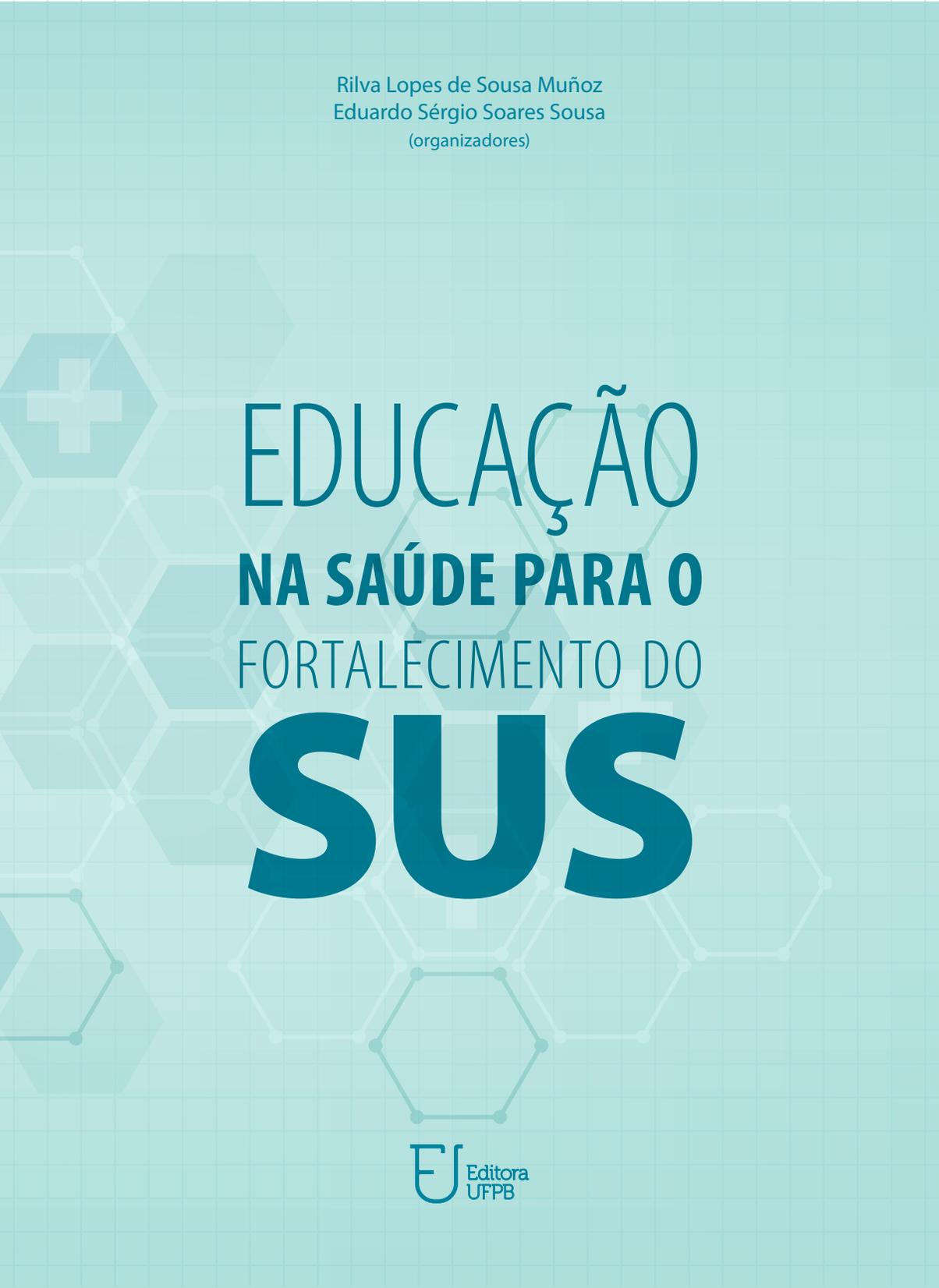


Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa
(organizadores)



EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO **SUS**

EJ Editora
UFPB

EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO SUS



Reitor
Vice-Reitora
Pró-Reitor PRPG

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

VALDINEY VELOSO GOUVEIA
LIANA FILGUEIRA ALBUQUERQUE
GUILHERME ATAÍDE DIAS



Editora
UFPB
Diretor
Coordenadora de editoração
Revisora gráfica
Revisor de pré-impressão
Chefe de produção

EDITORA UFPB

REINALDO FARIAS PAIVA DE LUCENA
SÂMELLA ARRUDA ARAÚJO
ALICE BRITO
WELLINGTON COSTA OLIVEIRA
JOSÉ AUGUSTO DOS SANTOS FILHO

Conselho editorial

Adailson Pereira de Souza (Ciências Agrárias)
Eliana Vasconcelos da Silva Esrael (Linguística, Letras e Artes)
Fabiana Sena da Silva (Interdisciplinar)
Gisele Rocha Côrtes (Ciências Sociais Aplicadas)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Exatas e da Terra)
Luana Rodrigues de Almeida (Ciências da Saúde)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)
Maria Regina Vasconcelos Barbosa (Ciências Biológicas)

Conselho científico

Maria Aurora Cuevas-Cerveró (Universidad Complutense Madrid/ES)
José Miguel de Abreu (UC/PT)
Joan Manuel Rodríguez Díaz (Universidade Técnica de Manabí/EC)
José Manuel Peixoto Caldas (USP/SP)
Letícia Palazzi Perez (Unesp/Marília/SP)
Anete Roese (PUC Minas/MG)
Rosângela Rodrigues Borges (UNIFAL/MG)
Silvana Aparecida Borsetti Gregorio Vidotti (Unesp/Marília/SP)
Leilah Santiago Bufrem (UFPR/PR)
Marta Maria Leone Lima (UNEB/BA)
Lia Machado Fiuza Fialho (UECE/CE)
Valdonilson Barbosa dos Santos (UFCG/PB)

Editora filiada à:



Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa
(organizadores)

EDUCAÇÃO NA SAÚDE PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

João Pessoa
Editora UFPB
2020

Direitos autorais 2020 – Editora UFPB

Efetuada o Depósito Legal na Biblioteca Nacional, conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Projeto Gráfico
Editoração Eletrônica e
Design da Capa

Editora UFPB
Wellington Costa Oliveira

Catálogo na fonte:
Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

E24 Educação na saúde para o fortalecimento do SUS / Rilva Lopes de Souza Muñoz, Eduardo Sérgio Soares Sousa (organizadores). - João Pessoa: Editora UFPB, 2020.
367 p. il.

