development and the world system: Educacional, economic and political change, 1950-1970*. University of Chicago Press.
- Meyer, J. W., & Kamens, D. H. (1992). Conclusion: accounting for a world curriculum. In J. W. Meyer, D. H. Kamens, & A. Benavot. (Org), *School knowwledge for the masses: World models and national primary curricular categories in the twentieth century* (pp. 165-179). Falmer. <https://doi.org/10.4324/9781315225173>
- Meyer, J. W., Boll, J., Thomas, G. M., & Ramirez, F. O. (1997). World society and the nation-state. *American Journal of Sociology*, 103(1), 144-181. <https://doi.org/10.1086/231174>
- Moreira, A. F. (Org.). (1997). *Currículo: questões atuais*. Papirus.
- Moreira, C. O. (2002). *Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey*. EDUSF.
- Moreira, M. A. (2011). Abandono da narrativa ensino centrado no aluno e aprender a aprender criticamente. *Ensino, Saúde e Ambiente*, 4(1), 2-16. <https://doi.org/10.22409/resa2011.v4i1.a21094>
- Moretti-Pires, R. O. (2009). Complexidade em saúde da família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 153-166. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000300013>
- Morgado, J. C. (2011). Identidade e profissionalidade docente: sentidos e (im)possibilidades. *Ensaio: avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 19(73), 793-812. <https://doi.org/10.1590/S0104-40362011000500004>
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Instituto Piaget.
- Morin, E. (2000). *Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar*. Garamond.
- Morin, E. (2001). *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2011). *A via: para o futuro da humanidade*. Ediciones Paidós.
- Morrow, R. A., & Torres, C. A. (1997). *Teoria social e educação*. Edições Afrontamento.
- Nascimento, D. D., & Oliveira, M. A. (2010). Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde e Sociedade. Parte 1*, 19(4), 814-827. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000400009>
- OCDE. (2008). *Enseignement supérieur pour la société de la connaissance*. <http://ifgu.auf.org/media/document/40345193.pdf>

- OCDE. (2011). *L'enseignement supérieur à l'horizon 2030: mondialisation*. (Vol. 2).
http://www.cadeul.ulaval.ca/envoi/lenseignement_superieur_a_lhorizon_2030.pdf.
- OECD. (2018). *The Future of education and skills: education 2030*.
[https://www.oecd.org/education/2030/E2030%20Position%20Paper%20\(05.04.2018\).pdf](https://www.oecd.org/education/2030/E2030%20Position%20Paper%20(05.04.2018).pdf)
- Oliveira, C. R., & Oliveira, R. C. (2011). Direitos sociais na constituição cidadã: um balanço de 21 anos. *Serviço Social & Sociedade*, 105, 5-29. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100002>
- Oliveira, D. A. (2011). Das políticas de governo à política de estado: Reflexões sobre a atual agenda educacional Brasileira. *Dossiê: as políticas educacionais dos novos governos na América Latina. Educação & Sociedade*, 32(115), 323-337.
<https://doi.org/10.1590/S0101-73302011000200005>
- Oliveira, J. (2014). *Compreender Hans Jonas*. Editora Vozes.
- Orchard, C. A., King, G. A., Khalili, H., & Bezzina, M. B. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and testing of the instrument. *Journal of continuing education in the health professions*, 32 (1), 58-67.
<https://doi.org/10.1002/chp.21123>
- Pacheco, J. A. (2001). Teoria curricular crítica: Os dilemas (e contradições) dos educadores críticos. *Revista Portuguesa de Educação*, 14(1), 49-71.
<http://hdl.handle.net/1822/542>
- Pacheco, J. A. (2005). *Estudos curriculares*. Porto: Porto Editora.
- Pacheco, J. A. (2014). *Educação, formação e conhecimento*. Porto: Porto Editora.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: Contribuição para compreensão e crítica*. EDUFBA; Fiocruz. <https://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>
- Paim, J. S. (2013). A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, 29(10), 1927-1936. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>
- Paiva, C. H., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Análise: História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 15-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>
- Paraskeva, J. M., Luís, A., Gandin, L., & Hipólito, A. M. (2004). A imperiosa necessidade de uma teoria e prática pedagógica radical crítica: diálogo com Jurjo Torres Santomé. *Currículo sem Fronteiras*, 4(2), 5-32. <https://www.researchgate.net/profile/Alvaro->

