

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO VALE DO ACARAÚ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

**CONCEPÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES ACERCA DE
METODOLOGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: Análise
do Caso do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do
Vale do Acaraú em Sobral-CE**

TIAGO JOSÉ SILVEIRA TEÓFILO

SOBRAL-CEARÁ
2006

TIAGO JOSÉ SILVEIRA TEÓFILO

**CONCEPÇÕES DOS DOCENTES E DISCENTES ACERCA
DE METODOLOGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM:
Análise do Caso do Curso de Enfermagem da Universidade
Estadual do Vale do Acaraú em Sobral-CE**

Monografia de Graduação em Enfermagem
apresentada ao Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual do Vale do Acaraú
como requisito parcial para obtenção do
título de graduado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria
Socorro de Araújo Dias.

SOBRAL-CEARÁ
2006

TIAGO JOSÉ SILVEIRA TEÓFILO

**CONCEPÇÕES DOS DOCENTES E DISCENTES ACERCA
DE METODOLOGIAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM:
Análise do Caso do Curso de Enfermagem da Universidade
Estadual do Vale do Acaraú em Sobral-CE**

Monografia de Graduação em Enfermagem apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú como requisito parcial para obtenção do título de graduado em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Data da aprovação: ____ | ____ | ____

Prof^ª. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Orientadora – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Prof^ª. Ms. Cibelly Aliny Siqueira Lima
Examinadora - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Prof^º. Esp. Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto
Examinador - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Revisão Gramatical: _____

Para

Meus pais,

Que me deram coragem e forças para entrar e vencer na Universidade;

Meus colegas estudantes, em especial os do Centro e Diretório Acadêmicos e Executiva

Nacional

Que estiveram comigo na luta por uma universidade e sociedade mais justas;

Meus Professores, em especial às professoras Cibelly e Socorrinha

Que me deram todo apoio para a realização deste trabalho e de outros.

“... verbo cuidar, verbo exclusivamente materno. Cuidar se apresenta como o verbo consagrar ou dedicar na Bíblia. Cuidar significa reservar pessoa e tempo à outra pessoa, como fazem principalmente, as mães”.

Larrañaga, 1998, p. 13.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO -----	7
1.1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA E DEFININDO O OBJETO DA PESQUISA -----	7
1.2 JUSTIFICATIVA DE INTERESSE PELO ESTUDO E SUA RELEVÂNCIA -----	10
2 OBJETIVO -----	12
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL -----	13
3.1 LINHAS DE PENSAMENTO DOMINANTES NO CAMPO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE -----	13
3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE-DOENÇA -----	18
3.3 UM BREVE HISTÓRICO DO ENSINO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA ATÉ A DÉCADA DE 1970 -----	19
3.4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E OS PROCESSOS DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE -----	30
3.5 O PARADIGMA DA EDUCAÇÃO: AS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM -----	38
4 METODOLOGIA -----	45
4.1 TIPO DE ESTUDO/ABORDAGEM -----	45
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA -----	46
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO -----	47
4.4 EXPLORAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO (PERCURSO METODOLÓGICO) -----	48
4.5 ANÁLISE DOS DADOS E IMPLEMENTAÇÃO -----	50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS -----	51
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES -----	53
5.1 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO VALE DO ACARAÚ -----	53
5.2 A CONCEPÇÃO DOCENTE: COMPREENDENDO OS SENTIDOS DOS DISCURSOS -----	57
5.3 AS CONCEPÇÕES DISCENTES: ADENTRANDO NOS DISCURSOS DE QUEM É FORMADO, SE FORMA E FORMA -----	66
5.4 O PROCESSO PEDAGÓGICO VIVENCIADO: A PRÁXIS NO ESPAÇO DA SALA DE AULA -----	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	76
6.1 O CONVERGENTE E O DIVERGENTE ENTRE OS DISCURSOS: PROPOSIÇÕES PARA UM PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO -----	76
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	79
APÊNDICES -----	91
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA E DEFININDO O PROBLEMA DA PESQUISA

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira representa, desde a década de 1970, um pensamento contra-hegemônico que objetiva a transformação/construção do sistema de saúde vigente. Nesse movimento, incentivados pelo fim do período de expansão econômica e a abertura política da década de 1980, os movimentos sindicais, profissionais da saúde, das ciências sociais etc., questionaram a política social e as demais políticas governamentais e buscaram participar da organização do sistema nacional de assistência social (ANDRADE, 2002).

Com a democratização e otimização das Conferências Nacionais de Saúde—CNS, já em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde houve participação efetiva de vários setores organizados da sociedade, discutiu-se fortemente sobre a saúde como direito de cidadania, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o seu financiamento. Isso culminou com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, junto à Constituição de 1988, onde se iniciou uma “reformulação institucional e ideológica” da saúde no Brasil. Assim, ao estabelecer a “saúde como direito de todos e dever do Estado”, o princípio central da Reforma Sanitária passa a ser garantido pela Constituição Federal.

Em tal constituição, tem-se como atribuição do SUS, em seu artigo 200, a ordenação e formação de trabalhadores na área da saúde e o incremento em sua área de atuação ao desenvolvimento científico e tecnológico. Contudo, somente na Lei Orgânica da Saúde de 1990, é que vemos um verdadeiro planejamento para a formação de profissionais de saúde. Por esta Lei, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios participarão na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento trabalhadores para a saúde no Brasil (BRASIL, 2004).

Desde então, através das CNS, a ordenação da formação de trabalhadores para a saúde foi se desenvolvendo e se tornando primordial para a construção/efetivação do SUS. Foram criados programas permanentes de capacitação, escolas de saúde pública, sistemas de acompanhamento institucional de projetos de mudança curricular, redes de integração

ensino-serviço-sociedade, pólos de educação permanente em saúde, entre muitas outras ações (BRASIL, 2004).

Nesse contexto de discorrer sobre a construção histórica do ensino das profissões de saúde, limitaremos nossa busca, na formação de enfermeiros, que no Brasil tem seu início de forma sistematizada, apenas no início da década de 1920. Inicialmente, o ensino básico de Enfermagem, que ainda não tinha caráter de ensino superior era baseado na necessidade de se constituir corpos de profissionais de saúde para a guerra, para melhorar o atendimento hospitalar e na demanda social de erradicação de doenças da Era Campanhista, visando-se garantir o saneamento nos portos, principalmente no Rio de Janeiro. O ensino de Enfermagem é introduzido no Brasil com forte valorização do ensino prático atrelado aos hospitais e de caráter coadjuvante da prática médica (BONETTI, 2004, *apud* KRUSE, 2003; GERMANO, 1985).

De acordo com Bonetti (2004), esse sistema hospitalocêntrico de ensino permanece hegemônico até meados de 1980, quando ocorre uma grande mobilização da categoria para construção de um currículo mínimo que não limitasse o ensino de Enfermagem apenas à prática do hospital. Porém, somente em 1994/5, quando o Ministério da Educação e Cultura - MEC propôs os Parâmetros Curriculares Nacionais, esse currículo entrou em vigor, o qual ainda mantinha o ensino centrado no modelo médico-assistencialista de desarticulação entre conteúdos e disciplinas, de práticas pedagógicas tradicionais de reprodução do conhecimento e de dicotomia entre teoria e prática.

Logo, em 2001, através da instituição da Política de Sustentabilidade pela Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn e pelo Ministério da Saúde, articulou-se um movimento nacional de formulação, baseados numa multiplicidade de propostas construídas ao longo dos últimos anos, assim como nas outras áreas, das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN para os cursos, faculdades e escolas de enfermagem.

A formulação das DCN para a formação superior em enfermagem baseou-se nas concepções de que profissional de enfermagem era desejado pela sociedade, pois o investimento na incorporação intensa de tecnologia e a centralidade no hospital para o desenvolvimento das práticas de saúde não têm produzido impacto desejado nos indicadores sanitários mostrando uma necessidade de uma redefinição dos papéis dos

profissionais de saúde que se dá com o movimento da Reforma Sanitária (HENRIQUES & RODRIGUES, 2003 *apud* BONETTI, 2004; KRUSE & MEYER, 2002).

A partir dessas DCN, os cursos de Enfermagem deveriam adaptar suas concepções político-pedagógicas às propostas das mesmas. Contudo, poucos processos de mudança estruturais dos processos político-pedagógicos para a formação desse profissional desejado foram observados no Brasil, pois buscar formas de “traduzir” tais diretrizes em currículos ou projetos pedagógicos, tem sido uma tarefa que ainda exige grande reflexão e quebra de paradigmas educacionais centenários.

Acredita-se que o processo de educação de adultos pressupõe a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes e docentes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos, participando da análise do próprio processo assistencial em que estão inseridos e que coloquem o professor como orientador e facilitador desse processo, pois o motor da aprendizagem é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo (REDE UNIDA, 2001; BRASIL, 2006).

Percebe-se, então, que para a formação de enfermeiros se dá em consonância com as DCN é necessário que haja uma mudança no modelo pedagógico utilizado nas escolas de enfermagem. Nesse ínterim, dois conceitos chave são colocados por diversos autores como objetivos fundamentais na aprendizagem de um curso de graduação: aprender a aprender, que envolve o desenvolvimento de habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações disponibilizadas em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização de fontes pessoais de informação, incluindo com particular destaque, a informação advinda da própria experiência e aprender fazendo, que pressupõe a inversão da seqüência clássica teoria/prática na produção do conhecimento e assume que ela ocorre de forma dinâmica através da ação-reflexão-ação (REDE UNIDA, 2001).

Nesse processo de ensinar e aprender, o contexto da supervalorização da técnica tem ocasionado uma aprendizagem superficial quando a técnica é posta como um fim em si mesma. Sendo assim, acreditamos que a memorização de dados não garante a formulação do pensamento em sua totalidade. Para que ocorra uma aprendizagem significativa é necessário se criar um “processo de interação” para que ocorra um “ambiente pedagógico”.

Assim, concordamos com Coll (1990 *apud* MEDEIROS, 2001) quando mostra que a construção do conhecimento é gerada pelas relações interpessoais onde ocorra uma aprendizagem significativa, uma compreensão da memorização e por fim a funcionalidade do que é aprendido. Acreditamos ser esse o desafio do ensino e da aprendizagem (MEDEIROS, 2001).

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO E SUA RELEVÂNCIA

A inquietação em explorar o tema da formação em enfermagem surgiu com a vivência durante a graduação. Porém, somente no início de 2004, com a pactuação pelo Ministério da Saúde, as Executivas Nacionais dos Estudantes dos cursos da saúde e o serviço, controle social, gestão e formação do município de Sobral-CE do Projeto VER-SUS/Brasil–Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil, e o conseqüente planejamento/desenvolvimento do projeto pelo quadrilátero municipal e, principalmente pelos estudantes de saúde de Sobral – enfermagem, medicina e educação física – com a comissão estudantil local, da qual fiz parte, é que vi e refleti sobre as contradições na formação que recebi e recebia. Isso porque o objetivo principal do projeto era justamente incentivar o processo de mudança na formação profissional em saúde para o SUS.

Desde então, essas muitas “vivências” me levaram à vontade/necessidade de compreender e participar dos processos de mudança nesse sentido. As visitas a muitos serviços os quais ainda não havia visitado em Sobral e as discussões a respeito da formação e funcionamento do SUS me colocaram diante de um enorme compromisso de participar de políticas públicas de transformação, como fazemos hoje, os estudantes, quando participamos junto ao Ministério da Saúde do “APRENDER-SUS” – Política de Mudança na Formação de Profissionais para o SUS.

O presente estudo tem a proposta desafiadora de contribuir com o processo de mudança na orientação político-pedagógica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral, e, ao mesmo tempo em que pretende conhecer concepções, logra-se passar de forma direta e indireta para os participantes desse estudo à socialização-construção de idéias transformadoras.

A escolha dos estudantes e professores como sujeitos, baseou-se na visualização da carência em docências e discências contraditórias observadas nas vivências como estudante desse Curso. Deseja-se com esse estudo buscar compreender o que pensam e como agem estudantes e professores diante da necessidade de se incorporar metodologias ativas de ensino-aprendizagem a fim de se almejar uma formação crítica e humanizada.

Essa necessidade de transformação, que pode ser desencadeada por difusão de discussão/reflexão sobre os modelos de formação ideais, traz à tona a relevância de construções de conhecimento a esse respeito na academia.

Tendo sempre em vista o ditado “o estudante de hoje reflete o profissional do amanhã”, entendemos que toda atenção deve ser dada à formação deste na academia, por isso, acreditamos que esse estudo tem sua relação de construção direta de contribuição com a construção e efetivação do SUS que queremos.

2 OBJETIVO

Analisar a concepção de docentes e discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em relação às metodologias de ensino-aprendizagem.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 LINHAS DE PENSAMENTO DOMINANTES NO CAMPO DAS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE

As concepções sociais predominantes sobre saúde são a base para entendermos a prática da educação profissional em saúde que vigora. Baseados no trabalho de Minayo (2000), *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, apresentaremos algumas idéias dominantes na área de Ciências Sociais em Saúde, e uma breve discussão acerca da representação social de saúde-doença, para, assim, podermos nos embasar teoricamente viabilizando a efetivação do trabalho proposto.

a) O Positivismo Sociológico

As teses básicas do positivismo podem ser assim resumidas: -1- A realidade se constitui essencialmente naquilo que nossos sentidos podem perceber; -2- As Ciências Sociais e as Ciências Naturais compartilham de um mesmo fundamento lógico e metodológico, elas se distinguem apenas no objeto de estudo; -3- Existe uma distinção fundamental entre fato e valor: a ciência se ocupa do fato e deve buscar se livrar do valor.

Para os positivistas, assim como nas ciências naturais, as ciências sociais devem buscar, para sua cientificidade, o “conhecimento objetivo”, ou seja, o cientista social deve se comportar frente ao seu objeto de estudo — a sociedade qualquer segmento ou setor dela — livre de juízo de valor, tentando neutralizar, para conseguir objetividade, na sua própria visão de mundo.

De acordo com Lowy (1986), citado por Minayo (2000), a ciência positiva tem sua origem na filosofia das luzes do século XVIII. Sendo assim, a ciência da sociedade deve ser uma matemática social, formulada com um estudo numérico e rigoroso dentro das teorias probabilísticas, onde os interesses e as paixões não perturbam. O autor atribuía isso ao que ocorria no seu tempo onde o fato social era objeto de interesses religiosos e políticos.

Comte e seu discípulo Durkheim fundamentaram as possibilidades teórico-metodológicas do positivismo para compreensão da sociedade. Para eles o espaço das ciências sociais é estudar fatos que obedeçam a leis invariáveis, de forma objetiva e neutra. Os autores insistem que a sociedade é um fenômeno moral, na medida em que os modos coletivos de pensar, perceber, sentir e agir incluem elementos de coerção e obrigação, constituindo assim uma consciência coletiva que se expressa na religião, na divisão do trabalho e nas instituições.

O positivismo domina ainda hoje nas Ciências Sociais, porém é alvo de críticas. Os problemas dessa linha de pensamento surgem pela concepção positivista de que os seres humanos são simples forma, tamanho e movimento, que não possuem uma vida interior que escapa à observação primária, pois, para isso, seria necessário desconsiderar os estados mentais tanto do observador como dos atores sociais.

b) A Sociologia Compreensiva

Outra visão de mundo que tem profunda influência na construção do conhecimento da realidade e na descrição da mesma, inclusive na interpretação das relações entre medicina e saúde é a chamada Sociologia Compreensiva.

Idealizada principalmente por Max Weber, a Sociologia Compreensiva nos diz “que as realidades sociais são construídas nos significados e através deles, só podem ser identificadas na linguagem significativa da interação social.” O autor propõe que para conseguir compreender a realidade social é necessário observar-se dois princípios metodológicos: -1- a neutralidade de valor e -2- a construção do tipo ideal.

Para explicar tais princípios o autor baseia-se na teoria dos tipos-ideais como instrumento racional e teórico de aproximação da realidade. Esses tipos-ideais não existiriam empiricamente, são artifícios criados pelo cientista para ordenar os fenômenos, para indicar suas articulações e sentidos.

Na sua luta teórica contra o positivismo, Weber reconhece que os valores têm um papel imprescindível na construção do conhecimento, porém, através da sua tentativa de “objetividade” que se concretiza na construção dos tipos-ideais e na crença de inserção de valores durante o processo de produção do conhecimento.

O conceito fundamental weberiano: “o *significado* da ação social”, tem sua relevância maior, no campo da saúde, na fenomenologia. Essa última está para as ciências sociais como uma sociologia da vida cotidiana. Husserl e Shutz são os teóricos dessa linha de pensamento que mais contemplaram as idéias weberianas. Essa linha, assim como o próprio Weber, apresenta: -a- uma crítica radical ao objetivismo da ciência, na medida em que propõe a subjetividade como fundante do sentido; -b- uma demonstração da subjetividade como sendo constitutiva do ser social e inerente ao âmbito da autocompreensão objetiva; e -c- a proposta da descrição fenomenológica como tarefa principal da sociologia.

No debate sobre o desenvolvimento da fenomenologia nas análises sociológicas e no debate político sobre as relações da medicina com a sociedade, García (1983, p. 97-131), mostra que a crítica levada pela Fenomenologia, nos anos 1970 e 1980, propunha uma radicalidade das relações de produção e dos esquemas de dominação que acompanharam o enorme crescimento das forças produtivas ocorridas nos países capitalistas nessa época. A contestação intelectual da fenomenologia ao positivismo desenvolveu-se em vários aspectos como crítica contundente à instituição médica, à prática médica, à ética médica, ao sistema público de saúde e à concepção biomédica de saúde-doença.

Nesse contexto, além da crítica a desacreditação cultural, por parte da instituição médica, dos fenômenos da vida e da morte e da medicalização da vida, os fenomenólogos propõem a necessidade de desenvolver-se uma filosofia da medicina que leve em conta os problemas éticos dos experimentos e serviços referentes à vida humana e que se restabeleça na concepção de saúde-doença a relevância antropológica entre religião e medicina. Os fenomenólogos consideram que a cura se baseia em valores, símbolos e sistemas de significados compartilhados nos seus grupos de referência, pois, são esses grupos que protegem os indivíduos contra as grandes estruturas impessoais e anônimas onde aí eles se tornam um número.

Na verdade, as linhas da Sociologia Compreensiva, enquanto campo de influência ideológico-política podem ter importância transformadora se estiver articulada com categorias mais gerais que reflitam mudanças no mundo material, isto é, com as transformações econômicas que acontecem no sistema capitalista. Na saúde, as teorias

fenomenológicas obtiveram grande importância, pois se tornou impossível desconhecê-las enquanto fenômenos de questionamentos de paradigmas dominantes.

C) *O Marxismo*

Para se trabalhar com as correntes de pensamento e metodologias que têm influenciado nas análises e nas práticas do setor saúde é necessário trazer, aqui resumidamente, apenas a abordagem dialética do marxismo, das relações entre indivíduo e sociedade, entre as idéias e a base material, entre a realidade e a sua compreensão pela ciência, e as correntes históricas que enfatizam o sujeito histórico e a luta de classe.

Dentro da perspectiva marxista como sociologia do conhecimento, os princípios fundamentais que explicam o processo de desenvolvimento social podem ser resumidos nos termos: materialismo histórico e materialismo dialético. Assim, enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real.

Para definir melhor o materialismo histórico, Karl Marx afirma:

... a sociedade se constitui a partir de condições materiais de produção e da divisão social do trabalho, onde as mudanças históricas são determinadas pelas modificações naquelas condições materiais e naquela divisão do trabalho, e que a consciência humana é determinada pelas idéias que pensa, por causa das condições materiais instituídas pela sociedade (*apud* MINAYO, 2002. p. 414).

O pensamento de Marx sobre o materialismo, na verdade se torna dialético por visualizar a história como um processo que não é nem linear e nem contínuo, ou seja, uma seqüência de causas e efeitos, mas um processo de transformações sociais determinadas pelas contradições entre os meios de produção (a forma da propriedade) e as forças produtivas do trabalho, seus instrumentos e as técnicas, onde a luta de classe exprime contradições e é o motor da história.

São dois conceitos fundamentais que resumem o materialismo dialético, conceitos que carregam um alto grau de totalidade: Modo de Produção e Formação Social. O primeiro pode ser resumido por uma estrutura global formada por estruturas regionais que dominam as demais. Esta dominância de qualquer uma das instâncias se dá historicamente onde se tem uma estrutura global na qual é sempre o nível econômico que determina as outras instâncias (MINAYO, 2000 *apud* FIOVARANTE, 1978).