E-Book
ISBN 978-65-5942-051-3

1. Educação em saúde. 2. Sistema Único de Saúde - SUS. 3. Qualificação docente. 4. Saúde – Formação profissional. 5. Práticas pedagógicas. I. Muñoz, Rilva Lopes de Souza. II. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. III. Título.

UFPB/BC

CDU 37:614

Livro aprovado para publicação através do Edital N° 01/2020/Editora Universitária/ UFPB - Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB

Cidade Universitária, Campus I, Prédio da editora Universitária, s/n João Pessoa – PB

CEP 58.051-970

<http://www.editora.ufpb.br>

E-mail: editora@ufpb.br

Fone: (83) 3216.7147

A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem a teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.

(Paulo Freire)

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	09
	PREFÁCIO.....	15
CAPÍTULO 1	QUALIFICAÇÃO DOCENTE PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS.....	18
	<i>Rilva Lopes de Sousa Muñoz Jandira Arlete Cunegundes de Freitas Eduardo Sérgio Soares Sousa</i>	
CAPÍTULO 2	TEORIAS DE APRENDIZAGEM APLICADAS ÀS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NA ÁREA DA SAÚDE.....	41
	<i>Rilva Lopes de Sousa Muñoz Eduardo Sérgio Soares Sousa</i>	
CAPÍTULO 3	METACOGNIÇÃO: APRENDENDO A APRENDER.....	86
	<i>Rilva Lopes de Sousa Muñoz Eduardo Sérgio Soares Sousa</i>	
CAPÍTULO 4	ANDRAGOGIA E HEUTAGOGIA: A APRENDIZAGEM AUTODIRIGIDA DE ADULTOS.....	109
	<i>Rilva Lopes de Sousa Muñoz Eduardo Sérgio Soares Sousa</i>	
CAPÍTULO 5	CONECTIVISMO E OS DESAFIOS DA APRENDIZAGEM À DISTÂNCIA	124
	<i>Rilva Lopes de Sousa Muñoz Eduardo Sérgio Soares Sousa</i>	
CAPÍTULO 6	METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO- APRENDIZAGEM	145
	<i>Rilva Lopes de Sousa Muñoz Eduardo Sérgio Soares Sousa</i>	

CAPÍTULO 7 INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO 184

*Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
Eduardo Sérgio Soares Sousa
André Luís Bonifácio de Carvalho*

**CAPÍTULO 8 TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 193**

*Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
André Luís Bonifácio de Carvalho
Eduardo Sérgio Soares Sousa*

**CAPÍTULO 9 EDUCAÇÃO EM SERVIÇO, EDUCAÇÃO CONTINUADA
E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS
DA SAÚDE NO SUS 222**

*Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
André Luis Bonifácio de Carvalho
Eduardo Sérgio Soares Sousa
Rilva Lopes de Sousa Muñoz*

**CAPÍTULO 10 TEORIA EXPERIENCIAL DE APRENDIZAGEM E
ENSINO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA 235**

*Ligiane Medeiros Diógenes
André Luiz Bonifácio de Carvalho
Rilva Lopes de Sousa Muñoz*

**CAPÍTULO 11 CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENSINO CLÍNICO PARA
ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA 261**

*Rodrigo Magliano Barbosa
Daniel Idelfonso Dantas
Francisco Leite de Almeida Neto
Matheus Castro de Souza
Rilva Lopes de Sousa Muñoz*

CAPÍTULO 12 CURRÍCULO E REFORMAS CURRICULARES NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFPB 308

*Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa*

CAPÍTULO 13 ABORDAGEM CLÍNICA CENTRADA NA PESSOA 330

*Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Veluma de Sousa Wanderley
Eduardo Sérgio Soares Sousa*

CAPÍTULO 14 HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA SAÚDE..... 354

Rilva Lopes de Sousa Muñoz

APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), como ordenador da formação dos profissionais da área, tem propiciado ações e programas, mediante iniciativas do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, para reformulação da educação dos profissionais de saúde, com o objetivo de que passem a pautar suas ações nos princípios ético-políticos que amparam as políticas de saúde pública vigentes no Brasil.

Assim, nos últimos anos, os cursos de graduação na área da saúde sofreram uma série de reformas curriculares, objetivando ajustar o perfil dos processos formativos ao paradigma da integralidade, assim como também surgiram iniciativas na pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* nesse âmbito.

Na pós-graduação *stricto sensu*, o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é um curso em rede nacional constituído por 22 instituições de ensino - incluindo a Universidade Federal da Paraíba, no seu Centro de Ciências Médicas - sob coordenação nacional da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e da Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz).

Como estratégia para formar os profissionais imprescindíveis para atender à expansão da graduação e pós-graduação, bem como a educação permanente de profissionais de saúde, o PROFSAÚDE, segundo seu Projeto Político Pedagógico, tem como objetivo atender à necessidade de formação de profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Atenção Básica (AB) nos municípios brasileiros. O objetivo do Programa é preparar estes profissionais para atuarem como docentes nas pós-graduações e graduações da área de saúde, e como preceptores na ESF e nas residências multiprofissionais e médicas, com ênfase naquelas da área de Saúde Coletiva, promovendo a integração ensino-serviço, ao afirmar o seu papel como campo de práticas formativas, para fortalecer a rede de serviços do SUS.

Trata-se de um programa de pós-graduação que visa, em última instância, consolidar o modelo da Estratégia de Saúde da Família, mediante o fortalecimento de conhecimentos relacionados à atenção primária em saúde, à gestão em saúde e à educação. Assim, tendo como objeto as práticas pedagógicas na área da saúde e as tecnologias para abordar indivíduo, família e comunidade, enfocam-se, neste livro, a sistematização de conhecimentos relativos à

formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino e diretrizes didático-pedagógicas.

O PROFSAÚDE é um curso semipresencial, com a maior parte das atividades realizadas por meio de Ensino à Distância (EaD), sendo desenvolvidas, na maior parte de sua programação, no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) - *Open Source Moodle (Modular Object Oriented Distance Learning)*. O AVA proporciona um ambiente colaborativo de aprendizagem, com ações educativas compartilhadas por meio da utilização de tecnologia, onde todos os envolvidos podem atuar simultaneamente por meio de uma concepção pedagógica construtivista.