Hypolito-

2/publication/267553794_A_IMPERIOSA_NECESSIDADE_DE_UMA_TEORIA_E_PRATICA_PEDAGOGICA_RADICAL_CRITICA_Dialogo_com_Jurjo_Torres_Santome/links/546f9b2a0cf2d67fc0311981/A-IMPERIOSA-NECESSIDADE-DE-UMA-TEORIA-E-PRATICA-PEDAGOGICA-RADICAL-CRITICA-Dialogo-com-Jurjo-Torres-Santome.pdf

Paro, C. A., & Pinheiro, R. (2018). Interprofissionalidade na graduação em saúde coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Suppl 2), 1577-1588. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0838>

Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 22(supl2), 1525-1534. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>

Peduzzi, M., Agreli, H. L., Silva, J. A., & Souza, H. S. (2018). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(suppl 1), e0024678. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C., Silva, J. A., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. esc. enferm. USP*, 47(4), 977-983. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>

Peduzzi, M., Norman, I., Coster, S., & Meireles, E. (2015). Adaptação transcultural e validação o de Readness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(Esp. 2), 7-15. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>

Peixoto, T. C., & Brito, M. J. (2010). Protocolo clínico com dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. *Saúde Debate*, 39(107), 1053-1064.

Pereira, J. C., Jr. (2018a). A CF-1988 na Berlinda: Trinta anos de disputas por um projeto nacional de desenvolvimento nos trópicos. *Saúde em debate*, 42 (spe3), 18-32. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S302>

Pereira, L. A., Lopes, M. G., & Lugarinho, R. (2006). Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar?. <http://www.fnepas.org.br>

Pereira, M. F. (2018b). Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 22(Supl. 2), 1753-1756.

Perrenoud, P. (1999). Construir as competências desde a Escola. Artmed.

- Perrenoud, P. (2002). *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed.
- Piaget, J. (1976) *Psicologia e Pedagogia* (4a. ed.). Ed. Forense.
- Pinheiro, F. T., Tavares, N. B., Araújo, A. F., & Silva, J. P. (2018). Reflexões sobre o sistema de saúde: Da gênese à crise contemporânea. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, 17(2), 82-90. <https://doi.org/10.36925/sanare.v17i2.1265>
- Pinheiro, P. C., & Giordan, M. O. (2010) Preparo de sabão de cinzas em Minas Gerais, Brasil: do status de etnociência à sua mediação para a sala de aula utilizando um sistema hipermídia etnográfico. *Investigações em Ensino de Ciências*, 15(2), 355-383.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (2009). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde* (8a ed.). Abrasco.
- Pinto, L. F. (2006) *Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil* [Tese]. Fiocruz.
- Popkewitz, T. (2015). Educational planning, sciences, and the conservation of the present as the problem of change: should we take seriously the cautions of Foucault and Rancière?. *European Journal of Curriculum Studies*, 2(1), 191-205.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2017). *Manual de investigação em ciências sociais* (7a ed.). Gradiva;
- Rancière, J. (2013). *O mestre ignorante: cinco lições sobre emancipação intelectual*. Autentica.
- Raynaut, C. (2014). Os desafios contemporâneos da produção do conhecimento: o apelo para interdisciplinaridade. *Revista Internacional Interdisciplinar INTER Thesis*, 11(1), 1-22. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2014v11n1p1>
- Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa da Organização em Saúde*. Organização Mundial de Saúde. https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 20(56), 185-196. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013) *Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes* (update).