Na verdade, para a mesma autora, Modo de Produção é um conceito abstrato formal que não existe na realidade, mas pretende ser um modelo teórico de aproximação da realidade. A ele Marx associa o de Formação Social que se refere às dimensões dinâmicas das relações sociais concretas numa sociedade dada.

O marxismo trouxe, através dessa discussão, como grande contribuição para as ciências sociais, a ciência política e a interpretação dos fenômenos humanos como expressão e resultado de contradições sociais, de lutas e conflitos sóciopolíticos determinados pelas relações econômicas baseadas na exploração do trabalho da maioria pela minoria de uma sociedade.

Citando Nunes (1985), Minayo (2000 p. 66-67) refere que é a partir da década de 70 que cresce na América Latina a recorrência ao materialismo histórico e dialético para explicar o fenômeno da saúde-doença. Os estudos partem da premissa de uma crítica radical aos equívocos positivistas e desenvolvimentistas, mostrando:

(a) que o avanço científico e tecnológico da medicina não tem correspondido à melhoria de saúde da sociedade em seu conjunto; (b) que a distribuição dos serviços está em razão inversa das necessidades da grande maioria da população dos países latino-americanos; (c) neste ponto a crítica atinge também a linha de pensamento aliada ao positivismo, a fenomenologia, que a prática e o saber médicos fazem parte da dinâmica das formações sócio-econômicas e é no interior delas, que podem ser explicados como fenômenos históricos específicos, mas correlacionados com o processo social global.

Ao abordarmos, sob a luz do Marxismo, as questões relacionadas ao processo saúde-doença, observa-se que esses fenômenos são colocados em relação com a totalidade social e com cada uma de suas instâncias dentro da especificidade histórica de sua manifestação. “Saúde -doença passam a ser tratadas não como categorias a-históricas mas como processo fundamental na base material de sua produção e com características biológicas e culturais que se manifestam”.

A luta do Marxismo com as correntes de pensamento anteriores toma o caráter de luta ideológica e política que repercute nos movimentos sociais e tem a influência delas em relação às questões consagradas e emergentes. Na verdade, esse embate baseia-se fundamentalmente no quadro teórico de aproximação da totalidade dos processos de saúde-doença, na abordagem marxista “qualitativa”, que parte das representações sociais em relação dialética com base material que as informa.

3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE-DOENÇA

De acordo com Minayo (2000), Representações Sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Algumas Representações Sociais são mais abrangentes em termos da sociedade como um todo e revelam a visão de mundo de determinada época, são as concepções das classes dominantes dentro da história de uma sociedade, possuindo elementos do passado e projetando o futuro.

A idéia de doença, a saúde e morte têm significações culturais evidentes em nossa sociedade ocidental contemporânea. Para a autora (2000, p. 179) “a linguagem da doença é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais”. O indivíduo doente, devido às manifestações intrínsecas e extrínsecas da doença, busca no médico a legitimidade da definição da sua situação.

Saúde/doença é uma noção que revela a realidade social na qual é construída, é preciso visualizá-la a partir de substratos econômico, político e cultural no qual vivemos. Numa sociedade capitalista onde ocorre desigualdade a partir de diferenciação de classes, a concepção de saúde/doença está marcada pelas contradições. No entanto, as representações sociais mais gerais de saúde/doença não são expressões de um desenvolvimento claro das desigualdades e nem explicitam os efeitos do modo de produção sobre a vida e a morte dos indivíduos (MINAYO, 2000).

Do ponto de vista da saúde como campo de luta social, Minayo (2000, p. 191) coloca que nas representações dominantes, a saúde é o campo de ação do indivíduo. Ao citar Descartes a autora coloca que “nada existe que o indivíduo não possa fazer por si mesmo, melhor que o melhor dos médicos”, porém, a saúde, na verdade é generalizada pela visão médico-biológica, onde a ausência de doença se manifesta pelo “silêncio do corpo” ou pela sensação de bem estar. A autora coloca ainda que a saúde é pensada também como um capital de reserva, acumulado nos cuidados da primeira infância.

Concluindo seu trabalho sobre Representações Sociais de Saúde-Doença Minayo (2000), diz que o estudo desse fenômeno abrange aspectos universalmente observáveis e outros que são peculiares a cada sociedade. Esses aspectos, dizem respeito a relação indivíduo sociedade e seu ecossistema. Saúde e doença enquanto fenômeno social

“tem seu esquema interno de explicações que parte de um marco referencial de especialistas – doutores, curandeiros, rezadores e médicos –, mas também compõe o quadro da exploração do dia-a-dia que se expressa através do senso comum”.

Sendo assim, a atribuição de causas endógenas e exógenas, unificadas no indivíduo, ao fenômeno da saúde/doença constitui uma atitude universalmente comprovada. Saúde é linguagem preferida para relacionar-se ao bem-estar, à felicidade e ao equilíbrio entre o indivíduo, a sociedade e o ecossistema. Enquanto que a doença, a partir do imaginário social, perpetua a idéia de perenidade do mal e de limites do ser humano frente à ameaça da morte.

3.3 UM BREVE HISTÓRICO DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL ATÉ A DÉCADA DE 1970

Para o entendimento dos processos atuais de mudanças de paradigmas na educação em Enfermagem é necessário resgatarmos aspectos históricos do ensino de enfermagem no Brasil e relacioná-los com a história da humanidade. Para tanto, iniciaremos esse histórico com uma divisão didática dos tempos e acontecimentos, utilizando o referencial trazido por Germano (1985) e Melo (1986) através do quadro a seguir:

Período	Mundo Ocidental	Brasil
Séculos XIV a XVII	<ul style="list-style-type: none"> • Organização das Cruzadas; • Santa Inquisição: perseguição às mulheres no período conhecido como “caça às bruxas”, que eram na verdade curandeiras e parteiras; • Reforma Protestante: O “período negro da Enfermagem” com o fechamento de hospitais e a expulsão dos religiosos que aí atuavam; • Introdução da Enfermagem nas organizações hospitalares originadas das congregações religiosas onde existiam a <i>matron</i>, mulher que dirigia o serviço de enfermagem e a <i>sister</i> que fazia o trabalho nas enfermarias; • Queda do feudalismo e surgimento do mercantilismo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Missões jesuíticas, ocorre a disseminação de novas epidemias pelos portugueses entre os nativos indígenas; • Aumento da mortalidade infantil; • Surgimento do trabalho empírico de Enfermagem de religiosos com caráter curatista; • Criação das primeiras Santas Casas para recolhimento de pobres e órfãos; • Participação de escravos nos trabalhos de Enfermagem; • Institucionalização da Enfermagem como prática de solidariedade;
Séculos XVIII e XIX	<ul style="list-style-type: none"> • Revolução Industrial; • Surgimento das grandes epidemias e conseqüente diminuição da capacidade de trabalho; • Institucionalização dos hospitais e desenvolvimento da ciência médica (bacteriologia e antissepsia) com inserção da figura do médico; • Institucionalização da enfermagem como contrapartida técnica à prática médica; • Substituição da prática religiosa empírica à prática técnico-profissional de enfermagem; • Guerra da Criméia e o trabalho da inglesa Florence Nightingale e da jamaicana Mary Grant Sacil; • Implantação por Florence, na Inglaterra, do Sistema Nightingale com distinção de classe social entre as <i>lady-nurses</i> e as <i>nurses</i> ao se implementar o pagamento aos serviços de enfermagem; • Transmissão das idéias do Sistema Nightingale aos Estados Unidos e para o mundo ocidental; 	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento no número de Santas Casas; • Abertura de hospitais militares; • Destaque do trabalho de enfermagem do franciscano Frei Fabiano de Cristo, no Rio de Janeiro, e de Francisca Sande na Bahia; • Guerra do Paraguai e destaque do trabalho de Ana Justina Ferreira Néri; • Criação das primeiras escolas de medicina; • Abertura, em 1880, da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros Alfredo Pinto, no Hospício Nacional de Alienados Pedro II no Rio de Janeiro, com objetivos voltados à psiquiatria, onde o curso era inteiramente teórico tratando praticamente de todos os assuntos médicos; • Abertura da Escola Profissional de Enfermeiras da Cruz Vermelha em São Paulo e no Rio de Janeiro; • Abertura do Curso de Enfermeiras da Escola Policlínica de Botafogo no Rio de Janeiro em 1917;

Para compreendermos o processo que culminou com o ensino sistematizado de enfermagem no Brasil, reportamo-nos ao trabalho de Oguisso (2003), sobre a história do Curso de Enfermeiras da Escola Policlínica de Botafogo no Rio de Janeiro. A autora nos mostra através da descrição de alguns discursos proferidos, em 1917, na Solenidade de Abertura do Curso nesta Escola, entidade filantrópica que atendia pessoas sem recurso financeiro em ambulatório ou no domicílio e propiciava o aprendizado para médicos, elementos que nos ajudam a compreender o ensino de Enfermagem da época. As conferências dadas pela médica argentina Juana Mancusi Lopes, que tinha uma experiência de sete anos de ensino de enfermagem em seu país, e pelos médicos Alfredo Nascimento e Ernani Lopes mostravam que era necessário se criar cursos para formação de Enfermeiras, pois se via nesse personagem um “poderoso auxiliar” – sem aspas no original – do médico, onde, durante a ausência deste, caberia a essa profissional observar a evolução do paciente, avisando ao médico as intercorrências e que, com este gesto, poderia salvar vidas.

Vale ressaltar, que esses médicos defendiam a necessidade de se preparar enfermeiras para prestarem os devidos cuidados aos pacientes nos banhos, na arrumação do leito, na mudança de decúbito, para administrarem medicamentos, aplicarem ventosas, injeções, entre outras atividades. Os conferencistas salientavam ainda que o ensino prático para enfermeiras deveria prevalecer sobre o teórico, pois a enfermeira não deveria invadir o campo médico e que o ensino deveria ser feito por médicos. Os discursos destacaram ainda a necessidade de se formar enfermeiras para a guerra, alegando que a maior motivação para a criação da escola de enfermeiras se deve ao momento político, ante a iminência do Brasil ser compelido a participar na Primeira Guerra Mundial, a fim de se obter um corpo de saúde para integrar o exército.

Em relação ao gênero do profissional de enfermagem, a autora descreve o discurso da médica citada a esse respeito:

...seria mais vantajoso que a enfermagem fosse praticada apenas pelas mulheres,... o homem tinha sobre a mulher apenas a supremacia da força física e que o sexo masculino não se caracterizava pela doçura, paciência, sensibilidade ou suavidade, atitudes que exerciam forte influência sobre os pacientes. Outro aspecto lembrado pela Dra. Juana era o fato de as mulheres não fumarem, o que também seria vantajoso para o paciente,...a mulher, por ser mais detalhista, percebia pequenos sinais ou aspectos aparentemente insignificantes,... Aponta, ainda, mais um fator sobre sua preferência pela mulher na enfermagem a de ser menos exigente em matéria de remuneração (OGUISSO, 2003, p. 03).

Sendo assim, tínhamos no Brasil uma rasteira discussão da necessidade de formação para os profissionais que exerciam a Enfermagem. As experiências vividas tinham caráter de ensino básico especializado em psiquiatria pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto do Hospital Nacional de Alienados, e de ensino prático ministrado por médicos na Cruz Vermelha Brasileira, além da Escola de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo, onde se exigia como contrapartida dos estudantes apenas o saber ler e escrever. Nesse contexto podemos perceber, então, que o ensino de enfermagem no Brasil, no início do século XX estava atrelado ao caráter prático e voltado para a doença (GERMANO, 1985).

Nos países da Europa e Estados Unidos, no início do século XX, a Enfermagem era dividida em três categorias, a hospitalar, o trabalho particular e as enfermeiras visitantes, onde as profissionais que tinham um certo treinamento já se dedicavam à prática particular da Enfermagem. Em 1923, após uma investigação estabelecida pelo Comitê para o Estudo da Educação em Enfermagem (Committee for the Study of Nursing Education) composto por médicos, enfermeiras e representantes de hospitais e serviços de saúde, sob os auspícios da então criada Fundação Rockefeller, foi publicado o relatório Winslow-Golmark, que trazia um diagnóstico da inadequação das escolas de Enfermagem, principalmente as ligadas aos hospitais; a exigência de pré-requisitos para a admissão de enfermeiras em serviços públicos ou privados, e por fim a necessidade de criação das escolas de ensino superior de Enfermagem (MELO, 1986).

Estas resoluções provocaram uma verdadeira revisão na prática de enfermagem vigente, conhecendo-se esse processo como a reforma da Enfermagem, ao lado da crise econômica da época, a grande depressão, que causou uma revolução no campo da enfermagem e atingiu os serviços de saúde americanos.

No Brasil, o período da década de 1920 se caracteriza, na esfera da saúde, pelo desenvolvimento de ações conjugadas entre os Estados brasileiro e norte-americano, através, respectivamente, do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP e da Fundação Rockefeller. Como nos informam Britto e Lima (1991 *apud* NUNES MOREIRA, 1999), as elites intelectuais e autoridades políticas brasileiras encontravam-se intrigadas,

desde fins do século XIX, com a eminente necessidade de se transformar o país em uma nação. A campanha de saneamento rural, desencadeada na década de 1910, por exemplo, apresentava-se como estratégica para resolução desse problema, pois, acreditava-se na época que a construção da nacionalidade estava na melhoria das condições de saúde da população e não poderia ser encontrada em explicações como adversidades de natureza climática ou inferioridade racial.

Nesse contexto, o Estado republicano tomou a iniciativa de chamar a Fundação Rockefeller para contribuir com a modernização da saúde pública brasileira. Então, estrategicamente, coube ao Departamento Nacional de Saúde Pública, junto a essa Fundação, de acordo com Hochman (1996, p. 219 *apud* NUNES MOREIRA, 1999), a formação de profissionais em saúde pública, pois, “com a criação de escolas especializadas para médicos e enfermeiras, a fiscalização da prática profissional e a organização de serviços de estatísticas para o país como um todo” era possível se reverter o quadro epidemiológico do país.

Melo (1986), nos mostra que essa parceria nos traria a influência do modelo de saúde americano para o Brasil, se fazendo sentir através da atuação da Fundação Rockefeller, com seus ideais de cientificidade, racionalidade e higiene imperantes e a responsabilidade de construção de hospitais com qualidade semelhante aos americanos, pois o Departamento Nacional de Saúde Pública, traz ao Brasil enfermeiras americanas treinadas no Sistema Nightingale para instalar a primeira escola de Enfermagem brasileira com professoras enfermeiras, a Escola Ana Néri em 1923, no Rio de Janeiro.

Para Nunes Moreira (1999), a enfermagem era introduzida na cidade do Rio de Janeiro, onde as ações empreendidas por médicos brasileiros e enfermeiras da missão norte-americana visavam à construção dos “emblemas e sinais de distinção da profissão de Enfermagem”. (sem aspas no original). A autora mostra ainda que:

A criação da Escola Ana Néri e a delimitação de um campo de prática profissional constituíram os pré-requisitos necessários para que fossem retirados do cenário público os visitantes de saúde — agentes ‘leigos’ que assistiam à população com conhecimento empírico, sem organização e controle formais —, regulamentando-se, ao mesmo tempo, a enfermagem como profissão estratégica na organização sanitária da cidade. Tais iniciativas alinhavam-se com o programa de educação e saúde em torno do qual se arrematavam os sanitaristas, preocupados com a prevenção de doenças e a criação de hábitos de higiene no ‘corpo’ social.

De acordo com Germano (1985), podemos acreditar que embora tenha ocorrido uma grande evolução do ensino médico no Império Brasileiro, não se pode dizer o mesmo da saúde da população, explicitamente sobre seus setores explorados. Sendo assim, Alcântara (1966, *apud* MELO, 1986), refere que a Enfermagem no cenário brasileiro não emergiu para atender as necessidades dos hospitais, pois seu surgimento, no início do século XX, foi determinado pelas exigências de um serviço público estatal, no setor da saúde pública.

Na verdade, com as novas epidemias de febre amarela os navios que aportavam no Rio de Janeiro tinham suas tripulações acometidas pela doença, e em conseqüência, surge a ameaça dos países deixarem de negociar com o Brasil. Foi então que Oswaldo Cruz impondo as grandes campanhas sanitárias conseguiu controlar a doença. Assim, a Criação da Fundação Oswaldo Cruz se torna imprescindível para a organização campanhista da saúde pública brasileira, tendo, os sanitaristas da época, como próximo passo, combater a tuberculose (GERMANO, 1985).

Nunes Moreira (1999) refere que houve uma reforma sanitária a partir de 1920 após sucessivas crises políticas que tornavam cada vez mais complicada a alternância no poder, por sucessões presidenciais tumultuadas, das forças oligárquicas agrárias políticas e econômicas de São Paulo e Minas Gerais, os principais protagonistas da chamada ‘república do café com leite’. Novas forças políticas — operários e camadas médias urbanas, sobretudo — buscavam sua participação exigindo mudanças como o voto secreto e voto feminino, a justiça eleitoral, anistia e reconhecimento dos direitos dos trabalhadores urbanos e rurais. Os jovens sanitaristas, oriundos das classes média e alta urbana, formados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, formavam um dos mais ativos grupos ‘modernizantes’.

Esse foi o quadro onde se deu início ao ensino sistematizado de enfermagem, como política de governo, tendo como principais propósitos à formação de profissionais que contribuíssem no sentido de garantir o saneamento dos portos, daí ela ser iniciada, na área de saúde pública, por volta de 1923 (GERMANO, 1985).

Na verdade, existe um certo dissenso na afirmação de que a enfermagem tenha surgido no Brasil sob a égide da saúde pública, porém, Germano (1985), mostra que as

ações de saúde pública da década de 1920 tratavam-se de uma atenção especial e imediata por parte do governo, no sentido de implementar o saneamento dos portos e núcleos urbanos. Nesse contexto, argumentando que a coordenação da Fundação Rockffler estava voltada para a constituição de hospitais, baseado no modelo hospitalocêntrico incorporado, já nessa época, nos Estados Unidos, (KRUSE 2003, *apud*, BONETTI, 2004) mostra que o ensino de Enfermagem no início do século XX se dava principalmente em instituições hospitalares.

Desta forma, Germano baseada em Alcântara, defende que a introdução do ensino de Enfermagem no Brasil, no início do século XX, estava sob a égide da saúde pública, porém, mostra ainda que embora os currículos das escolas da época contivessem muitas disciplinas de cunho preventivo, contraditoriamente, às estudantes eram exigidas oito horas diárias de trabalho no hospital.

Para entender melhor esse processo, reportamo-nos ao que a própria autora supracitada e Melo (1986) nos trazem a respeito da ordem econômico-político-social da época. Ocorria que o sistema agrário exportador (principalmente do setor cafeeiro) passava a ceder lugar à implantação da industrialização, advindo o conseqüente crescimento da elite burguesa que se estende até o início dos anos 1960.

Na saúde, a Reforma Carlos Chagas traz a tona à política de saúde pública estatal, porém, a abertura da primeira escola de Enfermagem emanada pelo Estado, atendia mais a uma medida governamental do que do que a um consenso social, o que pode ser colocado também sob o paradoxo do governo da época em atender as classes proletária e burguesa.

Um reflexo desse processo na área da saúde se deu com a crise democrática do país e o acirramento da repressão aos movimentos populares respaldado na política antidemocrática e fascista do Estado Novo, onde a prática sanitária entra em declínio e com ela o Departamento Nacional de Saúde Pública. Isso ocorre porque com o crescente desenvolvimento do processo de industrialização, o interesse dominante volta-se para o cuidado individual, com ênfase na atenção médico-centrada, como pretendia a novas políticas (GERMANO, 1985).

Em relação ao que era ensinado para as escolas de Enfermagem da época. Inicialmente, as escolas recebiam candidatos portadores de certificados de cursos ginasiais ou equivalentes, até que, em 1949, com a primeira reforma curricular das escolas de enfermagem conhecida no Brasil, dos candidatos era exigido curso secundário completo. Germano (1985), comenta que, na verdade, não houve, com essa reforma, mudança sensível entre o currículo de 1923, pois, ambos privilegiavam as disciplinas de caráter preventivo, mesmo com o mercado empregador mostrando grande tendência ao serviço hospitalar.