À medida que se enfrenta uma explosão de conhecimento, professores, precisam fazer os alunos e colegas entenderem a importância do pensamento crítico e reflexivo, um aspecto categórico das Diretrizes Curriculares Nacionais desde 2001. Por outro lado, a tecnologia da informação e comunicação tornou disponível a informação farta: graças à Internet, pode-se basicamente obter qualquer informação que se deseje em segundos ou minutos. Cabe a nós, docentes do PROFSAÚDE, contribuir como facilitadores para que os mestrandos saibam converter estas informações

em conhecimento. Por meio do AVA, o ensino integrado, a aprendizagem colaborativa e baseada em problemas traz uma transformação no processo formativo dos profissionais participantes, embora seja preciso um sistema educacional que apoie a aplicação das novas metodologias e tecnologias.

Esta modalidade de educação é direcionada para as necessidades de um público específico (neste caso, pós-graduados), e cuja eficiência e desenvolvimento têm sido associados ao uso de um arcabouço teórico, ou seja, de uma teoria de aprendizagem. A abordagem construtivista também forma a base da teoria da aprendizagem multimídia. A Educação à Distância (EaD) está se tornando cada vez mais empregada como uma ferramenta para auxiliar o ensino e a aprendizagem no setor da educação na saúde, com várias vantagens em relação ao ensino tradicional presencial, mas também com inúmeros desafios, que também serão abordados neste livro.

No PROFSAÚDE, valorizam-se as experiências dos mestrados na produção de conhecimento, os quais atuam como protagonistas do processo de ensino-aprendizagem e agentes ativos do seu próprio conhecimento, construindo significados, definindo sentidos e, assim, construindo novos conhecimentos.

Estes mestrandos são geralmente professores e preceptores, mas que ainda se consideram desprovidos de conhecimento pedagógico específico necessário à sua prática formativa. Eles desenvolveram sua prática por meio do modelo de aprendizagem de observação e experiência, mas não tiveram oportunidade de conhecer as teorias de aprendizagem, os fundamentos das metodologias ativas de ensino e as práticas formativas de avaliação. A experiência destes profissionais facilita a tradução de conhecimento em uma forma que pode ser prontamente entendida e aprendida quando se defrontam com os referenciais teóricos e os estímulos à reflexão sobre sua própria prática. Esta prática ainda é pautada no modelo tradicional de ensino-aprendizagem, e por isso, existe um desafio em transformar tais métodos de ensino, o que envolve não apenas uma modificação das práticas pedagógicas, mas também uma exploração de crenças que impedem a modificação dos processos formativos.

No mundo acadêmico veloz e impulsionado pela tecnologia, em que o fluxo de conhecimento médico passou das salas de aula convencionais para salas de aula virtuais e de EaD, há um conjunto único de percepções e expectativas. Estas acompanham as transformações da educação na área

da Saúde, influenciada pelas mudanças dos cenários dos cuidados de saúde, no papel dos profissionais e nas expectativas da sociedade. A formação na saúde precisa acompanhar tais mudanças, e pautar técnicas pedagógicas inovadoras que facilitam a aquisição de conhecimentos, melhoram a tomada de decisões, fortalecem o aprendizado em equipe e aprimoram habilidades.

Os objetivos deste livro são abordar conceituações atuais da pedagogia do adulto no contexto da formação e do trabalho em saúde na atenção básica. É a partir desse contexto, portanto, que o presente trabalho procura analisar temáticas pedagógicas no processo formativo de graduação e pós-graduação *lato sensu*, particularizando a formação profissional do professor e preceptor de estudantes de graduação da área da saúde e pós-graduandos de residências médicas e multiprofissionais.

Os capítulos desta obra versam sobretudo sobre temas da disciplina “Educação na Saúde” do PROFSAÚDE. Buscou-se, neste trabalho, descrever as principais teorias de ensino-aprendizagem abrangendo o ensino superior na grande área da Saúde e, portanto, baseadas na educação de adultos e no aprendizado no local de trabalho, um processo de educação permanente.

PREFÁCIO

Este prefácio foi escrito no dia 15 de maio de 2020, momento em que o novo Coronavírus faz sua viagem pelo mundo, sem cronograma pré estabelecido. Em sua viagem, o microrganismo visita países com diversas estruturas sociais e configurações políticas, desnuda desigualdades e acirra posições divergentes.

No Brasil, ele é “recebido” por uma sociedade extremamente desigual, o que favorece desfechos bastante diversos da COVID-19. Seja pelas possibilidades de isolamento social, seja pelo acesso a serviços de saúde ou pela aceitação (ou resistência) das diretrizes de segurança divulgadas por *experts* ou ainda por fatores individuais, o contato com nosso “visitante” pode gerar um espectro variado de desfechos que, no limite, ceifam vidas valiosas. A propósito, todas as vidas são valiosas.

Um fator importante destaca-se na experiência brasileira da pandemia: o Sistema Único de Saúde (SUS). Complexo e de grandes dimensões, o SUS universaliza o acesso à saúde a toda a população do país. Atenção primária, imunização, ações de vigilância em saúde, transplantes, hemodiálise... Em alguns lugares ainda precário, em outros

mais consolidado, em cada município, em cada território há uma entrada para o sistema. Estamos diante de um longo caminho a ser percorrido, a ser aperfeiçoado, mas temos uma direção: o aprofundamento da cidadania.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE é um curso de pós graduação *stricto sensu* que se propõe a contribuir para o fortalecimento do SUS, entendendo que o sistema de saúde pública é o campo de práticas adequado para as reflexões acadêmicas voltadas à realidade do país. O tamanho do Brasil, sua heterogeneidade social, a diversidade cultural são aspectos importantes considerados desde a concepção do curso, e que se concretizam nos diversos momentos pedagógicos e, também, na escolha de temas de dissertação.

O mestrado se organiza em torno de três eixos: a atenção à saúde, a gestão e a educação. O livro organizado pela UFPB, uma das instituições de ensino associadas à Rede PROFSAÚDE dá destaque ao eixo da educação e nos traz reflexões fundamentais para pensarmos uma pedagogia comprometida com a vida real e com uma relação democrática entre professor e aluno. O que é aprender? O que é ensinar? O que são metodologias ativas de aprendizagem? Como aprender a aprender?

No momento em que escrevemos, o nosso “visitante” ainda não desacelerou e o conhecimento que adquirimos sobre ele é, ainda, insuficiente. Mas nossos cientistas buscam respostas, incansavelmente. As equipes de saúde trabalham a todo o vapor e com muitas incertezas.