Cochrane Database Systematic Reviews, (3), CD002213.
<https://dx.doi.org/10.1002%2F14651858.CD002213.pub3>

Ribeiro JR., & Wilson, A. (2005). Hipócrates de cós. In H. F. Cairus & W. A. Ribeiro Jr., *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença* (Coleção História e Saúde, pp. 11-24). Editora Fiocruz. <https://books.scielo.org/id/9n2wg/pdf/cairus-9788575413753.pdf>

Ribeiro, G. M. (2018). *Novo manual de investigação: Do rigor à originalidade como fazer uma tese no século XXI*. Lisboa: Editora Contraponto.

Rivera, F. J. (2003). *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Editora Fiocruz.
<https://doi.org/10.7476/9788575413036>

Robertson, R. (1995). Globalization: time-space and homogeneity-heterogeneity. In M. Featherstone, S. Lash, & R. Robertson (Eds.), *Global modernities* (pp. 25-44). Sage Publications.

Robertson, S., & Dale, R. (2017). Comparando políticas em um mundo em globalização: reflexões metodológicas. *Educação & Realidade*, 42(3), 859-876.
<https://doi.org/10.1590/2175-623670056>

Robertson, S., & Verger, A. (2012). A origem das parcerias público-privadas na governança global da educação. *Revista Educação & Sociedade*, 33(121), 1133-1156.
<https://doi.org/10.1590/S0101-73302012000400012>

Rosenberg, M. B. (2006). *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. Editora Ágora.

Sacristán, J. G (Org.). (2010). *Saberes e incertezas sobre o currículo*. Editora Penso.

Sacristán, J. G. (2013). O que significa o currículo? In J. G. Sacristán. (Org.), *Saberes e incertezas sobre o currículo*. Penso.

Sacristán, J. G. (2017) *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. Penso Editora;

Santos, A. C., & Leite, C. (2020). Professor agente de decisão curricular: uma scriptura em Portugal. *Magis, Revista Internacional de investigación en Educación*, 13, 1-21.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.m13.padc>;

Santos, B. S. (2005). A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. Editora Cortez.

Santos, B. S. (2007). Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos estudos CEBRAP*. (79), 71-94. <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>

- Santos, B. S. (2010). *Um discurso sobre as ciências* (16a ed.). Edições Afrontamento.
- Santos, B. S. (2017). *As bifurcações da ordem, revolução, cidade, campo e indignação*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santos, B. S. (2018). O fim do Império Cognitivo: a Afirmação das Epistemologias do sul. Edições Almedina.
- Santos, D. B., Figueiredo, K. L., Horta, N. C. (2014). A integralidade e a prática do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Enfermagem Revista*, 17(1), 83-99.
<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12795/10013>
- Schneider, B., Ehrhart, M. G., & Macey, W. H. (2013). Organizational climate e culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361-388.
<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
- Seixas, A. M. (2001). Políticas educativas para o ensino superior: A globalização neoliberal e a emergência de novas formas de regulação estatal. In S. R. Stoer, L. Cortesão, & J. A. Correia (Orgs.), *Transnacionalização da educação: Da crise da educação à educação da crise* (pp. 211-239). Afrontamento.
- Sguissardi, V. (2000). O desafio da educação superior no Brasil: Quais são as perspectivas?. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 5(2), 7-24.
<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/1098>
- Silva, J.R., Jr., & Sguissardi, V. (2005). A nova lei de educação superior: fortalecimento do setor público e regulação do privado/mercantil ou continuidade da privatização e mercantilizacão do público?. *Revista Brasileira de Educação*, (29), 5-27.
<https://doi.org/10.1590/S1413-24782005000200002>
- Silva, T. T. (1999). *Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo*. Autêntica Editora.
- Souza, A. R. (2016). A teoria da agenda globalmente estruturada para a educação e sua apropriação pela pesquisa em políticas educacionais. *RBPAE*, 32(2), 463-485.
<https://seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/63947/38376>
- Souza, M., & Carvalho, D. C. (2019). Educação, estado e Ideologia no Brasil: Da colônia (1549) à república (1889). *Actualidades Investigativas en Educación*, 19(3), 420-442.
<https://dx.doi.org/10.15517/aie.v19i3.38626>
- Speller, P., Robl, F., & Meneghel, S. M. (Orgs.). (2012). *Desafios e perspectivas da educação superior Brasileira para a próxima década 2011-2020*. UNESCO.
<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/DESAFIOS-E>