Historicamente, o período do Pós-Guerra no Brasil, consolida a transição da maturação burguesa, onde a burguesia passa, já na década de 1960, a consolidar seu domínio e garantir a acumulação de capital. Para tanto a burguesia tenta formular os *pactos* com as classes médias e trabalhadoras em nome da autonomia nacional através do *desenvolvimentismo, nacionalismo e populismo* da época. Nesse contexto, este último surge com o fortalecimento da articulação das classes subalternas o que provoca, de certa forma, medo aos burgueses. Com isso os *pactos* são quebrados e a elite aliada ao capital monopolista internacional, institui o poder sob a égide do Estado Militar autoritário. Daí provém o famoso *milagre econômico brasileiro* que ocorreu graças à repressão severa da classe trabalhadora (GERMANO, 1985)

Sendo assim, nessa época, o modelo de produção dos serviços de saúde já estavam “orientados por uma concepção tecnicista, com forte aderência ao modelo biomédico, descrito por Capra (1982). A enfermagem esteve, então, atrelada a esse modelo, respondendo aos interesses hegemônicos do setor saúde e da sociedade (GERMANO, 1983 e 1993; ALMEIDA & ROCHA, 1986; SILVA, 1986 apud SENA-CHOMPRÉ & EGRY, 1998)

Assim, tomando-se agora o ensino de Enfermagem, tivemos outra reforma curricular em 1962, consolidada em 1968 com a Reforma Universitária, onde realmente observamos uma mudança considerável na sistematização do ensino, pois o novo currículo, emergindo num momento em que a economia brasileira começa a tender para um processo de exclusão e acumulação, prioriza as disciplinas técnicas com caráter curativo, com a crescente evolução técnico-científica, em detrimento das de saúde preventiva. Nessa época

a disciplina de saúde pública, antes considera básica, passa a ter caráter optativo (GERMANO, 1985).

Torres (2005, *apud* MARSIGLIA, 1995, p. 22), aborda que o ensino médico estabelecido no Brasil, aqui considerado semelhante ao de Enfermagem, escolhe como modelo de ensino o proposto por Abraham Flexner que em 1910 orientou os modelos de ensino nos Estados Unidos e na América Latina. Segundo a autora as principais características do modelo de ensino flexneriano são:

a- sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos do curso... anatomia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, histoembriologia, bacteriologia e patologia; b- pouca ênfase nos aspectos de prevenção e promoção da saúde e concentração nos aspectos de atenção médica individual; c- valorização da aprendizagem dentro do ambiente hospitalar, e considerando impróprio o uso de outros serviços; d- recomendação para que o hospital de ensino contasse com um corpo clínico próprio e permanente; e- limitação da assistência ambulatorial apenas aos casos que precisavam de internação; f- organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade; g- ensino da assistência obstétrica dentro do hospital e não fora dele; e h- recomendação para que o hospital de ensino contasse com um número grande de leitos para cada aluno: quatrocentos leitos para cinqüenta estudantes.

Nesse contexto, vale lembrar a criação da Associação Brasileira de Enfermagem-ABEn em 1926, entidade representativa da categoria, que, de acordo com Germano (1985), é criada tanto com objetivos de lutas em defesa dos interesses profissionais como na busca de disseminar as intenções do estado, na área da saúde. Porém, eram muitas dificuldades para o desenvolvimento da Associação, onde somente em 1945 conseguiu-se iniciar o processo de constituição dos Conselhos Profissionais de Enfermagem, que foram sancionados em lei em 1973 e constituíram em 1986 a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem.

Em relação à educação em enfermagem, a ABEn começou a trabalhar nesse âmbito já em 1958 com a produção de um levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no país, o que resultou em inúmeras recomendações encaminhadas para aos Ministérios da Educação, Saúde, Conselho Federal de Educação, Secretarias de Saúde, Universidades, entidades mantenedoras de escolas e cursos de Enfermagem, de auxiliares de Enfermagem, entre outras instituições. Porém, apenas em 1975, foi criada oficialmente a muito esperada Associação Brasileira de Educação em Enfermagem - ABEE que tinham

como principais objetivos estudar os problemas relacionados ao ensino de Enfermagem, atender às solicitações das escolas referentes à elaboração de regimentos e seleção de campos de prática e se manter vigilante no que diz respeito à legislação do ensino de Enfermagem (GERMANO, 1985).

Para Medeiros (2001), na verdade, a modelagem do ensino aprendizagem em Enfermagem, calou-se frente a sua própria Associação, pois a ABEn ratificou o poder imposto ao silenciar e compactuar com as políticas sociais e educacionais impostas, acentuando a idéia unilateralizada da formação profissional. Germano (1985) complementa mostrando que o principal veículo de comunicação que mais contribuiu para a luta em defesa da saúde, da vida e da categoria, colaborou para a disseminação das intenções do Estado, servindo para a conservação das políticas ditatoriais.

O cenário do Brasil durante o período de vigência do regime militar, como já citamos, foi marcado por um crescimento da economia nunca visto antes. Porém, baseada em Aquino (2000), Paim (2001, p. 185-186), mostra que a segunda metade da década de 1970, demarcada pela extinção da formalidade do AI-5, vinda do comando presidencial, entendida, como o “dar uma trégua ao excessivo rigor engendrado pela ditadura militar reinante, proposta como uma abertura lenda gradual e segura”.

Nesse contexto, reforçava-se nesse cenário nacional o encontro entre saúde e movimentos sociais, o que de modo ainda tênue vinha se refazendo depois do golpe de 1964. No mundo, ao mesmo tempo em que se convivia com o aviltamento da medicalização e da desmedida importação e uso de equipamentos tecnológicos para o atendimento à saúde, forças contrárias a esse modelo biomédico fortalecido haviam de ser formadas com a Declaração de Alma Ata e a composição do ideário de saúde para todos (PAIM, 2001).

Segundo a mesma autora, foi nesse contexto que o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura - DAU/MEC, através do Grupo Setorial de Saúde - CSS, através da criação de possibilidades democráticas na educação, convocou uma comissão para construir um novo diagnóstico do ensino superior de enfermagem no Brasil, pois já se sabia que a enfermagem era a área de ensino superior que menos cresceu nos últimos 20 anos (1953-1973), o que mostra que, junto ao crescimento econômico, havia desprezo às políticas sociais, em particular as de saúde e educação. Sabia-se também, que o

número de enfermeiros no país era imenso e que se continuasse nesse ritmo teríamos um déficit de 38.600 enfermeiros em 1980. Junto a esse fato, a inexistência de escolas de enfermagem em diversos distritos geo-educacionais, principalmente aqueles nos extremos do país, o fato de muitas universidades federais ainda não possuírem cursos de enfermagem, pois apenas 30% dos cursos estavam subordinados ao ensino superior federal, o que mostra que a maioria dos cursos era particular, levaram o DAU/MEC a disponibilizar recurso para a construção dos “novos cursos-1970”, adicionando-se mais 16 unidades de cursos de graduação em enfermagem. Porém isso só foi possível com a participação ativa da ABEn e da criação de cursos de mestrado e doutorado em enfermagem pela CAPES (PAIM, 2001).

A reforma universitária de 1968 veio fortalecer o novo currículo que estava sendo trabalhado para a enfermagem, vale lembrar que para as outras áreas da saúde tínhamos processo semelhante. Esse novo currículo, vigente até a década de 1990 era considerado a “evolução do ensino de enfermagem”, onde as técnicas avançadas em saúde se tornavam reais e os profissionais de saúde deviam deter todos os novos conhecimentos tecnológicos em razão da evolução científica, porém, não havia preocupação com os problemas básicos de saúde (GERMANO, 1985).

Para acompanhamento da criação desses “novos cursos-1970”, se fez necessária a criação de uma Comissão de Especialistas do Ensino de Enfermagem - CEEEnf, que se encarregaria de tal tarefa com apoio do DAU/MEC/CAPES. Nesse período essa comissão propôs uma reformulação do currículo dos cursos de graduação em enfermagem, visando o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem no Brasil, onde seria dada ênfase ao aprender pesquisar. Porém, um grupo articulado de docentes, que defendiam o currículo vigente, não admitiu tal reforma, pois julgavam ser o currículo vigente excelente e também que não havia preparação dessas para o ensino da pesquisa (PAIM, 2001).

No final da década de 1970, o regime militar continuava dando trégua ao fechamento institucional. Observamos, em relação ao currículo de enfermagem, num documento produzido pelo DAU/MEC em 1979, “Desenvolvimento do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil”, que pensamentos contra-hegemônicos já surgiam na linha de mudanças no ensino de enfermagem. O documento traz reflexões sobre a necessidade de se ter:

... uma formação voltada para uma visão pluralista de atendimento, a qual incluía aspectos diferenciados de cobertura de saúde, indo desde o mais elementar cuidado do indivíduo sadio no seu grupo primário, na escola e/ou na comunidade, até o mais complexo e sofisticado cuidado ao indivíduo adoecido e hospitalizado... assumir o papel educativo nas comunidades, desenvolvendo os enfermeiros, programas de ensino, que atinjam cada vez mais elevados níveis de autocuidado dos indivíduos e seus grupos em relação ao crescimento do nível de saúde.

3.4 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E OS PROCESSOS DE MUDANÇAS NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Como já vimos, algumas reformas no setor saúde ocorreram no início do século XX, principalmente através do trabalho de Osvaldo Cruz no Rio de Janeiro e Emilio Ribas em São Paulo. Para Luz (1979, *apud* ANDRADE, 2002), podemos denominar esse processo de “sanitarismo campanhista”, que prevalece até meados da década de 1960. Nesse período, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, mostrava uma preocupação do Estado com a necessidade de organização da demanda, aqui representada pelas elites urbanas, por serviços médicos. Pretendia-se com esse sistema uma cobertura previdenciária para a população urbana com privilégio para a prática médico-centrada especialista e curatista, em detrimento da saúde pública (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1989 *apud* ANDRADE, 2002).

A primeira crise internacional do petróleo no final da década de 1970 provocou uma desaceleração do *boom* de crescimento econômico do Brasil, com redução da taxa média de crescimento do PIB. Para superar tal crise, o governo brasileiro desencadeou o ambicioso Programa Nacional de Desenvolvimento - PND, para completar o processo pesado de industrialização do país. Este, portanto, só trouxe a multiplicação da dívida externa e dos juros, encerrando-se assim, já em 78/90, com a segunda crise internacional do petróleo, o potencial do modelo desenvolvimentista (FIORI, 1993 *apud* SENA-CHOMPRES & EGRY, 1998).

Para Andrade (2002), a partir de 1974 com o final do período de expansão econômica e iniciada a abertura política lenta e gradual, novos fatores aparecem na cena política: movimento sindical, movimento estudantil, profissionais e intelectuais de saúde

etc., os quais movidos por fatores externos e internos, propiciaram o avanço do movimento social e político, questionaram a política social e as demais políticas governamentais. No âmbito do aumento do processo de consolidação técnico-científica em saúde, medidas governamentais, como o Plano de Pronta Ação - PPA e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social- FAS, tomadas nesse ano, iniciaram um poderoso processo de fortalecimento do setor privado de serviços de saúde, principalmente na área hospitalar (ALMEIDA, 1995; BRAGA & PAULA, 1981 *apud* ANDRADE, 2002).

Na década de 1980, ocorre forte intervenção de agências multilaterais (Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento) que ocupavam papel intermediário entre os bancos privados internacionais e os países endividados, como o Brasil. Para Fiori & Kornis (1994 *apud* SENA-CHOMPRES & EGRY, 1998), a estagnação econômica, a inflação crônica e a ingovernabilidade observada nessa época, mostrou que a estratégia de industrialização iniciada na década de 1930 estava em desequilíbrio. Sendo assim, ocorre uma redefinição do papel do Estado, ocasionando mudanças das políticas econômicas e sociais adotadas na América Latina, passando a existir diminuição da cobrança de impostos das grandes empresas, redução dos salários reais e aumento da margem de ação do setor privado em detrimento das empresas e instituições públicas (FEDERACION PAN-AMERICANA DE PROFESIONALES DE ENFERMARIA, 1993 *apud* SENA-CHOMPRES & EGRY, 1998).

Nos últimos anos, temos vivido uma consolidação desse processo com a prática do Estado Mínimo, que tem por finalidade, diminuir os gastos sociais e investir na privatização e mercantilização de bens e serviços sociais. Tivemos também, com o processo de urbanização dos países pobres, um aumento na desigualdade social, com o crescimento da classe miserável. Esse contexto pode ser entendido também sob a ótica do processo de globalização, que surge com o ciclo de expansão do capital, buscando o aprofundamento da internacionalização da economia através do desenvolvimento das forças produtivas e do mercado internacional (SENA-SHOMPRES & EGRY, 1998).

A lógica da Previdência Social no setor privado nacional, com prestadores de serviços de atenção médica e no setor privado internacional, produtor de equipamentos biomédicos, não estava atendendo às necessidades de saúde da maioria dos brasileiros, pois não era capaz de alterar o perfil de morbimortalidade. A grave crise financeira ligada à

exclusão de parcelas expressivas da população e a abertura política dos anos de 1980 deram origem a um movimento articulador de uma nova proposta para a saúde no Brasil.

Em meados de 1980 a oposição começa a ganhar espaço nos governos estaduais e municipais, o que abriu uma certa possibilidade de articulação dos então militantes da Reforma Sanitária. O processo de municipalização começa a ganhar força e cria-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS em 1988. Sendo assim, espaços de luta começam a ganhar força no bojo dos movimentos de democratização política no país, ampliando ações de reivindicação dos direitos a saúde e cidadania, produção técnico-científica, constituindo o que se denomina de Reforma Sanitária (SENA-SHOMPRES & EGRY, 1998).

Esse movimento conseguiu se fortalecer com a participação na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, alcançando visibilidade e legitimidade social com a participação de milhares de delegados representando usuários, trabalhadores da saúde, partidos políticos, os diferentes níveis do governo, universidade, parlamentares, ONGs, etc. Sendo assim, tivemos como resultado central dessa conferência, a determinação do conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e, enfim, a instituição de um sistema único de saúde. Porém, para o desenvolvimento dessas propostas foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, o que influenciou significativamente na elaboração e implantação do Sistema Único de Saúde na nova constituição brasileira. (SENA-SHOMPRES & EGRY, 1998; ANDRADE, 2002).

A luta pelo direito à saúde apenas começava a tomar força, pois, embora este fosse garantido pela Constituição, muitas forças contrárias barram o fortalecimento de políticas sociais. Agora que o Sistema Único Saúde-SUS já está garantido na legislação, busca-se então estratégias para sua efetivação baseadas nos seus princípios de: integralidade, universalidade, hierarquização e resolutividade das ações de saúde. Para tanto, foram aprovadas leis regulamentadoras desse sistema - 8.080/90 e 8142\90. Agora, o Estado tem o desafio de garantir esse direito aos cidadãos, então, para isso, foram instituídas também as Normas Operacionais Básicas e a Norma Operacional de Assistência a Saúde – NOBS e NOAS.

Um dos desafios para a integralidade das ações de saúde, colocados mesmo antes da criação do SUS, é a necessidade de se formar profissionais que estejam preparados

para atuarem de forma humanizada e capacitada, de acordo com os perfis epidemiológicos do Brasil. Neste sentido, ainda na época da ditadura militar, já havia discussões a esse respeito, por exemplo, já se dizia, da quarta a sexta conferências nacionais de saúde, de 1967 a 1977, que a estrutura curricular do campo da saúde da época não apresentava flexibilidade suficiente e nem atendia às necessidades, nem imediatas, nem futuras do país, uma vez que estava orientada mais para o individual do que para a abordagem dos problemas de saúde com um todo (JAEGER, 2006).

A realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde-OMS em 1978, já declarava para o mundo a necessidade de ações urgentes para melhorar as condições de saúde das pessoas. Nesse contexto, pensando-se no desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, criou-se em 1979 o Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, através da Organização Pan-Americana da Saúde e dos Ministérios da Saúde, Educação e Previdência Social, cuja finalidade era aperfeiçoar os processos de integração docente-assistencial na formação de trabalhadores da saúde. Esse projeto evoluiria para os Projetos de Integração Docente Assistencial -IDA (REDE UNIDA, 2005).

Para Torres (2005, *apud* MARSIGLIA, 1995), os Projetos IDA pretendiam potencializar uma articulação entre instituições de educação e serviços de saúde. Porém, os Projetos estavam limitados apenas às escolas de medicina, o que teria provocado seu enfraquecimento, pois não se tinha pensado na necessidade de articulação com outras áreas da saúde. Para o fortalecimento desses Projetos a Fundação W. K. Kellogg faria uma reformulação dessa estratégia junto a OPAS constituindo a Rede-IDA, que tinha o objetivo de promover uma troca de informações entre os Projetos, visando a construção de mecanismos de mútua colaboração e apoio.

Após avaliação dos projetos IDA, que chegaram a um número de 15 em todo o Brasil, perdurando até a década de 1990, observou-se que em algumas escolas sua proposta foi rejeitada, não conseguindo se firmar. As deficiências apontadas diziam respeito à ausência de participação da comunidade, segmentação por faculdade, profissão ou departamento e a não provocação de alterações profundas nos currículos (MARSIGLIA, 1995 *apud* TORRES, 2005).

Reconhecendo-se que a iniciativa dos Projetos IDA poderiam ajudar na mudança significativa da atenção à saúde e da formação de profissionais, em 1977 na Sexta Conferência Nacional de Saúde já almejava-se a “intensificação de programas docente-assistenciais, em todos os níveis da rede de prestação de serviços de saúde, para formação adequada de pessoal necessário à composição das equipes de saúde”. Em 1986, a VII CNS nos trouxe que o novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios relacionados com a política formação de trabalhadores: “capacitação e reciclagem permanentes e formação dos profissionais de saúde integrada ao Sistema de Saúde” (JAEGGER, 2006).

Em 1991, em resposta a proposta de um “exame de ordem” para a categoria médica, algumas entidades envolvidas com o ensino e a prática médica, instituíram a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM. Nesse mesmo ano, a Fundação Kellogg, partindo de uma avaliação crítica dos Projetos IDA, pretendeu ir além do que já tinha sido possível alcançar. Para tanto, nesse ano, iniciou-se a construção de um novo projeto com um conjunto de princípios e valores que orientam um movimento de transformação da conceituação do processo saúde-doença, do modelo de educação dos profissionais de saúde, do modelo de assistência na área de saúde e da participação democrática dos atores sociais. Esse novo projeto foi denominado Projeto UNI - União com a comunidade: uma nova iniciativa para a formação dos profissionais de saúde (FEUERWERKER, 2002; SENA-SHOMPRES & EGRY, 1998).

Feuerwerker (2002), mostra que a principal idéia inovadora dessa nova proposta diz respeito à busca pela ampliação da relação dos serviços e escolas de saúde com a comunidade. Em relação à concepção pedagógica, considerou-se importante contemplar três aspectos: diversificação dos locais de ensino-aprendizagem; o treinamento em serviço e as experiências de aprendizagem em equipes multiprofissionais. No Brasil, apenas seis experiências UNI havia iniciado, e até 2002 ainda estavam em andamento (com exceção de Brasília), com o financiamento da Fundação Kellogg.

Os projetos UNI teriam enfrentado muitos desafios no cenário de construção do SUS. Em 1998, Sena-Chompre & Egrý, e em 1999, Feuerwerker & Sena-Chompré, publicam trabalhos de avaliação dos projetos UNI no Brasil. De acordo com as autoras,

esses processos tomam a dimensão de um ideário contra-hegemônico baseado na parceria universidade, serviço e comunidade, que está impregnada pelas lutas de poder, pela busca de ampliação de espaços políticos e marcado pelo desejo de inovação. Em relação à proposta de um modelo assistencial, os projetos buscam incorporar uma visão mais generosa, holística e totalitária, entendido como resultado do processo de vida e de trabalho. Para a parceria com a comunidade, tentando-se resgatar a luta pela cidadania, os projetos almejam a consolidação das instâncias de participação de atores da comunidade.