O SUS tem sido fator determinante na luta contra a pandemia e pela saúde. Compartilhar o conhecimento adquirido sobre os processos que levam à promoção da saúde ou ao adoecimento é nosso desafio. Vamos povoar o SUS de docentes pensadores e aprendizes. Viva o SUS! Viva a UFPB! Viva a Rede PROFSAÚDE!

Maria Cristina Rodrigues Guilam

Carla Pacheco Teixeira

CAPÍTULO 1

QUALIFICAÇÃO DOCENTE PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO SUS

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
Eduardo Sérgio Soares Sousa

Introdução

A formação profissional é um grande desafio para todos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), o que demanda a necessidade de complexas e demoradas transformações, tanto institucionais quanto individuais, nos próprios profissionais e gestores da Saúde e da Educação.

Ainda vigora a percepção geral de prestação de serviços em saúde baseados no modelo biomédico, com o hospital como o ápice de uma hierarquia da atenção à saúde em rede. Este pensamento está presente durante toda a formação do profissional de saúde.

A preparação de profissionais de acordo com os princípios do SUS deve romper com as práticas de trabalho fragmentado nos serviços de saúde. Este tem sido um desafio surgido da inadequação dos processos formativos na saúde

que, em parte, decorre da escassa qualificação dos docentes e preceptores na área. Para que seja vencido no Brasil, este desafio começou oficialmente pelas ações conjuntas dos Ministérios da Educação e da Saúde.

O Ministério da Saúde, que estabelece os princípios e as estratégias para as políticas públicas do setor, passou a ter um papel decisivo no processo de reorientação da formação profissional, sobretudo a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cuja ação é essencial para o fortalecimento do SUS, com a aproximação estratégica entre os setores da Saúde e da Educação. Por essa razão, as várias instâncias do SUS devem cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional.

Como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 44),

[...] o SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender sem que, entretanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação. No máximo se interpuseram fatores críticos, ao se revelar a necessidade de re-formar os

profissionais para atuar no SUS.
Formados estavam para atuar onde?

Para promover as transformações esperadas, foram criadas Políticas Indutoras Ministeriais a fim de reordenar a formação profissional na área da saúde (Quadro 1), a partir de 2003, por iniciativa da SGTES. Entre as principais ações de reorientação da formação profissional em saúde para o SUS destacam-se, além das que são apresentadas a seguir, o Pró-Saúde e o PET-Saúde, sobre as quais serão apresentados elementos formais, em termos de criação e objetivos.

O Pró-Saúde foi lançado em 2005 por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, abrangendo os cursos de graduação das profissões que integram a Estratégia de Saúde da Família (ESF): Enfermagem, Medicina e Odontologia. Este programa foi ampliado para os demais cursos de graduação da área da Saúde, por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.019, de 27 de novembro de 2007, com o objetivo de promover a aproximação do ensino com os serviços ligados à Atenção Básica - AB (BRASIL, 2007).

Quadro 1- Políticas indutoras do Ministério da Saúde para reorientação da formação profissional em Saúde para o SUS a partir de 2003

PRINCIPAIS AÇÕES DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE PARA O SUS

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – Ministério da Saúde

- Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)
- Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência)
- Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência Multi)
- Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)
- AprenderSUS e EnsinaSUS
- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
- Universidade Aberta do SUS (UnASUS)
- Práticas Inovadoras de Gestão do Trabalho (InovaSUS)
- Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps)
- Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde)
- Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (Provab)
- Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde (ObservaRH)
- Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS)
- Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS)
- Programa Mais Médicos para o Brasil

Fonte: Elaboração dos autores, 2020

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi estabelecido pela Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008, disponibilizando bolsas para tutores (professores de instituições de ensino superior), preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. Este programa teve como objetivo promover a integração ensino-serviço-comunidade, envolvendo docentes, estudantes de graduação e profissionais de saúde, para desenvolvimento de atividades na rede pública de saúde, de forma que as

necessidades dos serviços fossem fonte de produção de conhecimento e pesquisa em temas e áreas estratégicas dos SUS (BRASIL, 2011).

Nas políticas indutoras, buscam-se inovações pedagógicas, com ensino integrado, protagonismo dos estudantes no processo de aprendizagem, ampliação e introdução precoce em cenários de práticas diversificados. Vivências concretas na realidade da saúde necessitam ocorrer, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, conforme demandam as Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2014).

É prioritário que educadores em saúde reconheçam e estimulem os fatores que despertam no aluno um interesse mais amplo na Atenção Básica. O grande desafio do processo educativo dos futuros profissionais da saúde é alcançar o objetivo de que eles sejam profissionais humanistas e capazes de atuar com qualidade na atenção à saúde das pessoas, respeitando a integralidade, e integrando-se às equipes multiprofissionais, para trabalhar pelo fortalecimento do SUS (MAUÉS et al. 2018).

A vivência de práticas educacionais na área da saúde focadas na formação de profissionais que realizam as suas ações com intervenção direta apenas na doença –

desvalorizando a coletividade, a subjetividade e a interdisciplinaridade – é um dos grandes obstáculos para a consolidação do SUS. Os novos profissionais muitas vezes se formam com grande carga teórica, porém com pouca vivência prática, sem contato com discussões interdisciplinares e sem valorização da dimensão social da saúde e do cuidado.

Dessa maneira, são poucos os egressos que entendem a importância de pôr em prática os princípios do SUS. Nesse processo, o trabalho dos profissionais do setor saúde deve estar intimamente conectado à aprendizagem e ao ensino. Educação e saúde interatuam mutuamente nas ações e nos cenários de trabalho para a melhoria da atenção à população. Contudo, essa influência recíproca geralmente não ocorre da forma esperada. O distanciamento entre os mundos acadêmico e do trabalho nos serviços de saúde vem sendo apontado como um dos fatores desencadeadores da crise do setor. A interlocução entre as áreas da Saúde e da Educação para reorientar a formação profissional a partir do SUS, e para o SUS, tem sido considerado um dos nós críticos da referida reordenação.

Entretanto, a mudança de perfil profissional requer outras estratégias para o seu fortalecimento. Para além das

questões envolvendo as políticas públicas, pautadas na necessidade de se alcançar um perfil profissional que atenda às demandas do SUS, a formação tradicional com ênfase no profissional tecnicista, tende a colocar o médico generalista em uma posição menor e incapaz de ser resolutivo. Para Batista (2006), esse movimento de formação está cercado por variadas concepções educativas, sendo capturadas de modos diversos pela política em seus programas e ações formativas em saúde. Como antecipado neste texto, a política de formação promoveu ações interministeriais, como as definições das diretrizes curriculares dos cursos em saúde e programas voltados para o ensino superior, porém, compete às universidades a mudança de seus currículos e metodologias de ensino.