PERSPECTIVAS-DA-EDUCA%C3%87%C3%83O-SUPERIOR-BRASILEIRA-PARA-A-PROXIMA-DECADA.pdf

- Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Penso.
- Stenhouse, L. (1987). *La investigación como base de La enseñanza*. Morata.
- Stoer, S. R. (2002). Educação e Globalização: Entre regulação e emancipação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, 33-45. <https://doi.org/10.4000/rccs.1254>
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). Putting the human bacck in "human research methodology": the researcher in mixed. *Journal of mixed Methods Research*, 4(4), 271-277. <https://doi.org/10.1177%2F1558689810382532>
- Teodoro, A. (2003). *Globalização e educação: Políticas educacionais e novos modos de governação*. Cortez.
- Teodoro, A. (2006). *Professores, para quê?: mudanças e desafios na profissão docente*. Profedições.
- Thiesen, J. A. (2008). Interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*, 13(39), 545-554. <https://www.revistas.udesc.br/index.php/percursos/article/download/1541/1294/2635>
- Toassi, R. F. (Org.). (2017). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos* (v.6, Série Vivência em Educação na Saúde). Editora Rede Unida. <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>
- Torres Santomé, J. (1996). A instituição escolar e a compreensão da realidade: O currículo integrado. In L. H. Silva, J. C. Azevedo & E. S. Santos (Orgs.). *Novos mapas culturais. Novas perspectivas educacionais* (pp. 58-74). Editora Sulina;
- Torres Santomé, J. (1998). *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Artmed.
- Torres Santomé, J. (2013). *Currículo escolar e justiça social: o cavalo de Troia da educação*. Penso.
- Torres, C. A. (2005). Conhecimento especializado, apoios externos e reforma educativa na época do neoliberalismo: Enfoque no Banco Mundial e na questão das responsabilidades morais na reforma educacional no terceiro mundo. *Revista Lusófona de Educação*, 5(5), 15-36. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1009/829>

- UNESCO. (2000, abril 26-28). *Educação para todos fazendo face aos nossos compromissos coletivos*. Fórum Mundial de Educação, Dakar.
www.unesco.org.br/publicações/livros/educatodosdakar/mostra_padrao
- UNESCO. (2009). *Conferência mundial sobre ensino superior: as novas dinâmicas do ensino superior e pesquisas para a mudança e o desenvolvimento social*. UNESCO.
<http://portal.mec.gov.br/docman/abril-2010-pdf/4512-conferencia-paris>
- UNESCO. (2015). *Educação para a cidadania global: Preparando alunos para os desafios do século XXI*. UNESCO. http://www.peaunesco-sp.com.br/encontros/nacional_2016/4%20Educacao%20para%20Cidadania%20Global/3_Arquivo.pdf
- UNESCO. (2016). *Educação 2030: Declaração de Incheon e Marco de ação para a implementação do objetivo de desenvolvimento sustentável. Assegura a educação inclusiva e equitativa de aprendizagem ao longo da vida*. UNESCO.
http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/aa_ppd_educacaoinclusiva/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Incheon%20e%20Marco%20de%20A%C3%A7%C3%A3o%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%202030.pdf
- Universidade Federal de Santa Catarina. [TV UFSC]. (2018, novembro 6). *Diálogos com Antonio Nóvoa* [Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=lW2fqBCqL7I>
- Varela, B. L. (2011). *Concepções, práxis e tendências de desenvolvimento curricular no ensino superior público em cabo verde: um estudo de caso sobre a Universidade de Cabo Verde* [Tese]. Universidade do Minho. <http://hdl.handle.net/1822/19988>
- Varela, D. S., Carvalho, M. M., Barbosa, M. U., Silva, I. Z., Gadelha R. R., & Machado, M. F. (2016). Diretrizes curriculares nacionais e a formação de profissionais para o SUS. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 6(3), 39-43.
<https://doi.org/10.18378/rebes.v6i3.3928>
- Venturelli, J. (2003). *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos* (2a ed.). Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.
- Vries-Erich, J., Reuchlin, K., Maaijer, P., & van de Ridder, J. M. (2017). Identifying facilitators and barriers for implementation of interprofessional education: Perspectives from medical educators in the Netherlands. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), 170-174.
<http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1261099>
- Vygotsky, L. S. (1996). El problema de la edad. In L. S. Vygotski, *Obras Escogidas IV* (pp. 251-273). Aprendizaje Visor.
- Vygotsky, L. S. (1997). Los problemas fundamentales de la defectología contemporánea. In L. S. Vygotski, *Obras Escogidas V: fundamentos de defectología* (pp. 11-40). Visor.