Em relação à necessidade de mudança de um modelo pedagógico, os UNI, desde sua criação, tentam por meio da crítica a pedagogia da transmissão ou bancária, conquistar uma mudança de concepção a partir da pedagogia problematizadora e libertadora. Tais propostas partem do princípio de que a pessoa é historicamente determinada com acúmulo de conhecimentos, de referenciais, de valores e de crenças em sua experiência de vida. Outro aspecto inovador trazido por essa proposta é o pensamento interdisciplinar por meio do qual se constrói relações democráticas de conhecer, da redefinição dos papéis dos sujeitos-cidadãos e da autodeterminação na busca de solução de problemas com base na ação intersetorial (SENA-CHOMPRES & EGRY, 1998).

Com a consolidação e fortalecimento da Rede IDA, e a implementação dos Projetos UNI, após um longo processo de negociação e busca de ferramentas de trabalho em rede, em 1996, a Rede IDA passa a incorporar os conceitos e ações dos Projetos UNI, criando-se a Rede UNI-IDA e posteriormente, Rede UNIDA. A nova Rede buscou, através da unificação de agendas de trabalho, fortalecer a parceria entre universidades, instituições de pesquisa, serviços e comunidade (REDE UNIDA, 2005).

Nesse contexto, retomando o processo de discussão do controle social na formação de profissionais de saúde, é importante lembrar que o artigo 200, Incisos III e IV, da Constituição Nacional confere então como atribuição comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde. Porém, para a efetivação desse ideal, já em 1997, O Conselho Nacional de Saúde, de acordo com deliberação da X e XI CNS, criou a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, que terá seus princípios e

diretrizes construídos apenas em 2002 e sua instituição como política apenas em 2004 (BRASIL, 2004).

Na XII CNS, em 2003, tivemos a reafirmação da necessidade das instâncias gestoras do SUS assumirem a consolidação da NOB-RH-SUS. Em relação à formação dos profissionais de saúde, os participantes da 12ª pedem que sejam garantidos incentivos às instituições públicas de ensino superior em saúde que buscam a implantação de novas metodologias de ensino visando a formação de profissionais mais capacitados segundo os interesses da população. Nessa conferência, a educação permanente se consolida como uma proposta de transformação da assistência a saúde a partir da reflexão da prática e a busca dos princípios da intersetorialidade, interdisciplinaridade e rompimento com a formação fragmentada reafirmando os princípios do SUS. Foram citados também os problemas referentes à reformulação dos currículos das escolas e residências no âmbito da construção de competências para o SUS (BRASIL, 2005).

Dentre as propostas da 12ª observamos alguns pontos principais que devem ser viabilizados, nesse sentido:

... convênios entre as universidades e órgãos governamentais das três esferas de governo em projetos de vivência no SUS, inclusive no campo da gestão do SUS, para os universitários dos cursos da área da saúde, priorizando ações em cidades do interior, zonas rurais e terras indígenas... (BRASIL, 2005).

Para efetivação de uma política de educação na saúde, em 2003 criou-se a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SEGETES no Ministério da Saúde, que se encarregou de iniciar um processo de discussão e implementação de uma política de educação na saúde para o Brasil. Foi lançada então uma proposta que seria aprovada pela Resolução Nº 330 do CNS de novembro de 2003 que visava aplicar a NOB-RH como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Um dos pontos dessa resolução traz a afirmação da Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde e a estratégia de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde, como instâncias locais regionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente, um novo conceito que surge nesse ano substituindo a antes chamada formação continuada/reciclagem (JAEGER, 2006).

A nova Secretaria, após discussão a respeito das políticas que vinham sendo adotadas pelo Ministério da Saúde, através de repactuação com os atores envolvidos e lançamento de propostas inovadoras como Projeto Educação Permanente em Saúde, que propõem repensar e fortalecer o processo de educação permanente dos profissionais em serviço; Projeto de Mudanças na Graduação: Aprender-SUS, que visa um trabalho de mudança na graduação dos profissionais de saúde no sentido de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde; Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS, que tem pactuação com o movimento estudantil da área da saúde e visa incentivar o protagonismo estudantil nas mudanças no ensino superior; entre outros projetos (BRASIL, 2004).

Na verdade, poucos processos de mudança no ensino de graduação dos profissionais de saúde se consolidaram em âmbito nacional. O Modelo Flexnerino fora então criticado a mais de 30 anos por correntes que visam à mudança do paradigma da educação de adultos para a saúde. Na enfermagem, nos últimos anos, a ABEn tem desenvolvido um papel de extrema importância. Já em 1994 a Associação buscou trazer para a formação de enfermeiros um caráter organizador dos conteúdos através da implantação do Currículo Mínimo. Porém, isso não provocou mudança significativa na formação ética e humanizada dos profissionais de enfermagem.

Para superação desta reforma mal sucedida, Kruse & Meyer (2002) acreditam que não ela deveria ser vista apenas como uma questão técnico-pedagógica, mas um artefato social e cultural que necessita ser discutido e compreendido considerando-se as determinações históricas, sociais e lingüísticas. Nesse sentido, transcendendo a idéia de se ter um currículo mínimo nacional, surge em 2000 o movimento pela elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem, que baseadas numa multiplicidade de propostas construídas em diferentes espaços, consolidariam uma proposta única, respeitando-se os princípios da autonomia institucional, da flexibilidade, de interação estudo-trabalho e de pluralidade no currículo.

A publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem em 2001, possibilita, dentro da perspectiva de reforma da educação, boas referências para as discussões a respeito da formulação, desenvolvimento e avaliação do projeto político pedagógico dos cursos de enfermagem, e não

necessariamente, a função de estabelecer currículos formatados. Assim, teremos a autonomia institucional garantida e a possibilidade de articulados à demanda política e social da sociedade brasileira e as necessidades e interesses locais, desenhar um modelo de saúde que contemple práticas sanitárias relacionadas a um conceito amplo de saúde e de justiça social (KRUSE & MEYER, 2002).

Nessa conjuntura, conhecemos algumas propostas ousadas de mudança na formação que buscam a ruptura com as concepções pedagógicas tradicionais, as quais consideramos se aproximarem com maior lucidez dos propósitos de mudança. Essas experiências, que tiveram sua origem ainda nos Projetos UNI, são chamadas de currículos integrados da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA e Universidade Estadual de Londrina - UEL. No Curso de Enfermagem da UEL, desde de 1999, busca-se revolucionar o modelo de ensino tradicional através da concepção pedagógica problematizadora, enunciada por Paulo Freire. A construção e implementação de módulos interdisciplinares, baseada na construção de sujeitos agentes de transformação social através do raciocínio clínico, epidemiológico e investigativo, tornaram inovadora a proposta desse Curso (DELLAROZA & VANNUCHI, 2005).

Como já vimos, poucas propostas inovadoras se efetivam no âmbito dos cursos de saúde em conjunto com a comunidade e os serviços. Dessa forma, concordamos com Campos (2006), quando refere que o SUS foi mais rápido que a reforma do ensino e que a incorporação da saúde pública e da saúde coletiva nas universidades é frágil, pois os conceitos e diretrizes costumam ser apresentados antagônicos aqueles da clínica, como negadores do que a maioria dos estudantes será: algum tipo de clínico, e que é preciso reconstruir o paradigma positivista, o que não acontecerá com a simplificação da complexidade do processo de saúde-doença-intervenção.

3.6 O PARADIGMA DA EDUCAÇÃO: AS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Na área da educação reportar-nos-emos às correntes críticas que, de acordo com Feuerwerker (2002), identificam o papel de reprodutores da cultura dominante que o sistema educacional e o processo educativo cumprem. Além da autora citada trabalharemos

também com conteúdos e relações que propiciam a reflexão crítica a respeito da prática pedagógica utilizando as contribuições de Paulo Freire, da REDE UNIDA e de Medeiros.

No campo da educação há correntes que reconhecem existir a mesma tensão que em qualquer outra formação social: entre as tendências de reprodução do *status quo* e as tendências que impulsionaram a mudança e transformação. A corrente crítico-reflexiva considera que a possibilidade de mudança e transformação da escola e do processo educativo só se concretiza à medida que outros atores, de fora da escola, são incorporados ao processo educativo pela inserção da ação pedagógica na prática (FEUERWERKER, 2002).

Nosso grande educador Paulo Freire coloca que uma das questões fundamentais para a mudança da educação superior em nosso país é a incorporação efetiva, pelas universidades, dos conhecimentos disponíveis sobre a educação de adultos, desenvolvidos a partir do trabalho com a educação fundamental. Para adultos, o motor da aprendizagem é a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo é feita tomando por base todos os conhecimentos e experiências prévias dos indivíduos (FREIRE, 1976 *apud* REDE UNIDA, 2000).

Freire, (1998), ao tentar compreender o processo de ensino-aprendizagem, mostra que embora diferentes entre si, educandos e educadores, quem forma se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e forma ao ser formado. Nesse sentido, ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem a ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma ao corpo indeciso ou acomodado. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Ensinar inexistente sem aprender e vive-versa, pois foi aprendendo socialmente que mulheres e homens descobriram que era possível ensinar.

Nesse sentido, Feuerwerker (2002, *apud* BORDENAVE & PEREIRA, 1994), relacionando-se as escolas médicas, e aqui considerando uma certa equivalência com as escolas de enfermagem, há o predomínio da concepção tradicional de ensino, segundo a qual a educação está baseada na transmissão do conhecimento e na experiência do professor, na supervalorização dos conteúdos da matéria e na expectativa de que o estudante absorva e reproduza os conteúdos.

Na verdade, trata-se de uma situação bem comum onde ocorre a presença de um grupo de estudantes sentados diante de um professor especialista que fala, enquanto os

outros escutam, buscando preencher suas questões, mal formuladas, obscuras, com as luzes que vêm do “mestre”. Essa pedagogia já foi analisada por Paulo Freire, que a chamou de educação bancária, e seu traço característico é o da passividade/ignorância do estudante perante a atividade/autoridade do professor (PENA PEREIRA & CAMPOS DE ALMEIDA, 2004).

Nos últimos anos, quando se discutiu a questão pedagógica nas escolas médicas no Brasil, houve maior ênfase no desenvolvimento de materiais didáticos e na incorporação de determinadas técnicas pedagógicas. Isso gerou pouca análise crítica das concepções hegemônicas de educação de adultos e formação médica. Isso ocorreu devido ao estabelecimento de relações hierárquicas bastante estruturadas em que o “mestre” orienta a prática e o aprendizado dos “discípulos”. Os discípulos, por sua vez, por ordem da Antigüidade, de acordo com as corporações do ofício na Idade Média, vão, progressivamente, conquistando o direito de participar da execução de tarefas de maior complexidade e responsabilidade (FEUERWERKER, 2002).

Para ocorrer mudanças no interior das escolas de graduação na área da saúde, é necessário enfrentar esse problema da hierarquização e do poder docente. Dessa forma, o processo de educação de adultos e a formação universitária devem utilizar metodologias ativas de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados pelos estudantes, que lhes possibilitem ocupar o lugar de sujeitos na construção dos conhecimentos e que coloquem o professor como facilitador e orientador desse processo. Nesse processo é necessário ocorrer respeito aos saberes, criticidade, ética, aceitação do novo, à rejeição a qualquer forma de discriminação, à consciência do inacabamento, à curiosidade e à disponibilidade para o diálogo (REDE UNIDA, 2000 *apud* BORDENAVE & PEREIRA, 1994; FREIRE, 1998).

De acordo com uma publicação dos relatórios de grupo da Rede UNIDA (2000), é importante se destacar a velocidade vertiginosa com que se produzem e disponibilizam conhecimentos e tecnologias no mundo pós-moderno. Os conhecimentos, habilidades, a tomada de decisões e atitudes exigidas do profissional de saúde modificam-se rapidamente e assim perde ainda mais força e sentido a ênfase na transmissão de conhecimentos do modelo hegemônico. Sendo assim, constitui-se, então, como um dos objetivos fundamentais de aprendizagem o aprender a aprender, que envolve o desenvolvimento de

habilidades de busca, seleção e avaliação crítica de dados e informações disponibilizadas em livros, periódicos, bases de dados locais e remotas, além da utilização das fontes pessoais de informação, incluindo com particular destaque, a informação advinda da própria experiência profissional.

Nesses relatórios encontramos ainda que há um reconhecimento geral de que o móvel do processo de aprendizagem do adulto é o enfrentamento de desafios e de problemas e que os quatro pilares do conhecimento, citados no *Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI* (DELORS, 1999), foram lembrados como expressão síntese da compreensão das dimensões cobertas pelo processo de ensino/aprendizagem:

-1- “*aprender a conhecer*, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; -2- *aprender a fazer*, para poder agir sobre o meio envolvente; -3- *aprender a viver juntos*, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente -4- *aprender a ser*, via essencial que integra a três precedentes”.

Concepções pedagógicas mais modernas, sobretudo quando envolvem o estabelecimento de relações mais democráticas entre professores e estudantes provocam reações violentas nas escolas médicas. Para Feuerwerker (2002), para mudarem-se os papéis de professores e estudantes é necessário que haja um impacto provocado pela ruptura com as concepções tradicionais e pela adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. A desestabilização das relações tradicionais que esse tipo de mudança tem o potencial de provocar e é fundamental para poder mudar as regras, por exemplo, em relação à definição de conteúdos e tempos, tornando-os função das necessidades de aprendizagem e não das relações de poder.

Sendo assim concordamos com os sujeitos da Rede UNIDA (2000), que referem:

...compreender o professor como “facilitador/mediador do aprendiz” implica em reconhecer que existe todo um espectro de papéis possíveis para o professor, desde aquele que é transmissor de informações até aquele que é holocentrado, passando pelo tutor, pelo estimulador de aprendizagem, pelo despertador de motivações, pelo facilitador centrado no processo, pelo facilitador centrado na pessoa. Importa atentar para a complexidade existente no exercício desse papel e para a existência e possibilidade constante de melhora nesse exercício. Resulta do entendimento de aluno como sujeito e do professor como facilitador do processo a compreensão de que a relação ensino/aprendizagem deve ser “democrática / horizontal”.

Sendo assim, a aprendizagem como um caminho que possibilita ao sujeito transformar-se e transformar seu contexto deve tornar-se um processo facilitado pelo professor, agora criador de condições para que o estudante adquira liberdade com responsabilidade. Por seu lado, o professor é sujeito no processo de construção da proposta pedagógica e da prática profissional, assim como os pacientes/comunidade são sujeitos da construção de sua saúde (PENA PEREIRA & CAMPOS DE ALMEIDA, 2004).

Há necessidade de compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença. Acredita-se, no entanto, que para tanto, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem podem proporcionar maior facilidade de integração do estudante com o objeto de trabalho em saúde. Cabe ressaltar o que nos traz Feuerwerker (2002) baseada em Demo (1998), que, para a formação profissional em saúde é necessário, além de estratégias pedagógicas inovadoras, utilizar-se de abordagens interdisciplinares na construção do conhecimento, chegando, pelo menos, a interações recíprocas e a colaboração entre disciplinas diversas.

Para a Rede UNIDA “o desafio nos processos de mudança é passar de uma prática tradicional em que o estudante é objeto para uma prática em que o estudante seja sujeito; é à busca de transformação de um estudante/objeto em um estudante/sujeito”. Nesse contexto, Feuerwerker (2002 p. 123), ao comentar sobre o processo de construção de sujeitos, mostra que a base do verdadeiro processo de mudança é a democratização, “um produto social que se constrói por meio da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da mudança dos poderes instituídos, da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhado”.

Para assumir o estudante/sujeito requer-se a superação de algumas dificuldades/problemas: “a aceitação do diferente; a contradição básica entre instituição e sujeito livre; a aceitação de compartilhamento de poder; a possibilidade de lidar com o conflito como algo inerente às relações humanas; maior ou menor autonomia e possibilidade de definir o tamanho dos grupos – de estudantes –” (REDE UNIDA, 2000).

Em estudo semelhante ao nosso, Medeiros (2001), trabalhando com três Cursos de Enfermagem do Sul do Brasil, considera essencial a compreensão de alguns conceitos para a discussão do processo de ensinar e aprender. Para a autora, há uma fragilidade nos

estudos que tentam compreender a enfermagem em seu ato pedagógico, essencialmente nos cursos de graduação.

Baseada em diversos autores da área da educação, de Vygotsky a Coll e Bakhtin, a autora busca compreender o sentido da relação professor-estudante em sala de aula a partir das relações interpessoais. Partindo do problema da técnica como um fim em si mesmo no ensinar e no aprender em graduação, a professora mostra que as idéias lançadas no processo de ensinar podem permanecer gravadas por conta do seu empilhamento de modo unilateral e fragmentado, mas o que criticamente deve ser concebido como inteligência não é o resultado único de operações mentais, mas essencialmente um “processo de interação” que cria um “ambiente pedagógico” no qual passa-se a evidenciar o próprio ato pedagógico. Uma interação social que culmine com o rompimento de vias transversais e o tecnicismo é o que Medeiros defende como idéia transformadora no processo de ensino-aprendizagem (MEDEIROS, 2001, p. 27).

Para defender essa tese, a autora compreende que a linguagem coerente, através de atos de fala, exerce, nesse contexto, além da função de comunicar, fundamentalmente a ação de mediar semioticamente a estruturação do que vai sendo aprendido. Sendo assim, a linguagem é um “instrumento do pensamento” e, portanto, social. A linguagem é a representatividade das relações interpessoais onde, na sala de aula, a utilização da fala, que é uma expressão dessa, assume importância fundamental nas atividades interpessoais ao provocar o desencadeamento de processos intrapsicológicos. Entretanto, na perspectiva da “reprodução” do conhecimento, o discurso pedagógico por vezes se estabelece como um “monólogo”, o qual é desprovido de sentido, inclusive para quem está em posição de ensinar.

É assim, que o professor tradicional, considerado como aquele que utiliza as metodologias voltadas para a reprodução do conhecimento, contrárias às de construção do conhecimento, se isenta de riscos porque o estudante não expõe suas idéias e fragilidades, em função na inocuidade da relação pedagógica que desencoraja a crítica, o crescimento e o desenvolvimento intelectuais. Nesse sentido, Bordieu & Passeron (1982, *apud* MEDEIROS, 2001), traduzem da seguinte maneira as inferências da linguagem escolar conservadora:

Escolhendo (...) a conduta mais econômica ou mais rentável universalmente (...), professores e estudantes não fazem senão obedecer às leis do universo escolar

como um sistema de sanções: além do fato de que não poderia adotar uma nova linguagem e uma nova relação com a linguagem sem operar uma dissociação dos conteúdos comunicados e na maneira de comunica-los (...) O professor não saberia medir exatamente a compreensão que os estudantes tem de sua linguagem sem o desmoronamento da ficção que lhe permite ensinar ao menor custo.

Concluindo seu trabalho a autora revela que o compromisso de exercer o ensinar e o aprender pode permanecer rígido em relações distantes e rígidas, onde a reprodução social do conhecimento é garantida, entretanto, se esse compromisso eclodir em formas criativa, os caminhos não condenarão as possibilidades do desenvolvimento das capacidades humanas. A autora conclui:

O amadurecimento sobre o que pode e deve ser realizado em termos de ensinar e aprender, dessa maneira, retoma a perspectiva que secularmente vem permeando a ciência da Enfermagem, ou denota “fazer críticos” que não representam um mero reflexo, mas a reflexão das inteligências que circulam da dimensão construtivista (MEDEIROS, 2001, p. 95).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO/ABORDAGEM

Desenvolvemos um estudo exploratório-descritivo, estratégico e do tipo estudo de caso numa abordagem qualitativa.

Pesquisa estratégica, de acordo com Minayo (2000), orienta-se para problemas que surgem na sociedade, ainda que não preveja soluções práticas para esses problemas, tem a finalidade de lançar luz sobre determinados aspectos da realidade. Sendo assim, acreditamos que nossa pesquisa pode ser considerada estratégica por buscar contribuir com a transformação do modelo político pedagógico do Curso de Enfermagem, buscando lançar luz sobre a problemática da necessidade de incorporação de inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem.

Os estudos exploratórios, de acordo com Lakatos e Marconi (1991, p. 212):

São investigações de pesquisas empíricas cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses; aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Já os estudos de caso, caracterizam-se como estudos profundos de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. Este tipo de estudo possui diferentes propósitos tais como: explorar situações da vida real, descrever a situação do contexto em que está sendo feita determinada investigação e explicar as variáveis causas de determinado fenômeno (GIL, 1999).

A perspectiva qualitativa é definida por Minayo (1999), como a consagração de uma imprecisão, uma dificuldade histórica das teorias de se posicionar frente à especificidade do social, ela supõe uma afirmação da qualidade contra a quantidade, refletindo a luta entre o positivismo e as linhas compreensivistas. O debate do qualitativo

para o campo da saúde presencia-se com o eclodir de muitas questões, pois a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social.