Os princípios fundamentais do SUS, que implicam a organização da rede de serviços e práticas profissionais em novas bases, são obstaculizados por diversas barreiras, entre as quais a inadequação dos profissionais. Esta inconformidade associa-se ao modelo pedagógico predominante e ao modelo biomédico de prática do cuidado, centrado na medicina curativa e hospitalar (BOMFIM et al., 2014; COSTA; MIRANDA, 2008).

É necessário reorganizar todo este sistema por meio de práticas educacionais que busquem uma formação contínua de profissionais com enfoque na saúde integral e no conceito de clínica ampliada. Apenas com a visão de medicina voltada para a promoção da saúde, focalizada na pessoa, com suas características individuais e coletivas, assim como nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, é possível contribuir para o fortalecimento dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS.

Este tema vem ganhando importância crescente nos últimos anos como um referencial para o modelo curricular de todos os cursos da área da saúde, constando como recomendação em diretrizes curriculares em praticamente todo o mundo (BOLLELA et al., 2014). No Brasil, No Brasil, este tema e suas implicações e relevância fazem parte de todas as diretrizes curriculares dos cursos da graduação da área da saúde desde o ano de 2001 (BRASIL, 2001), tendo sido reafirmadas, mais recentemente, na publicação das mais novas diretrizes dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2014).

Para tanto, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação definiram, entre outros aspectos, a importância de uma formação voltada para as reais

necessidades de saúde da população brasileira, usando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do seu aprendizado (BRASIL 2014). Com isso, diversas ações foram desenvolvidas no SUS sob a forma de estratégias de reorientação da formação profissional em saúde.

As atuais Diretrizes Curriculares Nacionais para graduação em medicina preconizam uma formação que trabalhe a gestão, atenção e educação na saúde de acordo com os fundamentos do SUS. Entretanto, na prática, ainda não se conseguiu vivenciar estas mudanças de maneira integral, sendo encontrada muita resistência entre o próprio corpo docente nas universidades e entre os preceptores nos serviços de saúde. Um dos caminhos apontados para a superação deste problema é, mediante a educação, mudar o perfil do profissional da saúde.

Entender e discutir esse tema abrange muito mais que apenas entender o processo de formação no campo da saúde proposto pelas universidades. Trazendo essa discussão estritamente para o ensino e aprendizagem nas escolas, percebe-se que, como a maioria dos professores da área da Saúde é de uma geração cuja formação foi deficitária

neste aspecto, persiste uma falta de entendimento a respeito do SUS.

Outra deficiência é de natureza pedagógica. Muitas vezes, os docentes da área da Saúde e as equipes que eles compõem não estão cientes de suas habilidades pedagógicas e de como estas podem ser desenvolvidas ou aprimoradas, tendendo a repetir modelos de ensino que tiveram. Muitos docentes também rechaçam o novo modelo, embora esperem por uma melhoria no processo de aprendizagem, mesmo sem inovar com métodos interativos.

É preciso que o corpo docente nos cursos de graduação e pós-graduação da Saúde reflita sobre sua prática e aplique suas reflexões ao trabalho de acompanhar o desenvolvimento dos futuros profissionais (BADA, 2015).

Para Gadotti (1998, p. 125),

O pensamento pedagógico nutre-se da prática dos educadores, ao mesmo tempo que também a ilumina: a prática é a melhor maneira de aprender a pensar certo. O pensamento que ilumina a prática é por ela iluminado tal como a prática que ilumina o pensamento é por ele iluminada. Essa prática é, em primeiro lugar, a própria prática do educador que pensa a teoria, mas também a prática coletiva dos educadores.

Nesse sentido, é imperativo entender a relação entre a teoria e a prática docente como processo mediante o qual se edifica o conhecimento. Há um corpo de teoria que pode fundamentar a prática, embora exista a ideia de que a teoria pertence a uma “torre de marfim”, não sendo relevante para a prática. Ambas, teoria e prática, devem ser trabalhadas simultaneamente, constituindo uma unidade indispensável, pois a prática é a própria ação guiada e mediada pela teoria. É por esta razão que se faz necessário incentivar o desenvolvimento pedagógico profissional neste âmbito, articulando teoria e prática (HULT et al., 2009).

De forma geral, o processo de ensino-aprendizagem no Brasil mudou, desde a década de 1970, com a influência da Psicologia Comportamentalista e da tecnologia educacional, com procedimentos predefinidos, seguindo rigorosamente planejamento de ensino, passando pela década de 1980, com as críticas de cunho marxista à tecnologia educacional e à desvinculação desta em relação ao contexto político-social e, por fim, chegando à década de 1990 com grandes mudanças e uma busca de ruptura com a racionalidade exclusivamente técnica.

Na prática, a formação pedagógica para professores universitários segue geralmente dois caminhos: (1)

aprende-se a ensinar por meio da própria prática do ensino, a partir de uma visão simplista de reprodução de modelos preexistentes; e (2) adquirem-se e ampliam-se habilidades básicas por meio de um processo educacional contínuo (COSTA, 2010). Assim, são duas as concepções que permeiam a prática docente na área da Saúde: o docente não profissional e o docente profissional. Na primeira concepção, aprende-se a ensinar ensinando, em uma visão simplista que reduz a formação de professores à reprodução de modelos dados. A segunda sustenta que alcançar um ensino efetivo é uma tarefa complexa e um grande desafio social com demandas intelectuais, e que o ensino requer habilidades básicas que podem ser adquiridas, aprimoradas e ampliadas por meio de um processo educacional contínuo.

A imensa maioria dos professores do ensino superior não é formada em licenciatura ou cursos que efetivamente preparam teoricamente e com práticas pedagógicas para o exercício da profissão de educador. No âmbito da medicina, o ensino é considerado uma atividade secundária em relação à própria profissão médica, e o trabalho docente não é considerado uma “profissão”: o docente é um médico professor. Em geral, os professores de medicina são aqueles considerados bons profissionais em sua área específica e os

critérios de contratação para ensinar são centrados na sua competência técnica (experiência profissional) e de pesquisa – aspectos apontados por Costa (2010). Então, como o médico professor passa a ser também um professor médico?

Estudos realizados com professores de medicina corroboram essas assertivas, indicando que o ensino é considerado uma atividade secundária em relação à própria profissão médica e que o trabalho do médico como professor não é visto como “uma profissão” (HOVDENAK, WIESE, 2018; BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 2016).