- Vygotsky, L. S. (1998). *A formação social da mente*. Martins Fontes.
<http://bds.unb.br/handle/123456789/655>
- Vygotsky, L. S. (2004). *Teoria e método em psicologia* (3a ed.). Martins Fontes.
- World Health Organization. (1986). The Ottawa charter for health promotion. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Penso.
- Yin, R. K. (2017). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso Editora;
- Young, M. F. (2010). *Conhecimento e currículo. Do socioconstrutivismo ao realismo social na sociologia da educação*. Porto: Porto Editora.
- Zabala, A. (2002). *Enfoque globalizador e pensamento complexo: uma proposta para o currículo escolar*. Artmed.
- Zabalza Beraza, M. A. (2012). Articulación y diseño curricular: El eterno desafio institucional. *REDU. Revista de Docencia Universitária*, 10(3): 17-48.
<https://doi.org/10.4995/redu.2012.6013>
- Zarifan, P. (2001). *Objetivo competência: por uma nova lógica*. Atlas.

LEGISLAÇÃO

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Decreto nº 3.860, de 9 de julho de 2001. Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências.
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2001/decreto-3860-9-julho-2001-342382-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI.
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm
- LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (3a ed.). (2019).
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/559748>
- LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. (2017).
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bases_1ed.pdf

- Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10172.htm
- Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.861.htm
- Lei nº 11.096, de 13 de janeiro de 2005. Institui o Programa Universidade para Todos - PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei nº 10.891, de 9 de julho de 2004, e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11096.htm
- Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm
- Parecer CNE/CES 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
- Parecer CNE/CP 9/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/009.pdf>
- Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Projeto de Lei nº 8.035, de 20 de dezembro de 2010. Aprova o Plano Nacional de Educação Decênio 2011-2020 e dá outras providências. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=490116>
- Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN32014.pdf?query=classificacao
- Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
- Resolução CNE/CES Nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>

Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia.
https://normativasconselhos.mec.gov.br/normativa/view/CNE_RES_CNECESN52011.pdf?query=Brasil

Resolução CNE/CES Nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição.
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>

Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências.
<http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2017-pdf/74371-rces006-17-pdf/file>

ANEXOS

ANEXO I – Entrevista com tutores

Entrevista aberta para recolha de dados com os tutores dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

ENTREVISTA COM OS TUTORES DOS CURSOS DA FPS

A presente entrevista insere-se num projeto de investigação que está a ser desenvolvido por Andréa Echeverria no âmbito da tese de doutoramento na Faculdade de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Através desta entrevista semiestruturada pretende-se conhecer a opinião/percepção que os tutores dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde têm sobre o currículo e os processos do seu desenvolvimento. Serão acutelados todos os aspetos éticos, nomeadamente os procedimentos relacionados com o consentimento livre e esclarecido, a confidencialidade e o anonimato dos dados.

Não há respostas **certas** ou **erradas**, pretendendo-se apenas a sua opinião e percepções pessoais e sincera.

Esta entrevista é de natureza **confidencial** e **anónima**.

Obrigada pela tua resposta.