Não somos favoráveis ao propósito de qualitativo contra quantitativo, entendemos, porém, que para enxergar concepções acerca de um determinado objeto de investigação, devemos nos nortear prioritariamente pela subjetividade, ou seja, pela qualidade da produção social dos discursos, entendendo-os como textos inseridos em contextos.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O município de Sobral, que se localiza na zona Norte do Sertão Centro-Oeste do Ceará e conta com uma área de 1793 Km², tem uma população de aproximadamente 170 mil habitantes. Neste cenário, está localizada a Universidade Estadual do Vale do Acaraú a qual foi reconhecida pelo Conselho de Educação do Ceará através do Parecer Nº 318, homologada pela Portaria Ministerial de 31/05/1994, publicada no Diário Oficial da União em 01/06/1994. Esta Universidade tem como metas -a- ministrar o ensino superior, realizando pesquisas, desenvolvendo as ciências, as letras, as artes e a tecnologia apropriadas às demandas sociais; -b- realizar e patrocinar atividades condizentes com a política de desenvolvimento do Estado do Ceará e do País e atender as exigências deste, no domínio da cultura humanística e da tecnologia; e -c- promover, como ação específica, a compreensão do semi-árido nordestino e da sociedade que nele vive, através da pesquisa científica, do ensino pós-secundário ao pós-graduado, da adaptação, criação e difusão de tecnologia a ele adequada, na perspectiva do desenvolvimento sócio-econômico auto-sustentável da Região Norte Cearense (UVA, 2006).

O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, que foi autorizado, em 23/01/1975, a funcionar pelo Decreto nº 75.269, como Curso de Enfermagem com Habilitação em Obstetrícia, foi reconhecido em 18.12.79 pelo Conselho Federal de Educação, através da Portaria nº 1.226 do Ministério da Educação e Cultura -

MEC. O mesmo surgiu da inquietação de um padre e pesquisador, que ao fazer um levantamento histórico da genealogia das famílias de Sobral, constatou que os muitos homens casavam mais de uma vez porque logo ficavam viúvos e, ao observar melhor a situação, pôde constatar que o problema estava na falta de conhecimento técnico-científico e na deficiência de habilidades das pessoas que cuidavam dessas mulheres, as chamadas parteiras leigas. Atualmente tem duração de nove semestres e assume como principal objetivo à formação ética e humanitária de enfermeiros para atenderem aos problemas de saúde da população, principalmente a Norte-Cearense, na qual está inserido (UVA, 2002).

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para Minayo (2000), no processo de seleção ou identificação dos sujeitos devemos valorizar aqueles que podem dispor de informações ímpares, cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta. O conjunto de informantes deve ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças. Neste sentido, adotamos os seguintes critérios de inclusão: -a- para os discentes – um representante para cada semestre letivo, totalizando nove estudantes; -b- oito professores, sendo quatro do ciclo básico e quatro do ciclo profissionalizante. Estes requisitos subsidiaram a formação dos grupos focais – um dos instrumentos de coleta de dados, descrito com mais propriedade no item 4.4, a seguir –. A quantidade de participantes dos grupos focais deve ser pequena, pois de acordo com L'abbate, (1999, *apud* BERTRAND *et al*) se o grupo possui mais de oito pessoas torna-se difícil de ser conduzido, por isso, delimitamos esse número de participantes. Outrossim, reconhecemos como sujeitos desta investigação todos os docentes e discentes do Curso de Enfermagem, uma vez que durante a fase de observação *in locus* – espaço da sala de aula –, o quantitativo destes segmentos observados foi próximo da totalidade.

Ressaltamos, porém, que depois de definidos os critérios e convidados os participantes (foram convidados 1/3 a mais do número previsto), e estes expressarem o livre consentimento de participação; deparamo-nos com algumas ausências (justificadas).

Assim, na vivência do grupo focal com os discentes, se fizeram presentes sete estudantes – faltou representação do quarto e oitavo semestres –. Apesar do registro destas ausências, consideramos relevantes e representativos os discursos dos participantes. No que concerne, aos docentes, só foi possível a adesão de quatro professores – um professor que leciona no ciclo básico e três no profissionalizante –. Reconhecendo a orientação de Minayo (2000), para composição dos grupos focais – serem no mínimo seis e no máximo dez participantes –, refletimos se o produto do grupo focal realizado com os docentes deveria ser tomado em consideração na análise do objeto em voga. Valorizando o particular, o singular, atentos à qualidade e não somente à quantidade, ousamos manter os docentes como sujeitos desta investigação; considerando ainda que o grupo focal não foi o único instrumento de coleta de dados.

4.4 EXPLORAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO (PERCURSO METODOLÓGICO)

Para conhecermos os processos de construção e mudanças no currículo do Curso de Enfermagem em apreço, e tendo obtido a anuência da Coordenação deste – ANEXO 1 –, buscamos informações nos arquivos da secretaria do Curso, e, realizamos grupos focais com estudantes e professores – APÊNDICES 3 e 4 –.

Para tentarmos compreender a concepção de estudantes e professores do Curso de Enfermagem acerca das metodologias de ensino-aprendizagem vivenciadas no curso, utilizamos a técnica de grupo focal, também denominado de entrevista grupal. Minayo (2000), refere-se a esta como um excelente método de cunho qualitativo. Para a autora com o grupo podemos conseguir opiniões relevantes e valores dos entrevistados. Diferindo, por isso, da observação que focaliza mais o comportamento e as relações. Para nós, estas duas técnicas se complementam, pensando assim é que as integramos na abordagem do objeto em pauta.

Sobre os grupos focais, L'Abbate (1999) nos resume o que Westphal *et al.* (1996), conceitua como tal:

... é uma técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais; enfim, diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico.

A autora traz ainda que dentre as várias possibilidades de utilização do grupo focal, está a de avaliar uma experiência tomando-se como referência os sujeitos que dela compartilharam. Observamos vários cuidados que a aplicação do grupo focal exige, conforme recomendam os autores citados: desde o planejamento até a preparação da reunião, seu registro em vídeo e/ou em cassete, organização de todo o material e análise (L'ABBATE, 1999 *apud* BERTRAND *et al.*, 1992; WESTPHAL, 1992).

Foram realizados dois grupos focais, – APÊNDICES 4 e 5 – com os informantes da pesquisa, após seu consentimento – APÊNDICE 2 –.

Com vistas a ampliar as possibilidades de apreender as concepções dos docentes e discentes, optamos por incluir como técnica de coleta de dados a observação participante. Esta técnica nos permitiu realizar inferências sobre atitudes dos professores e estudantes durante o processo de ensino-aprendizagem no espaço da sala de aula.

Para a concretude desta técnica acompanhamos seis disciplinas, sendo três do ciclo básico e três do profissionalizante. O intuito era, pelo menos, realizar três vivências em cada disciplina. Situação que não foi possível em todas. A observação foi realizada no período de 15 de junho a 13 de julho de 2006 nos turnos da manhã, tarde e noite. Esta só ocorreu após o consentimento do professor – APÊNDICE 1 –. Todo o produto das observações foi registrado no diário de campo, segundo o roteiro orientador – APÊNDICE 3 –.

A observação constitui valioso instrumento para apreensão das metodologias de ensino-aprendizagem vivenciadas no Curso de Enfermagem. Minayo (2000) define a observação de acordo com Schwartz & Schwartz (1955):

... um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto do observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo que modificando e sendo modificado por este contexto.

A autora traz ainda uma crítica fundamental de Malinowski (1975) em relação esse tipo de observação:

Há uma série de fenômenos de grande importância que não podem ser registrados através de perguntas, ou em documentos quantitativos, mas devem ser observados em sua realidade. Denominemo-los “imponderáveis da vida real”. Entre eles se incluem coisas como a rotina de um dia de trabalho, da maneira de comer e preparar as refeições...; a maneira sutil mas inquestionável em que as vaidades e as ambições pessoais se refletem no comportamento dos indivíduos e nas reações emocionais dos que os rodeiam.

Os passos, para realização de uma boa observação participante, preconizados pelo autor são: -1- “Ter objetivos realmente científicos e conhecer valores e critérios da etnografia moderna”, colocando-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção o mais íntimo possível, sendo capaz de “mudar seus pontos de vista e de rejeitá-los sem relutância, sob a pressão da evidencia... o pesquisador estará capacitado quanto mais estiver habituado a confrontar suas teorias aos fatos e a considerar os fatos na sua importância para a teoria;” -2- “colocar-se em boas condições de trabalho e dispor-se a viver no contexto, aberto à realidade do grupo pesquisado”.

Na verdade, para se realizar uma observação participante é necessário que o pesquisador se relacione com os pesquisados num jogo de cenas, onde ambos tendem a preservar a “região interior” de sua identidade como pessoa e grupo através de relações interpessoais que se desenvolvem durante a pesquisa de campo, onde há um contato informal de favores e lealdade; -3- “aplicação de um certo número de métodos particulares para selecionar, coletar, manipular e estabelecer dados,” isso é possível através de uma observação minuciosa e detalhada no diário de campo, uma lista de declarações etnográficas, narrativas feitas pelos pesquisados e expressões típicas.

Esses pressupostos foram considerados na pesquisa de campo, embora a presente pesquisa não se configura etnográfica. Infelizmente tivemos outro empecilho para a realização dessa observação, por conta de ocorrência de uma paralisação das aulas por parte dos professores, contudo, conseguimos informações importantes mesmo assistindo aulas de poucas disciplinas.

Vale lembrar, que como somos membros desse Curso, traremos nossas percepções em observações realizadas no nosso cotidiano na academia, pois não podemos nos “afastar” de nossa condição ao realizarmos a pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E IMPLEMENTAÇÃO

Buscamos realizar a análise do conteúdo adquirido durante a coleta de dados, através da hermenêutica-dialética, pois se trata de conteúdo de comunicação. Esse método proposto por Minayo (2000) busca um “caminho do pensamento” com uma via de encontro entre as ciências sociais e à filosofia. A autora traz o que reflete Stein (1979, p. 219) sobre como trabalhar a hermenêutica e a dialética: “constitui-se num esforço de proteger não apenas o objeto das ciências sociais, mas de salvaguardar os próprios procedimentos científicos contra a ameaça da selvagem atomização dos processos tecnocráticos do conhecimento”.

Sendo assim, a autora mostra que não se limitando a simples teoria de tratamento de dados, seu prisma está na “capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação”.

A hermenêutica pode ser considerada “uma busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: ser que pode ser compreendido é linguagem”, portanto, a linguagem constitui o núcleo central da comunicação. “Como na fenomenologia, a hermenêutica traz como prioridade no tratamento de dados, as condições cotidianas da vida e do dia-a-dia, analisando os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação” (MINAYO, 2000, p. 221).

Neste sentido, os passos por nós percorridos após ordenação dos dados empíricos foram: análise lingüística (linha por linha) dos textos dos autores, identificação dos núcleos de sentidos, interpretação verbal e intelectual dos autores às explicações e

análise crítica das explicações e interpretações no contexto macro-estrutural no sentido de avançar para um processo de transformação.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Ressaltamos que utilizamos o termo de consentimento (APÊNDICES 1 e 2), com a finalidade de atender aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, incorporando os quatro princípios da bioética: autonomia, através de consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. A autonomia foi garantida aos participantes, tendo-os a liberdade de escolha de participação nos distintos momentos.

O segundo princípio, o da benevolência, é a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios, e o mínimo de danos. A abordagem aos docentes e discentes não apresentou riscos físicos e nem moral, uma vez que não tinha como objetivo realizar julgamento de valor. No que se refere à beneficência, entendemos que a pesquisa é benéfica, na medida em que o processo reflexivo advindo desta poderá ser de relevância para o desenvolvimento institucional do Curso de Enfermagem.

A justiça e equidade, o último princípio, relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária, foi garantido pela contribuição final do estudo aos sujeitos e à instituição envolvida.

Informamos ainda, que a pesquisa foi submetida ao crivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, obtendo parecer favorável com recomendações; as quais foram incorporadas a este texto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO VALE DO ACARAÚ

Para compreensão do atual processo de ensino-aprendizagem no Curso em questão, tentaremos expressar aqui, momentos vivenciados até chegarmos à implantação do atual projeto político-pedagógico/currículo. Para tanto, além das informações obtidas com os professores e estudantes, a observação de arquivos presentes na coordenação deste Curso subsidiaram este estudo.

O primeiro currículo do Curso, que teve origem em 1972, tinha o objetivo de formar obstetrizas. Para tanto, possuía uma organização e distribuição em oito semestres, dos quais dois eram destinados às áreas de obstetrícia, ginecologia e neonatologia. Essa formação de obstetrizas foi pensada desde a fundação do Curso, pois, como já foi dito anteriormente, a implantação deste se deu por conta da necessidade de formação de profissionais de saúde que tivessem habilidades para lidar com o ciclo gravídico-puerperal, devido aos fatores epidemiológicos da época. Porém, naquela época, por conta do corporativismo médico, houve a extinção da profissão do obstetrista, o que ocorreu no mesmo ano da fundação da Faculdade de Obstetrícia em Sobral, que passa a ser chamada de Faculdade de Enfermagem Obstétrica. Isso ocorreu porque as escolas de obstetrícia da época tiveram que adaptar seus currículos a fim de formar enfermeiros obstetristas a partir de parecer do MEC.

Não foram encontrados escritos relacionados aos pressupostos metodológicos utilizados no Curso nas décadas de 70 e 80, porém, encontramos a ementa de uma disciplina de *didática em enfermagem* que tinha como base de seu programa conceitos e elementos da didática geral abordando os objetivos da educação, os motivos da aprendizagem, o planejamento e os métodos e técnicas do ensino, a qual era ministrada no quinto semestre letivo.

Por inferência, entendemos que o sistema de disciplinas está presente no Curso desde sua fundação. Em 1991, criou-se o sistema de pré-requisitos onde as disciplinas foram postas num certo sistema de organização por ordem crescente de complexidade por semestres nos quais os estudantes teriam suas habilidades adquiridas de maneira estruturada. Esse sistema ainda funciona no currículo atual. Em 1991 tivemos também a ampliação do tempo do Curso para dez semestres, dos quais, os dois últimos eram voltados para a habilitação em obstetrícia.

Em dezembro de 1994, a Portaria nº 1.721 do MEC, determinou o Currículo Mínimo para os Cursos de Graduação em Enfermagem, onde além de extinguir as habilitações, propõe um currículo para o qual as escolas deveriam se adaptar. Com isso, extingui-se a habilitação em obstetrícia no Curso estudado que voltou a ter duração de nove semestres, o que perdura até hoje.

Sendo assim, durante o ano de 1995, o Curso deveria adaptar sua estrutura curricular se adequando ao currículo nacional que tinha como proposta a inclusão de estágios supervisionados em serviços de saúde além do trabalho de conclusão de curso como requisito essencial para a formação de enfermeiros. Nesse contexto de mudanças, o colegiado do Curso buscou discutir essa nova proposta e construí-la coletivamente.

Acreditamos que essa foi à mudança mais intensa no que diz respeito ao currículo neste Curso. Em 1996, com a implantação do novo currículo – ainda em vigor, embora com algumas alterações – foram implantadas novas disciplinas tais como Metodologia da Pesquisa em Enfermagem I e II, Enfermagem Clínica I e II, Estágio Supervisionado I e II, Psicologia Aplicada a Saúde, entre outras.

Os dois últimos semestres do Curso foram os que passaram por mudanças mais significativas, pois se substituíram as disciplinas específicas da área de obstétrica por estágios supervisionados em enfermagem na atenção, primária, secundária e terciária a fim de melhorar a aproximação entre ensino-serviço e para incluir a abordagem da pesquisa implementou-se também a disciplina de Monografia como Trabalho de Conclusão de Curso.

Mesmo tendo sido excluído o caráter de habilitação em obstetrícia, o Curso buscou garantir uma formação especial para as áreas de ginecologia, obstetrícia e

neonatologia através de três disciplinas que trazem essa especialidade: *Ginecologia e Obstetrícia I e II*, além da organização de Cursos de Extensão Universitária com duração de seis meses nas maternidades.

Naquela época, as discussões a respeito da pesquisa e da extensão como parte dos objetivos da Universidade com igual importância do ensino, levaram a criação de projetos de pesquisa e de cursos de extensão junto à comunidade. Com isso, visando discutir a inclusão formal dos estudantes na pesquisa e extensão, criou-se também uma disciplina que teria esse pressuposto como objetivo, onde além de entrarem na extensão os estudantes realizam ensaios de estudos com a comunidade, a qual fora designada de *Projetos Especiais*.

Acreditamos que esse tenha sido o momento que os docentes tiveram que rever seus pressupostos tanto bibliográficos como metodológicos, para atenderem às propostas de mudança. Foi um momento de reflexão e de reconstrução daquilo que já estava posto, uma mudança de concepções e perspectivas na formação de enfermeiros.

Entre os anos de 1996 e 2002, percebe-se que os professores se organizam para construir um referencial para nortear as aulas teórico-práticas, e os estágios supervisionados que ocorriam desde 1996. Havia, na época, uma preocupação com a aprendizagem baseada na prática, então se buscou proporcionar aulas teórico-práticas ainda no quarto semestre letivo, com a “presença contínua de professores junto a pequenos grupos de estudantes”. Os estágios supervisionados que ocorrem no 8º e 9º semestres, têm a pretensão de, através da interação ensino-serviço, tanto o hospital como as unidades de PSF, “inserir o estudante no contexto do processo de trabalho do enfermeiro desenvolvendo suas responsabilidades e desenvolvendo competências” (DIAS, *et al* 2000).

Desde a mudança de 1996, houve poucas alterações nessa estrutura, porém observamos algumas iniciativas que visam à mudança. Uma inovação ocorrida se deu com a criação da disciplina de *Introdução às Práticas em Sistemas de Saúde*, em 2001, a qual, sendo posta no primeiro semestre, teria a missão de levar os estudantes a entrarem no sistema de saúde já no primeiro semestre, para assim, minimizar a “frieza e o distanciamento da realidade” dos primeiros semestres apenas teóricos do Curso. Isso ocorreu por conta das necessidades de melhoria na formação dos profissionais de

enfermagem para atuarem na atenção primária à saúde, tendo em vista as mudanças ocorridas no SUS com a implementação do Programa de Saúde da Família. Tivemos também a exclusão das disciplinas de educação física que nacionalmente deixaram de ser obrigatórias.

Em 2003, desta vez por intermédio da Reitoria da Universidade, ocorreu a inclusão de quatro novas disciplinas a serem vistas, no caso da enfermagem, fora do Centro de Ciências da Saúde: *Introdução a Universidade, Ética, Inglês e Português*, sendo este período denominado básico. Com essa mudança, foi necessário adaptar-se o currículo do Curso de Enfermagem extinguindo-se algumas disciplinas que foram combinadas a outras disciplinas, ou seja, em vez de duas disciplinas de enfermagem cirúrgica, por exemplo, passou-se a trabalhar com apenas uma com carga horária aumentada, por conta da carga horária do Curso que não poder ultrapassar 510 horas.

Neste contexto, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem em 2001, que, diferente da proposta do currículo mínimo de 1994, que tinha a função de estabelecer currículos formatados, surge uma nova perspectiva para a reformulação, desenvolvimento e avaliação dos projetos político-pedagógicos dos cursos de enfermagem. Na verdade, de 2002 até hoje, o Ministério da Saúde tem construído junto às escolas de saúde, ao controle social e à gestão, algumas estratégias políticas para a reforma da educação na saúde no Brasil - o Aprender-SUS.

Nosso Curso tem participado da efetivação de algumas destas, como o Projeto VER-SUS Brasil e a implantação do Pólo de Educação Permanente (PEP) de Sobral. No final de 2005 surge a necessidade de elaboração de um projeto para a mudança político-pedagógica, a ser financiada em três anos. Trata-se do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PROSAUDE) do Ministério da Saúde. Com isso, infelizmente em apenas um mês, professores e estudantes junto aos profissionais do serviço, gestores e controle social teriam que discutir a construção dessa proposta.