Uma parte das dificuldades na reforma do ensino médico é a permanência de valores peculiares da própria profissão médica no ensino e prática docentes. Segundo Bulcão e Sayd (2003), a profissão médica apresenta especificidades relativas a valores e autoimagem do médico, os quais influenciam os caminhos formativos percorridos nos cursos de graduação em medicina. Considera-se que as atividades de docência são profundamente marcadas pelo “pragmatismo próprio da profissão médica” (BULCÃO; SAYD, 2003, p. 17).

A capacitação para o ensino superior contribuiria para facilitar a relação do professor médico com a prática

docente, bem como as reformas pedagógicas necessárias. O perfil do profissional egresso do curso de medicina é multidimensional, como salientam as próprias Diretrizes Curriculares Nacionais, envolvendo a dimensão técnica (do fazer), a humana (do relacionamento) e a política (do compromisso social) (BRASIL, 2014), o que exige da escola médica uma integração de fins para que seja possível formar profissionais com tais atributos. Mas isso só acontecerá com a preparação formal e sistemática dos docentes.

Portanto, para tratar de uma visão contextualizada da educação e suas práticas de formação profissional, há que ter em conta os subsídios imprescindíveis da Pedagogia/Andragogia e de seus fundamentos. Sendo assim, por focar a importância da capacitação pedagógica na educação na saúde, caracterizada pela integração de princípios, processos e fundamentos sociais, políticos, históricos, filosóficos, epistemológicos, didáticos e da prática educativa (PINTO; RANGEL, 2009), convida-se o leitor a percorrer os tópicos escolhidos para compor este livro, que é contextualizado na formação do profissional da saúde tendo em vista o mestrando do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

As perguntas que podem ser colocadas neste sentido são: Quais as principais concepções de aprendizagem que subsidiam as práticas pedagógicas de adultos? Quais concepções de aprendizagem subsidiam as práticas pedagógicas no ensino médico? Todas as teorias de aprendizagem poderiam ser operacionalizadas no ensino de estudantes de medicina? Quais são as concepções epistemológicas mais buscadas atualmente no ensino de medicina?

Apenas recentemente professores universitários começaram a perceber que o ensino superior, em qualquer profissão, exige treinamento (COSTA, 2010). Além das competências próprias para exercer uma profissão, existem as competências que concernem especificamente ao professor universitário; além do domínio da área específica do conhecimento, é preciso também o domínio da área pedagógica e o exercício da dimensão política do ensino universitário.

Nesse sentido, o papel dos cenários de prática para estudantes de medicina está atualmente em pleno debate. Poucos estudos abordaram como as concepções se relacionam com a atual teoria da aprendizagem sociocultural no contexto dos serviços de saúde. A formação

dos profissionais de saúde ocorre frequentemente em locais onde os alunos são encorajados a serem participantes ativos na prestação de cuidados. Isso aumenta a oportunidade de exposição a experiências de aprendizagem que são potencialmente transformadoras.

Por outro lado, o treinamento dentro de uma equipe interprofissional capacita o aluno a se preparar melhor para trabalhar em equipes nos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Considera-se que a exposição precoce à reflexão sobre aprendizagem e a busca de *feedback* faz com que eles absorvam essa importante habilidade de autoaperfeiçoamento na prática profissional.

Outro aspecto crítico é o entendimento de que o treinamento de estudantes de medicina e médicos residentes deve abranger o objetivo de desenvolver habilidades de aprendizagem ao longo da vida para que os médicos possam, de modo independente, questionar práticas contemporâneas, sintetizar informações, reconhecer falhas nos modelos das pesquisas, incluindo estatísticas, e desenvolver soluções e processos significativos para sua prática. Essa capacidade de pensamento crítico, questionando preconceitos, expondo a

incerteza e inovando, é necessária para melhorar a saúde de seus pacientes, comunidades e profissão.

Vergara (2007) cita o pensador Montaigne – a propósito de sua máxima de que "mais vale uma cabeça bem-feita do que cheia" – para destacar a noção fundamental de que a função da escola é ensinar a pensar criticamente. O pensamento crítico é, por definição, um modo de refletir em que o pensador analisa seu processo de pensamento, avalia-o e depois o reconstrói (MORRISSEY; HEILBRUN 2017). Esta habilidade pode ser alcançada por meio do treinamento sustentado no pensamento crítico durante todo o processo formativo da graduação e da residência médica. Além de todo o aprendizado que ocorre no cuidado direto dos pacientes, pode ser enriquecedor também abrir oportunidades para investir em treinamento de habilidades não-clínicas durante a residência.

Assim, o professor precisa ser alvo de investimento, enfocando-se os “ensinantes” – neologismo empregado por Nogueira (2019) – na qualidade de sujeitos aprendentes. No entanto, para que o professor tenha conhecimento das dinâmicas de ensino e dos processos de aprendizagem, não é suficiente uma ação individual, sendo necessário um conjunto de ações das instituições de ensino superior

orquestradas para que o aluno perceba a mudança nos métodos de ensino da instituição. Para Biggs (2012), o professor pode influenciar o contexto de aprendizagem, tornando-o atrativo e eficaz, incentivando os alunos a realizarem as atividades de aprendizagem para que possam alcançar níveis elevados de entendimento; e, nas tarefas de avaliação, evidenciar aos alunos quais as atividades necessárias para que atinjam os objetivos de aprendizagem.

Considerações Finais

As práticas de ensino e aprendizagem na área da Saúde têm sido baseadas intuitivamente no cotidiano do professor e/ou preceptor, sem fundamentação na teoria ou ligadas a uma teoria da aprendizagem particular, mas distanciadas da prática.

Entende-se que a formação em saúde tem que estar próxima da prática. Entretanto, é necessário que os docentes sejam conhecedores das bases pedagógicas que orientam a formação profissional e as práticas de ensino, apropriando-se das teorias de aprendizagem, praticando-as, assim como entendendo que teoria e prática são inseparáveis.

Há um descompasso na ampla gama de teorias de aprendizagem oferecidas na literatura educacional, mas é

relativamente estreito o espectro de teorias que privilegia a educação médica e que se apoia na teoria da aprendizagem de adultos ou Andragogia. Como os adultos são autodirigidos, a instrução deve permitir que eles descubram o conhecimento por si mesmos, enquanto o professor (facilitador) orienta e os faz refletir quando erros são cometidos.