Título: Currículo de formação de profissionais de saúde no Brasil - que espaço para a aprendizagem interprofissional?		
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mapear influências das políticas globais nos currículos nacionais para formação do profissional em saúde. - Analisar relações entre os planos curriculares dos cursos de saúde da FPS e -competências orientadas para a interprofissionalidade. - Identificar sentidos atribuídos por tutores (entrevistas) e por estudantes (questionário) sobre princípios organizadores do currículo de saúde da FPS e os processos do seu desenvolvimento na sua relação com um perfil profissional orientado para a interprofissionalidade. 		
Guia de perguntas	Desenvolvimento	Observações
<p>CURRÍCULO</p> <p><i>Sobre o conhecimento do currículo do seu curso.</i></p> <p><i>Sobre a identificação com a proposta curricular.</i></p> <p><i>Sobre a motivação no desenvolvimento de seu trabalho relacionado entre a proposta curricular e o processo de formação do estudante.</i></p>	<p>Identificar se o tutor faz relação entre o currículo e o perfil do profissional de saúde que se pretende formar na FPS.</p> <p>Identificar sentimentos associados as motivações com o trabalho na FPS.</p>	
<p>PERFIL</p> <p><i>Sobre o perfil do profissional que a FPS pretende formar.</i></p> <p><i>Me identifico ou não com este perfil.</i></p>	<p>Caracterizar no discurso do tutor o conhecimento sobre o perfil do egresso e a sua relação com a formação oferecida pela FPS.</p> <p>Registrar no discurso dos tutores a utilização dos termos: ética, humanização, trabalho colaborativo, em equipe, interprofissionalidade.</p>	
<p>METODOLOGIA</p> <p><i>Trabalhar com a metodologia ABP é...</i></p> <p><i>O modelo metodológico influencia a formação do profissional de saúde com relação ao perfil que se pretende formar na FPS...</i></p>	<p>Identificar no discurso dos tutores a associação entre a metodologia ABP e o perfil do profissional egresso.</p> <p>Registrar no discurso dos tutores a utilização dos termos: ABP e perfil profissional.</p>	
<p>MISSÃO</p> <p><i>A missão institucional é divulgada desde o início do seu trabalho na FPS?</i></p> <p><i>Me identifico com a missão institucional de formar profissionais éticos, humanizados.</i></p>	<p>Distinguir no discurso dos tutores as referências ao perfil do profissional egresso e a sua relação com a compreensão a missão institucional;</p>	

ANEXO II – TCLE com professores/tutores

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **Currículo de formação de profissionais de saúde no Brasil - que espaço para a aprendizagem interprofissional?** a Este estudo se destina a compreender a relação entre currículo de formação de profissionais de saúde em desenvolvimento na Faculdade Pernambucana de Saúde e o perfil do profissional que se pretende formar. A importância desse estudo baseia-se na redução de muitos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo, sendo pouco estudado em nosso país, principalmente quando enfocamos a atuação e formação interprofissional na perspectiva dos tutores.

As questões da entrevista devem ser respondidas individualmente. O anonimato será garantido sendo as respostas analisadas como coletivo de modo a assegurar esse anonimato.

A sua participação é voluntária e a recusa em responder não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, podendo interromper a sua participação a qualquer momento.

Não haverá identificação do tutor em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

A participação no estudo não acarretará custos e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Ciente destas informações aceito participar da pesquisa.

Curso: _____ Sexo: F: _____ M: _____ Idade: _____

Tempo de trabalho na FPS: _____

Assinatura: _____

ANEXO III – Escala RIPLS**Escala – Disponibilidade para o aprendizado interprofissional**

Versão da escala – Readiness of Interprofessional Learning Scale (RIPLS) validada em português por Peduzzi et al. (2015)

Por favor, responda às questões abaixo que tratam do aprendizado compartilhado entre estudantes de diferentes áreas profissionais:

1= Discordo totalmente	2= Discordo	3= Não concordo nem discordo	4= Concordo	5= Concordo totalmente
------------------------	-------------	------------------------------	-------------	------------------------