Devido aos momentos de discussão que estudantes e professores, embora em pequeno número, têm participado, no PEP e no VER-SUS, construiu-se, com a contribuição de docentes de outras instituições formadoras que também tinham proximidade da gestão do município, uma proposta que foi enviada e aprovado pelo

Programa. Porém, o orçamento final aprovado não supre os gastos que o projeto carece. Mesmo assim, acredita-se que junto ao Pólo de Educação Permanente, entendendo ser esse o verdadeiro espaço para pactuação e busca de financiamento para a educação na saúde, poder-se-á conseguir novos recursos e parceiros para efetivação do Projeto de mudança. Na verdade, inicialmente este momento pode, e deve, tornar possível a apropriação institucional da necessidade de mudança por todos que fazem o Curso de Enfermagem.

Tendo sido resgatado, ao nosso alcance, o histórico do processo de mudança curricular no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, passaremos, a seguir, a analisar os discursos dos docentes e discentes acerca do processo de ensino-aprendizagem.

5.2 A CONCEPÇÃO DOCENTE: COMPREENDENDO OS SENTIDOS DOS DISCURSOS

Entendendo que nosso objeto de estudo possui consciência histórica, acreditamos que o grupo social que o constitui, professores e estudantes, são mutáveis, ou seja, estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado. Contudo, o pensamento e a consciência são frutos da necessidade, eles não são um ato ou entidade, são um processo que tem como base à própria construção histórica (MINAYO, 2000).

A partir dos dados empíricos, observamos no discurso docente, expressões que consideraremos como núcleos de sentido para então processarmos nossa análise a partir da leitura inspirada na dialética. Para tanto, compreendendo que o texto é mais que um conjunto de partes, buscaremos a explicação e a interpretação da comunicação expressa pelos atores sociais por meio desses núcleos, para em seguida, analisar os espaços extra-discursivos, socioeconômicos e culturais, nos quais estão inseridos os discursos dos diferentes atores sociais (DIAS, 2005).

Quadro I: Textos dos professores sobre a formação de enfermeiros frente às mudanças no campo da saúde

Núcleo de Sentido	Textos	Síntese
<p>A formação de enfermeiros frente às mudanças no campo da saúde.</p>	<p>- A mudança de 1996 foi radical, pois tivemos uma nova forma de grade curricular (...) que ainda continua com esse formato de “grade”, mas temos um objetivo básico que é a retirada dessas amarras de grade, currículo, em forma de grade. Mesmo assim, observamos que ainda temos muitas falhas, que há necessidade de mudanças (...) observamos a necessidade de se complementar, de se modificar, diante das exigências do mercado de trabalho, que está mais voltada hoje para a saúde pública, com um elo de ligação entre a teoria e a prática, para termos um profissional com melhor qualidade no final do curso, mais coerente com a realidade e com a necessidade que a comunidade exige – professor do ciclo profissionalizante – ;</p> <p>- O currículo teve grandes mudanças, mas temos percebido uma mudança constante em relação as políticas de saúde, e cada vez mais temos refletido e temos visto que precisamos de uma nova adaptação, de novas mudanças, queremos rever perfil do enfermeiro que queremos formar, que seja enfermeiros que atenda as nossas necessidades locais – professor do ciclo básico –.;</p> <p>- (...) buscamos algumas pequenas adaptações que são alguns arranjos que exigem que o Curso seja mudado de alguma forma. Porém, estamos chegando em um ponto onde não dá mais para fazer arranjo, ou seja, vamos ter que mudar radicalmente (...) é uma necessidade que tem surgido, tanto entre professores como estudantes – professor do ciclo profissionalizante –;</p> <p>- Essa adaptação tem que passar por uma reflexão muito grande em relação ao SUS, porque se formou por muitos anos os profissionais ignorando-se as propostas do SUS, que tem sido nossa mola propulsora, então temos que aprender e ter conhecimento nessa área (...) não existe profissão estante onde há necessidade de conhecimento que é estante e contínua e quem não busca isso está fora do sistema. Então a necessidade de se adaptar o currículo na perspectiva do SUS é muito grande. Temos que fazer essa mudança e dar melhores condições conhecimento às políticas do SUS.</p>	<p>- Compreensão da limitação do formato de grade curricular para o ensino de enfermagem;</p> <p>- Compreensão da necessidade de mudança na formação de enfermeiros frente às necessidades loco-regionais;</p> <p>- Compreensão da necessidade de mudança de filosofia de ensino-aprendizagem;</p> <p>- Compreensão da necessidade de incorporação dos conhecimentos relacionados ao SUS;</p> <p>- Ausência de proposições concretas para realização das mudanças sugeridas.</p>

Para os docentes, embora o Curso de Enfermagem tenha construído mudanças de base curricular, ainda existem necessidades de adaptação concreta para a formação de enfermeiros de acordo com as políticas de saúde vigentes. Os textos mostram que há uma preocupação dos docentes com a formação de profissionais que tenham perfil adequado para o trabalho em saúde no espaço loco-regional onde estão inseridos.

A partir dos discursos compreendemos também que, embora os docentes sejam sensíveis às necessidades de mudanças na formação dada atualmente pelo Curso, existe uma insuficiência teórico-conceitual em relação ao fator operacional, ou seja, sabem da necessidade de mudar, porém, não possuem uma orientação concreta para a realização dessa mudança, apenas referem elementos que devem ser considerados, por exemplo: *temos um objetivo básico que é a retirada dessas amarras de grade, currículo, em forma de grade; essa adaptação tem que passar por uma reflexão muito grande em relação ao SUS.*

Isso reflete a situação dos docentes frente às reais mudanças ocorridas no processo de prevenção, proteção e atenção à saúde no Brasil que, como vimos, tem contemplado maiores discussões e realizações, ao compararmos com a área da educação, neste caso a universitária. Na verdade, as iniciativas de mudança que têm ocorrido em cursos da área da saúde possuem como fator de dificuldade o despreparo do corpo docente das escolas aliado às estruturas curriculares que separam os ciclos básico e clínico (PEREIRA, 2001 *apud* BONETTI, 2004).

Embora tenhamos visualizado certo avanço nas discussões referentes às mudanças nas propostas tradicionais de formação de profissionais de saúde nos últimos cinco anos, principalmente porque a educação na saúde passou a ser, discretamente, vista como uma área prioritária para a efetivação do SUS, percebemos que as reflexões na área da educação nas universidades carecem da busca pelo entendimento da formação articulada com os serviços, a gestão e o controle social na saúde.

Sendo assim, concordamos com Ceccim & Feuerwerker (2004, *apud* BONETTI, 2004) quando referem que a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças, mas a procura do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social.

Quadro II: Textos dos professores sobre metodologias de ensino-aprendizagem

Núcleo de Sentido	Textos	Síntese
<p>As metodologias ativas de ensino-aprendizagem</p>	<p>- É aquela focada no aluno (...) mas só existe preocupação do professor, pois não existe entendimento por parte dos alunos que ainda estão naquela metodologia reprodutivista, (...) os alunos apenas pegam os textos com preocupação em notas e não no processo de aprendizagem. (...) o professor é um orientador, (...) ficamos muito angustiadas porque não percebemos o aluno crítico que lê o texto e se pergunta “o que é isso?” (...) Talvez eu não consiga ser esse professor focado no aluno com essas novas metodologias, mas eu tento – professor do ciclo profissionalizante –;</p> <p>- A metodologia deve ser pautada na ética, na pesquisa e na educação, integrar o aluno desde o início junto à comunidade, jogando ele na pesquisa também na comunidade e as outras profissões. (...) o ensino deve ser voltado para esse tema – professor do ciclo básico –;</p> <p>- Eu acho que essa é a grande chave para a mudança que deve ocorrer, no dia que o aluno entender que o responsável pelo seu aprendizado é ele mesmo (...) o que nós observamos e eu até entendo que somos filhos de uma tradição reprodutiva. Mudar isso (...) é uma tarefa difícil. (...) não há colaboração deles para a utilização de novas ideologias. Eu já tentei por demais utilizar a metodologia facilitadora. Eu tive 10% de êxito. Então, você colocar um grupo de 10 alunos para refletir sobre um determinado texto é extremamente difícil. É essa a proposta o professor é um monitor, um orientador, um instrutor, (...) temos que colocar o aluno na situação de pensar e de ver a necessidade do conhecimento – professor do ciclo profissionalizante –;</p> <p>- Não uso apenas uma metodologia, não temos como fazer isso, então devemos usar a transdisciplinaridade. O aluno é que deve mudar sua posição em sala de aula. Porque não adianta trazermos uma aula focada no aluno quando os alunos são múmias – professor do ciclo profissionalizante –;</p> <p>- (...) eu uso algumas metodologias diferenciadas nas minhas aulas (...) Porque ao assistir a aula expositiva o aluno não consegue visualizar aquilo na prática. , não é só usar todos os recursos tecnológicos sem se preocupar se aluno aprendeu ou não. Precisamos de uma reciclagem (...) os alunos adoraram. Porém, o que atrapalha é que quando o aluno passa para outro semestre alguns professores não utilizam esse tipo de metodologia. Então fica dissociado. Precisa-se de uma filosofia de ensino metodológica, onde todos os professores sejam preparados para trabalhar com o mesmo tipo de metodologia. Para isso precisamos ser capacitados. Ela tem que ser em conjunto, com preparação. Se essa mudança ocorrer, o aluno já vai saber que ele deve cumprir aquilo, que ele vai passar para um próximo semestre e é tudo igual – professor do ciclo profissionalizante –.</p>	<p>- A metodologia ativa é aquela focada no aluno, há entendimento da necessidade de se ter um aluno crítico.</p> <p>- O aluno ainda está adequado à metodologia da reprodução, preocupando-se apenas com notas e não com a aprendizagem;</p> <p>- O professor é um orientador, facilitador, monitor do processo de ensino-aprendizagem;</p> <p>- Associam as metodologias ativas com outros aspectos da formação como a integração ensino-serviço-comunidade, interdisciplinaridade e pesquisa.</p> <p>- Compreendem que se o aluno entender que ele é responsável pela sua formação encontrar-se-á a chave para a mudança;</p> <p>- Referem que os alunos não colaboram com o professor quando este busca utilizar novas metodologias;</p> <p>- Ocorreram experiências frustrantes quando da utilização de metodologias ativas;</p> <p>- Compreendem que o professor deve buscar colocar o aluno na situação de ver a necessidade do conhecimento, deixando de agir como múmia dentro da sala de aula;</p> <p>- Compreendem que é necessário haver um redimensionamento na filosofia de ensino institucionalmente;</p> <p>- Compreendem que o aluno deve se acostumar a cumprir determinada regra quando esta for implementada pela instituição, por todos os docentes.</p>

Os discursos docentes, de um modo geral, pautam-se principalmente em questões singulares vivenciadas em sua prática individual, porém observamos também textos referentes às necessidades institucionais. Compreendemos que os discursos são ricos de significados dos quais podemos buscar tanto situações dos professores como da instituição que constituem, ou seja, o Curso de Enfermagem.

Percebemos nos discursos, em relação às metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que as concepções docentes se encaminham para a crítica, ou seja, buscam incorporar as tendências que impulsionam a transformação. Acreditamos que como os discursos não se limitam a explicações de determinados métodos utilizados de maneira enrijecida, ou seja, reduzidos à técnica, ocorre certa compreensão das idéias inovadoras, que vão além da especificidade metodológica.

As expressões: *focada no aluno; aluno crítico; visão construtivista e posição de pensar e de ver a necessidade do conhecimento*, denotam a busca docente pela “imunização do bancarismo”, onde o educador busca condições para uma verdadeira aprendizagem significativa quando os educandos se transformam em reais sujeitos da construção e reconstrução do saber ensinado, na sua razão de ser (FREIRE, 1998).

Isso pode ser observado também nas colocações a respeito da responsabilidade do professor no processo de ensinar e aprender como vemos nos enunciados: *o professor é um orientador; o professor é um monitor (...) um instrutor*, percebemos que os docentes sinalizam referenciais norteadores de práticas inovadoras, pois reconhecem o seu papel de orientador de um processo e não expressam considerar determinados sistemas de correlações de forças, através de poderes instituídos aos docentes, como percebemos nas metodologias tradicionais.

Para Medeiros (2001), aprender a ser crítico, independente e autônomo equivale a dizer tornar-se capaz de realizar aprendizagens significativas situadas em uma ampla gama de situações e circunstâncias. Para a autora, o compromisso das instituições universitárias no processo de emancipação de sujeitos é o de outorgar a aprendizagem da aquisição de estratégias cognitivas, que por sua vez, são formadas por esquemas de aprender a aprender em suas diferenças.

Mesmo reconhecendo ser a proposta de construção de sujeitos a ideal para a formação de enfermeiros, os professores relatam se deparar com muitas dificuldades no

processo de incorporação desses pressupostos. Para os docentes essas dificuldades se devem principalmente à resistência discente ou mesmo a ideologia “reprodutivista” destes, como podemos observar nas falas: *não entendo (..) essa grande crítica que muitos alunos fazem a alguns professores (...) não há colaboração deles para a utilização de novas ideologias; não adianta trazermos uma aula focada no aluno quando os alunos são múmias; não existe entendimento por parte dos alunos, que ainda estão naquela metodologia reprodutivista; os alunos apenas pegam os textos com preocupação em notas e não no processo de aprendizagem.*

Tentando compreender o “contexto” existente no “texto” dos docentes, percebemos que o desafio de tornar um estudante, que teve sua formação escolar baseada principalmente na metodologia da reprodução, em um sujeito participante do seu próprio processo de aprendizagem, tem sido tarefa difícil para estes. Sendo assim, de certa forma é atribuído, ao principal interessado em obter uma aprendizagem significativa, o estudante, a “culpa” pelo fracasso nas interações pedagógicas que visam à construção de sujeitos através de metodologias ativas.

Nesse sentido, acreditamos que os docentes se contradizem em seus discursos, pois, como poderão “facilitar” a aprendizagem de sujeitos que consideram rígidos para a mudança, sujeitos que não compreendem aspectos de ensino-aprendizagem. Na verdade, acreditamos que exista uma limitação nas proposições progressistas de ensinar e de aprender adotadas pelos docentes por não tentarem visualizar também a aprendizagem das emoções, dos limites e, certamente, das pontecialidades. Para Medeiros (2001), nessa compreensão do agir pedagógico, as particularidades e as sujeições das pessoas não podem, nem devem ser reduzidas a meras expectativas de senso comum, nem mesmo como garantia mínima de aprender de forma superficial.

Tornar o estudante capaz de aprender a aprender é tarefa árdua, que tem que almejar estruturas de base epistemológica a fim de se enfrentar as correntes educacionais ainda hegemônicas, para, contudo ser possível tornar vivo o processo de aprendizagem significativa, onde o sujeito possa se aproximar da compreensão integral do ser humano e do processo de saúde-doença. Freire (1998 p. 29; 89), nos ensina que ensinar exige rigorosidade metódica, não a rigorosidade do discurso bancário, mas o trabalhar com os

educandos a rigorosidade metódica com que devem se “aproximar” dos objetos cognoscíveis.

Para o autor, isso só é possível na “presença de educadores e de educandos criadores, instigadores, inquietos, ‘rigorosamente’ (sem grifo no original) curiosos, humildes e persistentes”. O autor enriquece essa discussão mostrando que o ensinar exige convicção de que a mudança é possível, pois o mundo não é o mundo está sendo e não somos somente objetos da história, mas seu sujeito igualmente. “Mudar é difícil, mas é possível”, pensando assim, o educador fundado nesse pressuposto, não deve impor arrogantemente o seu saber, mas buscar o diálogo que vai desafiar o educando a pensar sua própria história social.

Na verdade, deve-se buscar compreender que a pessoa do estudante e do professor está envolvida no processo, não apenas o papel de cada um, para assim perceber as idas e voltas e nelas se colocar. Nesse sentido, não nascemos sujeitos, mas a relação de ensino-aprendizagem pode nos tornar através da busca de compartilhamento de poderes (REDE UNIDA, 2000).

A compreensão dos pressupostos referentes às críticas à formação dos profissionais de saúde é essencial para se almejar a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ou seja, o entendimento da necessidade de se ampliar os espaços de ensino-aprendizagem (integração ensino-serviço), a participação da comunidade no processo de formação, as abordagens integradoras com outras áreas do conhecimento e a indissociabilidade do ensino, da pesquisa e da extensão são primordiais. Sendo assim, percebemos que os discursos docentes revelam pouca familiaridade com essas questões, pois não conseguem diferenciar o ato pedagógico em si, numa relação docente e discente, e as outras estratégias de rompimento da formação conservadora do modelo biomédico.

Isso pode ser percebido no seguinte discurso: *a metodologia deve ser pautada na ética, na pesquisa e na educação, integrar o aluno desde o início junto à comunidade, (...) na pesquisa, também na comunidade e às outras profissões*, mostra haver entendimento de ideais de mudança, porém epistemologicamente desorganizados nas expressões colocadas.

Porém, observamos outro fator importante nos discursos docentes que se refere às necessidades institucionais de organização que visam a efetivação de ideais

metodológicos em busca da crítica. A importância dada à construção de um processo de mudança com base na discussão com o coletivo docente e discente mostra certa organização do pensamento para tanto. Somado a isso, o reconhecimento da limitação docente frente à utilização de novas estratégias de ensino-aprendizagem denotam certa lucidez epistemológica capaz de buscar mudanças de cunho institucional.

Os textos seguintes mostram as organizações do pensamento docente em relação as possíveis mudanças concretas a serem implementadas visando a construção de sujeitos: (...) *não é só usar todos os recursos tecnológicos sem se preocupar se aluno aprendeu ou não, precisa-se de uma filosofia de ensino (...) onde todos os professores sejam preparados para trabalhar com o mesmo tipo de metodologia.* Observamos também que existe uma fragilidade na proposta por conta do modo “impositivo” com que o professor se expressa, ou seja, à medida que percebe a necessidade de mudança acredita que todos devem se adequar a determinados pressupostos metodológicos, excluindo a importância do individual, ou limitando os espaços de construção crítica e reflexiva no coletivo.

Isso pode ser percebido ao observarmos o seguinte texto em relação à aceitação dessa proposta por parte dos estudantes: *o aluno já vai saber que ele deve cumprir aquilo, que ele vai passar para um próximo semestre e é tudo igual.* Assim, a solução encontrada para o problema da não adesão dos estudantes seria impor-lhes uma maneira de ser.

Ao observarmos os processos de mudança que obtiveram melhores resultados, como o do Curso de Enfermagem da UEL, percebemos que a busca pela construção coletiva e, contudo participativa de um projeto político-pedagógico que oriente a constituição do currículo deve levar em consideração, por meio da construção de consensos, a concepção pedagógica, de homem, de saúde, de modelo de atenção e de tudo mais, ou seja, não é a técnica em si que deve ser “personalizada”, mas o ideal pedagógico. Os processos mostram que não há uma proposta pedagógica pronta, ela é um caminho, não um lugar, tem um sentido, um para quê, têm objetivos, é construída no caminho, no caminhar. Para isso, é necessário ir além da discussão sobre procedimentos de ensino e favorecer uma discussão crítica, contextualizada, onde se busque problematizar a realidade encontrada para então transformá-la (KRAMER, 1997 *apud* DELLAROZA E VANNUCHI, 2005).

A complexidade de um processo de mudança de concepções é imensa e exige dos sujeitos interessados a paciência e a perseverança, pois as pessoas é que devem ter suas práticas ressignificadas. Sendo assim, essa nova forma de pensar o conhecimento, por meio do modelo de ensino pressupõe uma nova “cultura” pedagógica a ser incorporada pelas pessoas que constituem a instituição.

Os estudantes são membros da instituição de ensino e devem fazer parte desse processo ativamente. Na verdade, os estudantes precisam, junto aos professores, construir seus próprios entendimentos e suas mudanças, de maneira que sendo parte do processo de mudança assumam suas responsabilidades. Assim, os estudantes não apenas terão que obedecer a ordens impostas, mas construir o “novo” junto aos professores, aos profissionais de saúde, aos gestores e a comunidade.

Neste sentido concordamos com Medeiros (2001, p. 95), quando refere que o compromisso de exercer o ensinar e o aprender pode permanecer nas relações distantes e rígidas onde, nesse caso, a reprodução social está garantida. Porém, se esse compromisso eclodir em formas criativas, os caminhos não condenarão as possibilidades do desenvolvimento das capacidades humanas.