Contudo, em geral, como o ensino na área médica restringe-se à reprodução de modelos previamente adquiridos e à experiência cotidiana, novos docentes não buscam a fundamentação teórica para sua prática, assim como a reflexão sobre esta. Os modelos reproduzidos seriam decorrente da formação não profissional como docente, adquirida de forma não reflexiva como se fosse algo natural e do senso comum. Esse pensamento parece ser amplamente aceito pelos professores de medicina em geral, uma vez que escapa à crítica e se transforma em um conceito espontâneo e generalizado do que significa ensinar.

Por fim, considera-se necessário buscar também novas abordagens para a formação profissional que tenham potencial para mudar a prática médica, trazendo-a para mais perto de uma medicina mais humana, política e socialmente, de modo que a formação profissional seja voltada para o

trabalho no SUS. Estar conscientes das disparidades de saúde e compreender as realidades políticas que as originam implica uma visão ampliada da formação em saúde, partilhada entre docentes e estudantes.

Referências

BADA, S. O. Constructivism Learning Theory: a paradigm for teaching and learning. **IOSR Journal of Research & Method in Education** [Online], v. 5, n. 6, p. 66-70, 2015. Disponível em:
https://www.academia.edu/34174228/Constructivism_Learning_Theory_A_Paradigm_for_Teaching_and_Learning. Acesso em: 05 jun. 2020.

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul (RS), v. 38, p. 97-125, 2013.

BIGGS, J. What the student does: teaching for enhanced learning. **Higher Education Research & Development**, Hammondville, Australia, v. 31, n. 1, p. 39-55, 2012. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0729436990180105?needAccess=true>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BOLLELA, V. B. *et al.* (Orgs.) **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira**. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2014.

BOMFIM, M. I.; GOULART, V. M. P.; OLIVEIRA, L. Z. Teacher education in health: assessment, issues and tensions. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 749-58, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União – Seção 1. **Portaria Interministerial n. 421**, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_n_421.pdf. Acesso em: 21 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – **Pró-Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. Board of Medical Education. **Doctors as teachers**. 2016. Disponível em: https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/study/ugr/mbchb/societies/slime/products/teaching/doctors_as_teachers_bma_sept_06.pdf. Acesso em 27 set 2019.

BULCÃO, L. G.; SAYD, J. D. As Razões da Escola Médica: Sobre Professores e Seus Valores. Os Valores dos Médicos e os

Impasses da Escola Médica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 11-38, 2003.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHACKO, T. V. Emerging pedagogies for effective adult learning: From andragogy to heutagogy. **Arch Med Health Sci.** [Online], v. 6, p. 278-83, 2018. Disponível em: <http://www.amhsjournal.org/article.asp?issn=2321-4848;year=2018;volume=6;issue=2;page=278;epage=283;aulast=Chacko>. Acesso em: 05 jun. 2020.

COSTA, N. M. S. C. Pedagogical training of medicine professors. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 102-108, 2010.

COSTA, R. K. S.; MIRANDA, F. A. N. Formação profissional no SUS: oportunidades de mudanças na perspectiva da estratégia de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 503-518, 2008.

HOVDENAK, S. S.; WIESE, E. F. Promoting professional development in medical education: perspectives from the Norwegian medical school in Tromsøe. **Society, Health & Vulnerability** [Online], v. 9, p. 1, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20021518.2018.1451174?needAccess=true>. Acesso em: 27 set 2019.

MAUÉS, C. R. *et al.* Formação e Atuação Profissional de Médicos Egressos de uma Instituição Privada do Pará: Perfil

e Conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Educ Med**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 129-145, 2018.

MORRISSEY, B.; HEILBRUN, ME. Teaching critical thinking in graduate medical education: lessons learned in diagnostic radiology. **J Med Educ Curric** [Online], v. 20, n. 4, p. 2382, dez. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5736296/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

NOGUEIRA, M. J. D. **To be or not to be ensinante/aprendiz de inglês: (Im)possibilidades na sala de aula de adolescentes trabalhadores em vulnerabilidade social.** 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em estudos Linguísticos, Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/LETR-BBSN5M/1/1992m.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

PINTO, L. A. M.; RANGEL, M. A educação médica, o professor de medicina e o Projeto Político-Pedagógico da escola médica. **APRENDER - Cad. de Filosofia e Psic. da Educação** [Online], v. 7, n. 12, p. 185-201, 2009. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/aprender/article/view/3112>. Acesso em: 05 jun. 2020.

VERGARA, S. C. Estreitando relacionamentos na educação a distância. **Cad. EBAPE.BR** [Online], n. spe., p. 1-8, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512007000500010. Acesso em 20 mar. 2019.

CAPÍTULO 2

TEORIAS DE APRENDIZAGEM APLICADAS ÀS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NA ÁREA DA SAÚDE

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa

Introdução

Existem diversas teorias e concepções de aprendizagem para fundamentar as práticas pedagógicas na área da Saúde. É importante que docentes deste campo do conhecimento identifiquem as concepções pedagógicas que subsidiam as práticas de ensino-aprendizagem para adotar práticas mais eficazes e sintonizadas com as mudanças de paradigma da educação superior (BRASIL, 2014).

A abordagem tradicionalista do processo de ensino e aprendizagem não se fundamenta em teorias empiricamente avaliadas, sendo conhecida como “pedagogia tradicional”, centrada na figura do docente, que prioriza a teoria do ensino sobre a prática, o “como ensinar” e não o “como aprender” (BRAGA, 2012). As aulas expositivas tradicionais ainda são úteis tanto para os alunos imaturos, que acabaram

de sair do Ensino Médio, quanto para uma exploração inicial de temas mais complexos. No entanto, esses alunos em fase de iniciação na graduação da área da saúde precisam ser gradualmente “desmamados” deste método, à medida que a maturidade aumenta e os processos de aprendizagem experiencial em situações simuladas e da vida real se tornam mais interessantes (CHACKO, 2018). O livro didático inerentemente pedagógico e a abordagem de 45 minutos de aula expositiva para o ensino podem introduzir material e guiar o aluno, mas não podem ser a parte dominante ou mesmo a mais importante do currículo.

Os aprendentes do século 21 nasceram na vigência de novas tecnologias da informação, incluindo o uso de mídias sociais e, por isso, o processo de ensino-aprendizagem precisa se basear no que lhes é familiar fora da sala de aula. O ensino flexível e a aprendizagem ativa são métodos atuais do ensino superior em todo o mundo, o que demonstra o reflexo da mudança progressiva no ensino de Graduação e Pós-Graduação ao longo das últimas décadas, no sentido do uso de pedagogias mais práticas e do conceito de aprendizagem centrada no aluno, possibilitados por meio de novas tecnologias de informação e comunicação.