		Discordo totalmente 1	Discordo 2	Não concordo nem discordo 3	Concordo 4	Concordo totalmente 5
1	A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde					
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes					
3	Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos					
4	A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação					
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde					
6	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente					

	sobre outros profissionais?					
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros					
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde?					
9	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações					
10	Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.					
11	Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.					
12	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.					
13	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais					
14	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.					
15	A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes					
16	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe					
17	A função dos demais profissionais da saúde é					

ANEXOS

	principalmente apoio aos médicos					
18	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde					
19	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu					
20	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional)					
21	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)					
22	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico)					
23	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente)?					
24	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)					
25	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente)					
26	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente)?					
27	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente)					

ANEXO IV – TCLE com estudantes

Faculdade Pernambucana de Saúde

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO^[L]_[SEP] Título^[L]_[SEP] JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS^[L]_[SEP] Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa^[L]_[SEP] **Currículo de formação de profissionais de saúde no Brasil – que espaço para a aprendizagem interprofissional?**

O objetivo desse projeto é:

O presente estudo visa produzir conhecimento sobre o modo como professores/tutores e estudantes dos diferentes cursos de saúde da FPS avaliam os currículos dos cursos ao nível das concepções que os fundamentam, dos processos do seu desenvolvimento e dos efeitos, levando-se em conta as competências configuradoras da missão institucional para a formação um perfil profissional em acordo com as suas premissas.

O(os) procedimento(s) de coleta de dados será da seguinte forma:

Metodologicamente, a investigação estrutura-se numa abordagem mista, com recurso ao estudo de caso. Como técnicas de recolha e coleta de dados recorrer-se-á: i) à análise de documentos institucionais, leis e outras orientações para o ensino superior; ii) a entrevista semiestruturada iii) ao inquérito por questionário de perguntas fechadas a estudantes de todos os cursos da FPS (amostra ainda a definir). A análise qualitativa de conteúdos documentais e dos discursos dos inquiridos será feita com base na técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016); os dados do inquérito por questionário serão sujeito a análise estatística com recurso ao programa SPSS. Os resultados finais decorrerão de uma triangulação dos dados feita por relação com os objetivos e questões da investigação.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

O estudante será informado da confidencialidade das informações prestadas e do sigilo da mesma. Sua participação será espontânea, devendo o mesmo ficar livre para aceitar ou não participar da investigação. Caso seja identificado algum sinal de desconforto ao responder ao questionário o estudante está livre para não dar continuidade às informações ou ainda

se necessário, e se solicitado, o estudante será encaminhado para o apoio psicopedagógico. Os benefícios com a investigação diz respeito à produção de conhecimento sobre os processos cruciais do desenvolvimento curricular dos cursos de saúde da FPS, assim como facilitar a sua gestão e o aperfeiçoamento dos processos de ensino-aprendizagem, de avaliação e acompanhamento dos resultados esperados.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

O estudante será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Ele é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o _____ desejar. Os _____ pesquisadores

_____ certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: **Andréa Echeverria Martins Arraes de Alencar** (andrea.echemartins@gmail.com) e **Preciosa Fernandes** (preciosa@fpce.up.pt) através dos telefones (81) 999546802, (351) 917510288 ou endereço Rua das Pernambucanas, 74, apt. 1001, Graças Recife, PE ou Rua Alfredo Allen, 4200-135 Porto, Portugal ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde, sito à Av. Mascarenhas de Moraes, no 4861, Imbiribeira- Recife- PE. CEP: 51150- 000.Bloco: Administrativo Tel: (81)33127755que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ANEXO V – Perguntas aos estudantes

Perguntas aos estudantes da FPS	Respostas	
Sexo	F ()	M ()
Idade		
Curso		
Período que estou cursando		
Conheço a matriz de meu curso	Sim ()	Não ()
Identifico nas atividades curriculares o estímulo ao trabalho interprofissional com outros cursos de saúde da FPS	Sim ()	Não ()