5.3 AS CONCEPÇÕES DISCENTES: ADENTRANDO NOS DISCURSOS DE QUEM É FORMADO, SE FORMA E FORMA

Ingressando no mundo dos estudantes, percebemos nos contextos dos discursos, revelações enriquecedoras para a compreensão das concepções do “novo” no processo de ensinar e aprender a partir de suas visões de mundo. Os núcleos de sentidos encontrados no discurso discente são: os significados de metodologias de ensino-aprendizagem e a incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Quadro III. Textos dos estudantes sobre o significado de metodologias de ensino-aprendizagem

Núcleo de Sentido	Textos	Síntese
<p>O significado de metodologias de ensino-aprendizagem</p>	<p>- A metodologia é a forma como você chega a uma determinada coisa, ou seja, quais os procedimentos necessários para você atingir seu objetivo;</p> <p>- Na metodologia tradicional, o professor fala e o estudante só escuta, não há um debate do tema (...) a metodologia ativa é muito importante porque além de ser mais fácil para o aprendizado (...) ela faz da aula uma coisa dinâmica, pois não é aquela que você só escuta e se cansa, não aprende, não discute, não expõe suas idéias, porque todo mundo tem um consentimento prévio sobre qualquer assunto (...) o professor como orientador deve conduzir o estudante nesse caminho (...) trabalhando com essas metodologias o aluno tem muito mais espaço (...).</p> <p>- O contato professor-aluno é muito importante (...) o professor também deve aprender com o aluno, assim, essas metodologias de discussão, de debate, são muito interessantes, pois agente tem liberdade para perguntar o que quiser.</p> <p>- (...) alguns professores tentam utilizar essas metodologias, mas ainda usam de uma forma, não errada, mas de uma forma acomodada, por exemplo, o professor pede para nos dividirmos em grupo para debater determinado assunto, e depois nos dá apenas três minutos para comentar (...) não existe aquela troca (...) às vezes parece que o professor está enchendo lingüiça (...). - Existem poucos professores que realmente entram em discussão (...) as aulas são legais, mas existem muitos que sentam e passam o tempo ditando a aula ou usam transparências e lêem durante toda a aula e tudo pronto.</p> <p>- existem professores que sabem muito, mas não sabem repassar porque não tem uma boa didática (...) a metodologia ativa combina mais com as disciplinas práticas (...).</p> <p>- existe um professor que tem uma forma tradicional de ensinar, usando aulas expositivas, algumas pessoas até reclamam porque não consegue fazer perguntas, pois o professor é desagradável, mas eu considero esse professor o melhor da faculdade, embora sua metodologia seja tradicional, ele usa uma didática excelente (...) ele passa os assuntos importantes (...) eu não mudaria em nada a sal forma de dar aula (...).</p> <p>- alguns professores são ruins, talvez porque não se qualifiquem (...) eles têm suas aulas prontas para todos os semestres e não tentam inovar, buscar atualidades (...) a metodologia tradicional não está totalmente errada, temos que ver os acertos e modificar apenas os erros (...).</p>	<p>- Compreendem que a metodologia tradicional se baseia em aulas expositivas e ausência de participação dos estudantes;</p> <p>- Compreendem as metodologias ativas de ensino-aprendizagem como aquelas que são dinâmicas, dão espaço ao estudante, buscam o diálogo (liberdade e discussão), respeita os consentimentos prévios dos estudantes e visam à troca.</p> <p>- Compreendem a importância das relações/interações pro-fessor-estudante no processo de ensino - aprendizagem;</p> <p>- Compreendem que existem professores que tentam incorporar as metodologias ativas, mas se acomodam no processo e não permitem que o estudante se expresse significativamente.</p> <p>- Compreensão de que a didática do professor é importante para o processo de ensinar e aprender.</p> <p>- Compreendem que principalmente as disciplinas com conteúdo prático devem utilizar metodologias ativas;</p> <p>- Valorizam aspectos das metodologias tradicionais, como a maneira de dar aulas expositivas e didática particular de determinados professores.</p>

No discurso discente, a concepção de metodologias de ensino-aprendizagem se baseia na diferenciação entre as tradicionais e as ativas. Para as metodologias ativas, os protocolos de discurso discentes trazem novas perspectivas para a aprendizagem significativa, pois, para os estudantes, estas metodologias utilizam meios democráticos de interação pedagógica, como podemos perceber nos textos: *as metodologias de discussão, de debate, são muito interessantes, pois agente tem liberdade para perguntar o que quiser; o contato professor-aluno é muito importante; a metodologia ativa (...) faz da aula uma coisa dinâmica, pois não é aquela que você só escuta e se cansa, não aprende, não discute, não expõe suas idéias, porque todo mundo tem um consentimento prévio sobre qualquer assunto (...) o professor como orientador deve conduzir o estudante nesse caminho.*

Podemos visualizar que os estudantes acreditam que as metodologias ativas geram espaços nos quais possam ser considerados sujeitos que compartilham informações e buscam a aprendizagem significativa por meio da discussão e da troca de saberes. Encontramos nos argumentos discentes uma consciência da necessidade de estratégias que visem à interação entre professor, estudante e o objeto do conhecimento em sua razão de ser, seu significado.

Porém, ao acreditar que as metodologias ativas combinam melhor com as disciplinas com conteúdo prático, percebemos uma limitação na compreensão de que todas as disciplinas são importantes, nas quais deve haver aprendizagem significativa, em todos os momentos, não apenas nas disciplinas que utilizam treinamentos teórico-práticos, ou mesmo, técnicos.

Os estudantes expressam que as metodologias tradicionais têm cumprido o papel da transmissão de conteúdos através de aulas expositivas onde estes não têm espaço para construir seu próprio conhecimento. Porém, nos argumentos dos estudantes investigados fica clara uma certa valorização dada a alguns aspectos das metodologias tradicionais como a maneira de dar aulas expositivas e a didática particular de alguns professores, os quais eles mesmos reconhecem: *existe um professor que tem uma forma tradicional de ensinar (...) mas eu considero esse professor o melhor da faculdade (...) ele usa uma didática excelente; (...) a metodologia tradicional não está totalmente errada, temos que ver os acertos e modificar apenas os erros.*

Compreendemos, através destes discursos, que os estudantes avaliam como importantes os espaços de transmissão de conteúdos, pois mesmo criticando-os e reconhecendo outras maneiras de conduzir o processo de ensino-aprendizagem, relatam ser esse um momento onde os docentes, com suas didáticas “mágicas”, conseguem expor os conteúdos de forma que o estudante, calado, interiorize as informações.

Sendo assim, a idéia central trazida pelos estudantes sobre a construção do saber, por meio de metodologias ativas, deposita-se na compreensão da importância dos processos de discussão, advindas das intervenções e interações pedagógicas. Essa postura tranquilizadora, de certa forma prevalente, remete ao fato de haver entre os estudantes espaço para a crítica e ao mesmo tempo denuncia a valorização da técnica que ainda transita livremente no cotidiano do ensinar e aprender.

Na verdade, a compreensão de metodologias de ensino-aprendizagem pelos discentes perpassa por questões clássicas como a necessidade de incorporação de novos conhecimentos pedagógicos por parte dos docentes, da redefinição dos papéis dos estudantes e docentes, da valorização da transmissão de conteúdos prontos e da limitação da aprendizagem por meio de estruturas rígidas nas relações interpessoais.

Para Bordenave (1984, *apud* SENA-CHOMPRÉ E EGRY, 1998), a concepção pedagógica de transmissão tem como elementos principais no processo educativo a experiência fundamental que o estudante deve viver para alcançar seus objetivos: o recebimento do que o professor e os livros lhe oferecem, o que esvaeci o verdadeiro papel do docente e do discente e dificulta a atitude de mudança de comportamento para as concepções problematizadoras (ativas), onde a pessoa é considerada em sua totalidade como um agente de transformação.

Quadro IV: Textos dos estudantes sobre a incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem

Núcleo de Sentido	Textos	Síntese
<p>A incorpo- ração de metodolo- gias ativas de ensino- aprendiza- gem</p>	<p>- (...) no laboratório acontece de o professor nos deixar sozinhos para aprender e depois se explicar dizendo que está tentando inovar, mas a sensação inicial é horrível.</p> <p>- (...) temos que ver também a metodologia dos alunos, pois estamos mal acostumados a nunca cumprir a carga horária, nunca começamos as 07 e terminados as 10, por exemplo, porque nos cansamos e não conseguimos assimilar mais nada depois de nove e meia (...).</p> <p>- os alunos aceitam bem a metodologia ativa principalmente quando o professor não nos joga a metodologia para aprendermos sozinhos, ou para nós ensinar nossos próprios colegas através de seminários (...);</p> <p>- realmente o momento principal da nossa aprendizagem está na sala de aula, pois os estudos em casa ou na biblioteca são apenas complementares, por isso temos que aprender o máximo na sala de aula (...).</p> <p>- tanto as metodologias novas como as tradicionais têm seu lado positivo, para o professor utilizar as ativas ele deve estudar e entender muito sobre elas (...) deve haver um misto entre elas, até porque não podemos acreditar que todos os professores do Curso vão seguir a mesma metodologia é impossível (...).</p> <p>- quando existe só discussão também não fica bom (...) achamos que o professor está enrolando (...) os alunos não estão acostumados com isso, porque no colégio isso não existia, eles desvalorizam por não acharem importante.</p> <p>- temos essa dificuldade para a mudança porque o problema vem desde a base no ensino médio e fundamental onde o aluno aprende que o professor está acima de tudo (...).</p>	<p>- Referem que nesse processo de inovar existem momentos que o estudante se sente numa situação incômoda;</p> <p>- Compreendem que os estudantes estão acostumados com determinadas acomodações no processo de ensino-aprendizagem e que isso se deve às metodologias utilizadas;</p> <p>- Compreendem que de uma maneira geral os estudantes gostam das metodologias ativas;</p> <p>- Compreendem que se houver prioridade na utilização de metodologias ativas o processo fica prejudicado e os estudantes acabam desvalorizando e julgando o professor como acomodado;</p> <p>- Compreendem o espaço da sala de aula como determinante principal no processo de ensino-aprendizagem dos conteúdos teóricos;</p> <p>- Compreendem que deve haver uma combinação entre aspectos os relevantes dos dois tipos de metodologias;</p> <p>- Compreendem haver uma dificuldade para a incorporação das metodologias ativas porque os estudantes não tiveram experiências desse tipo no colégio.</p>

Depois de buscar a compreensão daquilo que os estudantes acreditam ser o processo de ensinar e de aprender, tentaremos encontrar nos discursos aspectos referentes à aceitação do novo, ou seja, a maneira como os estudantes têm reagido nos momentos de busca da incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Através dos protocolos dos discursos a seguir, podemos compreender as dificuldades encontradas nesse processo: (...) *o professor nos deixar sozinhos para aprender (...), mas a sensação inicial é horrível; (...) quando o professor não nos joga a metodologia para aprendermos sozinhos, ou para nós ensinarmos nossos próprios colegas (...)*. Percebe-se, inicialmente, pouca compreensão dos objetivos do professor ao utilizar estratégias inovadoras, ou seja, na busca pela emancipação dos estudantes como sujeitos, que podem construir sozinhos e ensinar uns aos outros. Sendo assim os estudantes buscam espaço e quando esse lhes é dado, encontramos a existência do medo e as incertezas que devem ser superados.

A incorporação das metodologias ativas por parte dos discentes se revela pela maneira como esses tem visto sua importância no processo de ensino-aprendizagem. Ao saírem do ensino médio, reconhecido pelos próprios estudantes como um espaço isento de aprendizagem crítica, chegar na universidade sem se ter momentos de exposição de extensos conteúdos para se decorar, não é o ideal para estes. Como percebemos nos textos: (...) *deve haver um misto entre elas, até porque não podemos acreditar que todos os professores do Curso vão seguir a mesma metodologia é impossível; quando existe só discussão também não fica bom (...)* achamos que o professor está enrolando; (...) *dificuldade para a mudança porque o problema vem desde a base no ensino médio e fundamental.*

Na verdade, os estudantes se contradizem em seus discursos por, ainda não poderem, realmente se libertar da prática tradicional, que na universidade é constituída por uma estrutura político-administrativa verticalizada, com alto grau de concentração de poder em autoridades constituídas (SENA-CHOMPRÉ E EGRY, 1998).

Compreendendo ser o espaço da sala de aula, através da interação social, importante para o processo de ensino-aprendizagem, os estudantes revelam em seus discursos uma boa aceitação do novo, embora haja muitas dificuldades. Percebemos, então,

que as falas denotam a relação verticalizada entre os docentes e discentes, onde não se consegue construir interações significativas a fim de incorporar as metodologias ativas.

A partir dessa leitura flutuante dos discursos dos sujeitos sociais do Curso de Enfermagem, tentaremos a seguir, apresentar aspectos observados na práxis em sala de aula tentando entender os sentido dialético que denotam estes discursos no processo de ensinar e de aprender.

5.4 O PROCESSO PEDAGÓGICO VIVENCIADO: A PRÁXIS NO ESPAÇO DA SALA DE AULA

O desafio de encontrar nas arestas da complexa práxis humana as atitudes que denotam a determinação social dos fatos é uma tarefa difícil. Ao realizarmos a observação nas salas de aula, nas quais também somos atores, buscou-se através da visualização das relações interpessoais, vincular os fatos às suas representações e contradições.

Através do espaço da sala de aula podemos visualizar diversas situações que nos ajudam a compreender a ideologia que fundamenta a prática pedagógica usada para a formação de profissionais de enfermagem. Mesmo concordando com a necessidade de se ampliar os espaços de ensino-aprendizagem, acreditamos que a sala de aula representa um lugar que possibilita uma relação pedagógica capaz de gerar momentos de aprendizagem significativa. É nesse espaço que estudantes e professores se colocam diante do desafio de se ensinar e aprender o “novo” através da troca de informações e discussão sobre a função dessas no processo de trabalho em saúde-doença.

Para Medeiros (2001), as práticas exercidas nas salas de aula estão solidificadas em relações cristalizadas, muito especialmente pela saliência histórica do imperar da técnica em detrimento da crítica. No âmbito da sala de aula, o desenvolvimento de processos interativos/interpessoais constitui por meio da linguagem o fato pedagógico. Sendo assim, o espaço da sala de aula é um **meio social que define e (re)define profundamente a efetivação das idéias comunicadas.**

Para entender o processo pedagógico existente nesse ambiente no Curso de Enfermagem estudado, acreditamos que seja necessário conjugar informações sobre as

manifestações de poder através das evidências e limitações na relação professor-estudante às relacionadas diretamente ao processo pedagógico.

No que diz respeito às relações de poder, encontramos diferentes momentos de interação social doscente-discente que sinalizam muito mais para o fortalecimento de estruturas rígidas, onde o docente determina sozinho como se dará o processo e qual o papel de cada um na sala de aula, do que espaços de interação democrática efetiva. Na verdade, poucos momentos evidenciaram uma interação efetiva, ou seja, a interação foi percebida apenas no aspecto pedagógico, onde por meio de intervenções docentes que tentam gerar respostas prontas às suas “perguntas inteligentes” ou ainda ensinar qual o “comportamento ideal” que os estudantes devem reproduzir, ou seja, garantindo apenas uma bagagem técnica sem internalização concreta do conhecimento em construção.

Os fenômenos observados, que geram essa suposição estão baseados, por exemplo, no desconhecimento dos nomes dos estudantes e nas atitudes autoritárias por parte dos docentes. Ocorre que, sem explicitar os motivos, ou melhor, suas concepções pedagógicas, os docentes definem quais as tarefas que devem realizar os estudantes e de que forma os conteúdos devem ser estudados e compreendidos. Sendo assim o “mestre” orienta seus “discípulos”, que prendem seus “gritos”, ao serem mantidos no silêncio do medo, distanciados pela relação pedagógica assimétrica e restrita ao conteúdo dado.

Para Foucault (1991, *apud* Medeiros, 2002), o poder é menos uma propriedade do que uma estratégia, e seus efeitos não são atribuíveis a uma apropriação, mas a disposições, a manobras táticas, técnicas e a funcionamentos, ele se exerce mais do que se possui. Nesse sentido, a restrição a escutar e memorizar, através de hierarquias e rituais de poder, gera no espaço da sala de aula distanciamento das relações intersubjetivas capazes de gerar o aprender a aprender em detrimento do aprender a cumprir regras.

Medeiros (2001), nos coloca que é dessa forma que o professor tradicional se isenta de riscos porque o estudante não expõe suas idéias e fragilidades em função da inocuidade da relação pedagógica que desencoraja a crítica, o crescimento e o desenvolvimento intelectuais. Nessa relação, o estudante deve respeito ao professor, se quiser gozar de uma falsa liberdade.

Diante disso, as aulas expositivas, os métodos pedagógicos de transmissão com as transparências, os slides e o volume excessivo de conteúdos prevalecem definindo a

prática pedagógica tradicional, positivista, que em sua essência é incapaz de construir competências efetivas de modo a garantir o entendimento do ser humano em sua integralidade, para a intervenção no processo saúde-doença.

Nos poucos atos pedagógicos críticos que observamos, a busca dos docentes pela ressignificação dos papéis que legitimam uma relação proximal com os estudantes, embora de forma fragilizada, constituem espaços de mudança dessa estrutura pedagógica enrijecida. A tentativa da aproximação teoria-prática por meio de um “jogo pedagógico”, através do uso da linguagem isenta de esterilidade, se aproximam da compreensão das realidades construídas (e a serem construídas) que representam a subjetividade, enfim o pensamento (MEDEIROS, 2001).

Os docentes por meio do diálogo aberto, tentam trazer problemas que são essenciais para a construção do conhecimento. A divisão da turma em pequenos grupos para buscar a resolução de problemas comuns, mostram uma libertação do mero preparo de conteúdos para exposição. A busca pela funcionalidade do que é aprendido dessa forma torna-se mais palpável. Porém, uma das explicações para a fragilidade observada nesse processo está na inexistência de discussões acerca da abordagem pedagógica com os estudantes que, como sujeitos, podem definir os conteúdos e os tempos para aprendê-los, além de não contribuir para o aprender a aprender, tarefa essencial e contínua.

Por sua vez, os estudantes tornam-se alheios aos pressupostos epistemológicos construtivistas de ensino-aprendizagem. Acreditamos que por isso, ainda haja resistência por parte de alguns estudantes na aceitação das metodologias ativas, já que as verdadeiras mudanças não se efetivam sem resistências, dúvidas, medos e conflitos. Trata-se de discutir a complexidade humana na atividade de aprender a aprender, não apenas na restrição da técnica, mas em exercícios interiores de quebra, de mudança de concepção (REDE UNIDA, 2000).

Na verdade, a busca pela compreensão do potencial pedagógico existente no espaço da sala de aula através da superação de distanciamentos nas interações entre professor-estudante, onde através da parceria e do reconhecimento do papel de cada um no processo de ensinar e aprender, torna-se uma necessidade eminente para a incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 O CONVERGENTE E O DIVERGENTE ENTRE OS DISCURSOS: PROPOSIÇÕES PARA UM PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO

A busca pelo entendimento dos contextos expressos nos discursos discentes perpassa por questões relacionadas aos discursos docentes, e vice versa, por meio dos sentidos expressos por ambos. Encontramos nesses discursos profundas manifestações das relações de poder que permeiam a sala de aula, onde os estudantes mesmo reconhecendo que os docentes pouco interagem, não dão espaço e não sinalizam para a mudança, se mostram valorizadores de estruturas pedagógicas transmissoras de conhecimento.

Esse aspecto converge com algumas proposições dos discursos docentes ao relatarem haver uma resistência por parte dos estudantes na incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Porém, acreditamos que há divergência, em parte dessa proposição, quando os docentes visualizam os estudantes, que possuem consciência histórica, como pessoas isentas de crítica, que embora valorizem aspectos reprodutivistas, presente em suas entranhas desde criança, buscam as mudanças porque acreditam nos espaços democráticos de construção do conhecimento.

Os discursos dos sujeitos convergem para a real necessidade de se incorporar às metodologias ativas de maneira que o medo de estar contra a corrente política do nosso tempo, do imediatismo, não atrapalhe o amadurecimento sobre o que pode e deve ser realizado em termos de ensinar e aprender. Dessa maneira, ou se retoma a perspectiva que securamente vem permeando a ciência da Enfermagem, ou se denota fazeres críticos que não representam um mero reflexo, mas a reflexão das inteligências que circulam na dimensão construtivista (MEDEIROS, 2001).

Após a realização dessa busca de sentidos nos discursos e na práxis dos sujeitos que formam o Curso de Enfermagem, tentaremos iniciar uma discussão sobre o processo de transformação que acreditamos representar apenas um pequeno passo, para a real mudança que acreditamos que deva ocorrer na formação de enfermeiros.

Compreendemos que os discursos são constituídos a partir de construções históricas, com influências do modelo sócio-político, econômico e cultural das contradições sociais, e, por isso, no campo da educação, a realidade tem sido vista muitas vezes de forma objetiva e neutra, onde o ser humano é visto como uma “ferramenta” a ser “lapidada”, o que compõem o pensamento positivista.

Acreditamos que a mudança na formação de enfermeiros deve ocorrer de maneira interligada com as transformações do processo de Construção do SUS, onde as representações do processo saúde-doença são percebidas enquanto fenômenos sociais historicamente determinados. Sabemos que essa mudança de paradigma não pode se dar apenas nas instituições e escolas de saúde, pois a ressignificação da saúde e da doença, perpassa por todos os homens, que possuindo consciência histórica, estão condicionados aos fatores sociais, políticos e econômicos.

A formação de um profissional comprometido com a efetivação dessa mudança é um desafio que as políticas públicas de saúde no Brasil têm se deparado. Neste sentido, a reconfiguração dos processos de ensino-aprendizagem nas escolas de enfermagem está intimamente ligada à própria construção histórica dessa área na saúde. A enfermagem, que tem caminhado junto aos conceitos “modernizantes” de saúde através do incremento de tecnologias duras, em detrimento do cuidado com as tecnologias leves, onde o modelo ideológico tradicional conserva as relações verticalizadas entre os profissionais e a população, necessita repensar seu fazer construindo e sistematizando as novas práticas que incorporam a totalidade das ações de promoção e prevenção, combinadas às ações de controle do estado de saúde visando à reabilitação.

Se o cuidado oportuno, livre de risco, integral e contínuo a todas as pessoas, independente de sua classe social, raça ou etnia, dando-lhes direito à felicidade, for incorporado na prática dos profissionais de enfermagem, através da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença, teremos encontrado o caminho para a transformação (SENA-SHOMPRES & EGRY, 1998).

Na verdade, uma proposição para a mudança que se restrinja apenas às discussões a respeito do ato pedagógico não pode ser efetiva. Acreditamos que as práticas pedagógicas tecnicizadas estão presentes nas relações entre os sujeitos nas escolas de enfermagem, e que tal fato se deve à resistência, a alienação e a ingenuidade dos

profissionais mediadores do saber, os professores, ao julgarem que suas técnicas rígidas podem superar os problemas historicamente constituídos (MEDEIROS, 2001).

Sendo assim, para concluir, lembramos que a transformação da educação dos profissionais de enfermagem, que não está limitada às mudanças apenas no fator pedagógico mediado entre docentes e discentes, perpassa por muitas outras atitudes inovadoras, que como podemos visualizar na totalidade da formação, se complementam, se adicionam.

Nos referimos à necessidade de mudanças nas relações entre serviços, universidade e comunidade, onde deve se dar efetivamente os momentos de formação de profissionais de saúde. Nesse terreno, os profissionais dos serviços e a comunidade participam do processo de formação por meio do compartilhamento dos objetivos e das ações. Nesse espaço, as necessidades sociais, identificadas e apresentadas pelos sujeitos sociais, são tomadas como objeto no processo de formação (FEUERWERKER, 2002).

Para tanto, não podemos nos limitar a discutir e rediscutir o processo de ensino-aprendizagem sem adentrarmos nos espaços dos serviços de saúde e da comunidade. Esse adentramento deve ultrapassar os objetivos que vem sendo postos pela extensão e pelos estágios e aulas práticas, ou seja, uma parceria concreta entre a universidade, comunidade e serviços, gera reflexão que gera ação transformadora. Então, se por meio das interações intersubjetivas, que considerem o ser humano em sua integralidade, forem almejadas nessas parcerias o modelo de ensinar o aprender a aprender se transforma à medida que as concepções de vida, sociedade, homem, saúde, doença, educação, cultura, intersetorialidade, integração, poder, solidariedade, democracia, ... são re-concebidas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L. O. M. **Sistema de Salud de Brasil: Normas, Gestión y Financiamiento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2002. 113 p.

BONETTI, O. P. **A Formação que Temos e a Formação que Queremos: Discursos Acerca da Formação em Enfermagem**. 2004. 65 p. dissertação (graduação em enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **12ª Conferencia Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Conselho Nacional de Saúde. Brasília. 2005.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Educar SUS: Notas sobre o Desempenho do Departamento de Gestão da Educação na Saúde: Período de janeiro de 2003 a janeiro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil: Caderno de Textos**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília. 2004, 299 p.

_____. **Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde: onde da SUS, dá certo!** Brasília. 1996.

BRASIL, MINITERIO DA EDUCACAO E CULTURA, DEPARTAMENTO DE ASSUNTOS UNIVERSITARIOS. **Desenvolvimento do Ensino Superior de Enfermagem no Brasil**. 1979. p. 118.

CAMPOS, G. W. S. **Política de Formação de Pessoal para o SUS: Reflexões Fragmentadas**. Cadernos de RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. v. 3. n. 1. mar. 2006.

DELLAROZA, M. S. G.; VANNUCHI, M. T. O. **O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: do Sonho a Realidade**. São Paulo: Hucitec. 2005. 167 p.

- DIAS, M. S. A. *et al.* **Aulas Teórico-Práticas e Estágios Supervisionados na Enfermagem.** Opinião. O povo On line. Fortaleza. 21 de outubro de 2000 <Mimeo>.
- DIAS, M. S. A. **O Semblante da Clínica Dialítica no Contexto da Promoção da Saúde: Concepções dos Profissionais de Saúde sobre sua Práxis.** Tese de Doutorado em Enfermagem apresentada ao departamento de Pós-Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza - Ceará. agosto, 2006.
- FEUERWERKER, L. **Além do Discurso da Mudança na Formação Médica: processos e resultados.** São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede UNIDA, Rio de Janeiro: ABEM, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia.** São Paulo: Paz e Terra. 1998. 163 p.
- GERMANO, R. M. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil.** 2 ed. São Paulo: Cortez. 1985. 117 p.
- GIL A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 3 ed. São Paulo: Atlas. 1996.
- JAEGER, M. L. **Desafios do SUS, na Gestão da Educação na Saúde: Trabalhadores da Saúde e a Saúde de Todos os Brasileiros - Práticas de Trabalho, Gestão, Formação e Participação.** Palestra de Abertura da 3ª Conferencia Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília-DF. 27-30 e março de 2006.
- KRUSE, M. H. L.; MEYER, D. E. **Acerca das Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: Um início de reflexão.** Texto elaborado para subsidiar a Oficina de Trabalho sobre as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem. 6º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem. Associação Brasileira de Enfermagem: 2002. Circulação Restrita ao evento.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 3 ed. São Paulo: Atlas. 1991. 270 p.
- LOEPARDI, M. T., *et all.* **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** 2 e. Florianópolis: UFSC/Pós Graduação em Enfermagem, 2002, 290p.
- MEDEIROS, R. M. *et al.* **Construção de Competências em Enfermagem. Coleção Conexão.** Caixias do Sul: EDUCS. 2001. 320 p.
- MELO, C. M. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem.** São Paulo: Cortez. 1986. p. 94.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. 269p.

_____. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 282p.

NUNES MOREIRA, M. C. **A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República** *Historia, Ciência . Saúde.* Rio de Janeiro: Manguinhos. v.5 n.3. nov. 1998. fev. 1999

OGUISSO, T. **Discutindo os primórdios do ensino de enfermagem no Brasil: o Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo (1917-1920).** *Revista Paulista de Enfermagem.* São Paulo: 2003 jan-abril; 22(1): 82-92. Acessado em 21 de janeiro de 2006. Disponível em <http://www.abensp.org.br/repen/v22_n1/pdf/v22n1a8.pdf>.

PAYM, L. **A Formação de Enfermeiros no Brasil na Década de 70.** *Revista Brasileira de Enfermagem.* v. 54. n. 2. abr/jun. 2001. 184-196.

PENA PEREIRA, O.; DE ALMEIDA, T. M. C. **A Formação Médica Segundo uma Pedagogia de Resistência.** *Interface- Comunicação, Saúde, Educação.* São Paulo. v. 9. n. 16. set. 2004. fev. 2005. p. 69-79.

REDE UNIDA. **A Construção de Modelos Inovadores de Ensino-Aprendizagem - As Lições aprendidas pela Rede UNIDA.** *Divulgação em Saúde para Debate.* Rio de Janeiro, n. 22 dez. 2000. p 49-62.

UNIERSIDADE ESTDAUAL VALE DO ACARAU - UVA. CURSO DE ENFERMAGEM. **Projeto Político-Pedagógico.** Sobral-CE. 2002 <Mimeo>.

UNIERSIDADE ESTDAUAL VALE DO ACARAU - UVA. CURSO DE ENFERMAGEM. **Projeto Enviado ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde.** Sobral-CE. 2005 <Mimeo>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou estudante de graduação em enfermagem desta IES, e venho solicitar sua colaboração no sentido de participar, aceitando que eu observe suas intervenções durante a aula e registre informações, da presente investigação intitulada A Incorporação de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral-CE: Concepções dos Corpos Docente e Discente, que tem como principal objetivo conhecer a concepção de docentes e discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em relação à incorporação de inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem.

Ao refletirmos sobre a formação da graduação em enfermagem realizada por nosso Curso de Enfermagem, pensou-s em realizar esse estudo com proposta desafiadora de contribuir com o processo de mudança na orientação político-pedagógica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral, e, ao mesmo tempo em que pretende conhecer concepções, logra-se passar de forma direta e indireta para os participantes desse estudo à socialização-construção de idéias transformadoras.

Deseja-se com esse estudo entender o que pensam estudantes e professores sobre a necessidade de se incorporar novas metodologias de ensino-aprendizagem para se obter uma formação crítica e humanizada; como são entendidas pelos estudantes as metodologias inovadoras trazidas pelos professores; qual a aceitação discente; e, o que os docentes e estudantes compreendem por metodologias ativas de ensino-aprendizagem?

Essa instituição tomará conhecimento dos resultados quando forem publicados, no momento final da pesquisa. Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, mas seria importante, pois o estudo tem a pretensão de ajudar o trabalho docente no Curso de Enfermagem. São direitos garantidos ao colaborador:

- A garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- Liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízos a si;

- A Segurança de que não será identificado e que manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade;

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos e justificativa da pesquisa que participarei e dos benefícios do presente projeto de pesquisa.

Aos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa, Maria Socorro de Araújo Dias e Tiago José Silveira Teófilo, professora e acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, tendo esse documento sido revisado e aprovado. Telefone para contato: (088) 8821 9323, Rua Cel. Antônio Mendes Carneiro, 669, Centro, Sobral-CE.

Sobral, Ceará, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do participante ou responsável

Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou estudante de graduação em enfermagem desta IES, e venho solicitar sua colaboração no sentido de participar, aceitando participar do grupo focal ou entrevista grupal, da presente investigação intitulada: A Incorporação de Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral-CE: Concepções dos Corpos Docente e Discente, que tem como principal objetivo conhecer a concepção de docentes e discentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em relação à incorporação de inovadoras estratégias de ensino-aprendizagem.

Ao refletirmos sobre a formação da graduação em enfermagem realizada por nosso Curso de Enfermagem, pensou-s em realizar esse estudo com proposta desafiadora de contribuir com o processo de mudança na orientação político-pedagógica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral, e, ao mesmo tempo em que pretende conhecer concepções, logra-se passar de forma direta e indireta para os participantes desse estudo à socialização-construção de idéias transformadoras.

Deseja-se com esse estudo entender o que pensam estudantes e professores sobre a necessidade de se incorporar novas metodologias de ensino-aprendizagem para se obter uma formação crítica e humanizada; como são entendidas pelos estudantes as metodologias inovadoras trazidas pelos professores; qual a aceitação discente; e, o que os docentes e estudantes compreendem por metodologias ativas de ensino-aprendizagem?

Essa instituição tomará conhecimento dos resultados quando forem publicados, no momento final da pesquisa. Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim o desejar, mas seria importante, pois o estudo tem a pretensão de ajudar o trabalho docente no Curso de Enfermagem. São direitos garantidos ao colaborador:

- A garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- Liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízos a si;

- A Segurança de que não será identificado e que manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade;

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos e justificativa da pesquisa que participarei e dos benefícios do presente projeto de pesquisa.

Aos pesquisadores responsáveis por esta pesquisa, Maria Socorro de Araújo Dias e Tiago José Silveira Teófilo, professora e acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú, tendo esse documento sido revisado e aprovado. Telefone para contato: (088) 8821 9323, Rua Cel. Antônio Mendes Carneiro, 669, Centro, Sobral-CE.

Sobral, Ceará, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do participante ou responsável

Assinatura dos pesquisadores

APÊNDICE 3

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

As visitas às salas de aula foram realizadas durante o período de 15 de junho a 07 de julho. Após consentimento do professor e dos estudantes participaremos das aulas e observaremos o que acontece, sem intervir, seguindo seguinte roteiro:

Descrição do processo pedagógico:

- Reações dos estudantes em relação ao processo ocorrido;
- Posicionamento do professor da metodologia de ensino;
- Evidências e limitações de integração/interação docente/discente.

APÊNDICE 4

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL 1

Participantes: nove estudantes, um por semestre, do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú.

Você conhece processos de reorientação curricular vivenciados no Curso de Enfermagem?
Como se deram esses processos?

Como se deu à aceitação/adaptação dessas mudanças por parte dos estudantes?

Você sabe o que são metodologias ativas de ensino aprendizagem?

Você observa que os professores utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem?

Qual a aceitação, por parte dos estudantes, da utilização dessas metodologias?

Qual seu rendimento, ao compararmos com as tradicionais?

APÊNDICE 5

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL 2

Participantes: oito professores, quatro do ciclo básico e quatro do profissionalizante, do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú.

Guia de temas:

Você conhece processos de reorientação curricular vivenciados no Curso de Enfermagem?
Como se deram esses processos?

Você sabe o que são metodologias ativas de ensino aprendizagem?

Quais as metodologias de ensino-aprendizagem que você tem utilizado? Qual o embasamento teórico/experiencial utilizado?

Qual a aceitação, por parte dos estudantes, quanto à utilização dessas metodologias?

ANEXOS

RESUMO

A Reforma Sanitária brasileira constitui um movimento de transformação/construção do Sistema Único de Saúde, garantido na Constituição Brasileira de 1988, que tem buscado uma mudança na formação de profissionais de saúde visando atender a demanda deste Sistema. Visualizando a formação de enfermeiros, que no Brasil tem sua implantação apenas no início da década de 1920, tinha o ensino baseado na necessidade de se constituir corpos de profissionais de saúde para a guerra, para melhorar o atendimento hospitalar e na demanda social de erradicação de doenças. Esse sistema de ensino tecnicista e despojado de crítica tem perdurado até nossos dias. Acredita-se que para melhoria da formação generalista dos enfermeiros, o processo de educação de adultos deve pressupor a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que proponham concretamente desafios a serem superados. O presente estudo tem a proposta desafiadora de contribuir com o processo de mudança na orientação político-pedagógica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú em Sobral e possui o objetivo de conhecer a concepção de docentes e discentes do mesmo em relação às metodologias de ensino-aprendizagem. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, estratégico, do tipo estudo de caso considerando a abordagem qualitativa. Como sujeitos do estudo, convidamos aleatoriamente, um estudante por semestre além de quatro professores do ciclo básico e quatro do profissionalizante. A pesquisa foi realizada nos meses de junho e julho de 2006. Para conhecermos os processos de construção e mudanças no currículo do Curso em apreço, buscamos informações nos arquivos de sua secretaria, e realizamos grupos focais que foram a técnica de coleta de dados utilizada para obtenção dos discursos. Realizamos dois grupos focais, onde participaram, no primeiro, sete estudantes e no segundo, quatro professores. Utilizamos também a observação participante, acompanhando seis disciplinas, sendo três do ciclo básico e três do profissionalizante. Os resultados obtidos foram analisados através da hermenêutica-dialética, seguindo-se os passos: análise lingüística dos textos dos autores, identificação dos núcleos de sentidos, interpretação verbal e intelectual dos autores às explicações e análise crítica das explicações e interpretações no contexto macro-estrutural. Ressaltamos que utilizamos o termo de consentimento com a finalidade de atender aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Os discursos revelaram profundas manifestações das relações de poder que permeiam a sala de aula, onde os estudantes mesmo reconhecendo que os docentes pouco interagem e não sinalizam para a mudança, se mostram valorizadores de estruturas pedagógicas transmissoras de conhecimento. Esse aspecto converge com algumas proposições dos discursos docentes ao relatarem haver resistência por parte dos estudantes na incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Porém, acreditamos que há divergência em parte dessa proposição, quando os docentes visualizam os estudantes, que possuem consciência histórica, como pessoas isentas de crítica, que embora valorizem aspectos reprodutivistas, buscam as mudanças. Sendo assim, uma das explicações para a fragilidade observada nesse processo está na inexistência de discussões acerca da abordagem pedagógica com os estudantes que, como sujeitos, podem definir os conteúdos e os tempos para aprendê-los.

Palavras-Chave: metodologias de ensino-aprendizagem, formação em Enfermagem, mudança curricular.

ABSTRACT

The Brazilian Sanitary Reformation constitutes a transformation movement/construction of the Only System of Health, guaranteed in the Brazilian Constitution of 1988, that it has searched a change in the formation of health professionals having aimed at to take care of the demand of this System. Visualizing the formation of nurses, that in Brazil only has its implantation at the beginning of the decade of 1920, it had the education based on the necessity of if constituting bodies of professionals of health for the war, to improve the hospital attendance and in the social demand of eradication of illnesses. This system of education “tecnicista” and deloused of critical has lasted until our days. One gives credit that for improvement of the “generalista” formation of the nurses, the process of education of adults must estimate the use of active methodologies of teach-learning that consider challenges concretely to be surpassed. The present study it has the proposal challenging to contribute with the process of change in the politician-pedagogical orientation of the Course of Nursing of the State University of the Valley of the Acaraú in Sobral and possess the objective to know the conception of professors and learning of the same in relation to the teach-learning methodologies. Explore-description strategically is about a study, of the type case study considering the qualitative boarding. As citizens of the study, we invite randoming, a student for semester beyond four professors of basic cycle and four of the professionalizing one. The research was carried through in the months of June and July of 2006. To know the processes of construction and changes in the resume of the Course in I appraise, we search information in the archives of its secretariat, and carry through focal groups that had been the technique of collection of data used for attainment of the speeches. We carry through two focal groups, where they had participated, in the first one, seven students and in as, four professors. We also use the participant comment, following six you discipline, being three of basic cycle and three of the professionalizing one. The gotten results had been analyzed through the hermeneutics-dialectic, following themselves the steps: linguistic analysis of the texts of the authors, identification of the nuclei of directions, verbal and intellectual interpretation of the authors to the explanations and critical analysis of the explanations and interpretations in the context macrostructure. We stand out that we use the term of assent with the purpose to take care of to the ethical aspects of the research involving human beings. The speeches had disclosed deep manifestations of the relations of being able that they permear the classroom, where the students same recognizing that the professors little interact and do not signal for the change, if show valuing of transmitter pedagogical structures of knowledge. This aspect converges with some proposals of the teaching speeches when telling to have resistance on the part of the students in the incorporation of active methodologies of teach-learning. However, we believe that she has divergence in part of this proposal; when the professors visualize the students, who possess historical conscience, as exempt people of critical, that even so they value “reprodutivistas” aspects, search the changes. Being thus, one of the explanations for the fragility observed in this process is in the inexistence of quarrels concerning the pedagogical boarding with the students who, as citizens, can define the contents and the times to learn them.

Key- Words: methodologies of teach-learning, formation in Nursing, curricular change.

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Textos dos professores sobre a formação de enfermeiros frente às mudanças no campo da saúde -----	58
Quadro II: Textos dos professores sobre as metodologias ativas de ensino-aprendizagem-----	60
Quadro III: Textos dos estudantes sobre o significado de metodologias de ensino-aprendizagem -----	67
Quadro IV: Textos dos estudantes sobre a incorporação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem -----	71