Cada uma das teorias educacionais apresentadas aqui pode guiar as práticas de ensino, sendo que determinadas teorias serão mais úteis do que outras em contextos particulares. No entanto, vários princípios gerais úteis também emergem dessas teorias, fornecendo orientação para educadores médicos e outros profissionais da Saúde. O objetivo universal da educação na saúde é preparar bons profissionais, capazes de promover a saúde dos indivíduos e das comunidades.

Mas qual é o estado atual da arte na compreensão dos processos de aprendizagem e ensino dos profissionais da saúde? De modo geral, considera-se que as principais concepções sobre a natureza da aprendizagem remetem à filosofia e à psicologia, campos de onde surgiram concepções fundamentadas nas teorias do desenvolvimento humano. Nesse sentido, as principais concepções que se desenvolveram foram o empirismo, o inatismo e o interacionismo.

Na concepção empirista, considera-se que o ser humano, ao nascer, é como uma "tábula rasa" e deve aprender tudo, desde as capacidades sensoriais mais elementares aos comportamentos adaptativos complexos. Nessa concepção, todo conhecimento provém da

experiência. Por outro lado, no inatismo, argumenta-se que a maioria dos traços característicos de um indivíduo existe desde o nascimento e que a hereditariedade permite explicar diferenças individuais (PERES et al., 2014). Já na concepção interacionista, maior ênfase é dada aos aspectos sociais e do ambiente.

Portanto, as perguntas que precisam ser respondidas são: Quais são as teorias e modelos de aprendizagem de adultos que se podem usar para facilitar o aprendizado do aluno em diferentes fases da graduação, durante a pós-graduação e durante o início do desenvolvimento profissional? Como o conhecimento das teorias de aprendizagem de adultos informará os professores sobre a condução de uma aprendizagem mais eficaz?

Inicialmente, serão definidos alguns termos importantes que necessitam ser esclarecidos antes de explorarmos a temática das teorias, abordagens e modelos de aprendizagem.

Entende-se aprendizagem como uma mudança duradoura no comportamento, ou a capacidade de se comportar de uma determinada forma e que resulta da prática e de outras formas de experiência (SCHUNK, 2012). Em relação ao corpo de conhecimentos sobre aprendizagem,

muitos termos podem ser usados para enquadrar a discussão: teorias, modelos, concepções, abordagens. Porém, não são termos com o mesmo significado. Existem diversos conceitos na aprendizagem que são componentes essenciais para a compreensão das teorias, e, às vezes, há confusão entre modelos e teorias (BADYAL; SINGH, 2017). Também é importante lembrar que o “aprendizado” inclui a aquisição de três domínios: conhecimentos, habilidades e atitudes; idealmente, qualquer teoria deve ser responsável pelo aprendizado em cada um desses três domínios.

Uma teoria, por sua vez, é um conjunto de princípios cientificamente aceitáveis para explicar um fenômeno. Nesse sentido, ela deve ser capaz de explicar fatores relacionados a um problema particular, assim como ser consistente com fatos observáveis e com o corpo de conhecimento já estabelecido, além de fornecer meios para sua verificação (SCHUNCK, 2012). No presente texto, o termo "teoria" foi empregado neste sentido geral, isto é, como um conjunto de suposições e ideias que ajudam a explicar dado fenômeno. Uma teoria se baseia em pressuposições filosóficas e em estudos da Psicologia, da Biologia e da Sociologia aplicados à educação.

Por outro lado, os modelos de aprendizagem são sistemas de premissas teóricas que apresentam, explicam e orientam a forma como se aborda o currículo e como se concretizam nas práticas pedagógicas e nas interações professor-aluno-objeto de conhecimento. Esses modelos são fundamentais para a inovação na educação porque comunicam novas ideias das teorias sobre como aprender (PERES et al., 2014). “Modelos”, nesta perspectiva, fornecem um quadro ou estrutura conceitual para auxiliar a entender um conjunto de preceitos que, ao ser aplicado em unidades operacionais didático-pedagógicas na prática, torna o processo formativo mais inteligível.

Um modelo de aprendizagem é, por definição, um sistema figurativo da realidade, quase esquemático, ou seja, um padrão, um todo coerente de atividades de aprendizagem que os estudantes geralmente empregam, assim como suas crenças e sua motivação para aprender (VERMUNT; DONCHE, 2017). A expressão “modelos pedagógicos” muitas vezes é utilizada como sinônimo de teoria da aprendizagem, embora deva ser entendida apenas como um padrão pedagógico sustentado em uma ou mais teorias de aprendizagem (BEHAR, 2007).

Assim, modelos de aprendizagem fornecem aos professores um sistema organizado para a criação de um ambiente de aprendizagem e instruções de planejamento das atividades didáticas. Estes modelos afetam o que o professor faz, o que o aluno faz, a organização das aulas, a natureza dos procedimentos, os materiais, as instruções e as tarefas, ou seja, todo o ambiente instrucional e as atividades educacionais, a fim de passar de métodos que eram primariamente mediados por aulas expositivas, em salas de aula, para várias abordagens de diferentes naturezas simultâneas para a aprendizagem.

Modelos de Ensino-Aprendizagem

De acordo com o modelo pedagógico, o processo de ensino-aprendizagem pode ser classificado em: (a) centrado no professor; (b) centrado no estudante; (c) centrado na técnica; (d) centrado no contexto social; e (e) centrado na interação.

O modelo centrado no professor é mais focado no ensino que na aprendizagem, com transmissão da informação por meio de métodos diretivos, com conteúdo e materiais predefinidos, sendo rudimentar a aprendizagem colaborativa entre estudantes. Por outro lado, o modelo

centrado no aluno baseia-se nas teorias cognitivista e construtivista, em que o estudante é o protagonista de sua própria aprendizagem, promovendo a construção do conhecimento, a autoaprendizagem e a reflexão crítica, além de ser metacognitivo, ou seja, relacionado à consciência e ao automonitoramento do ato de aprender.

No modelo centrado na técnica, a ênfase é posta na didática, na tecnologia usada pelo professor, enquanto o modelo centrado no contexto social seria aquele que pode ser transportado para a realidade social do estudante. No modelo dito “centrado na interação”, não há sobreposição de um aspecto sobre o outro (PEREZ et al., 2014).

O modelo centrado no professor e na técnica é considerado tradicional, enquanto o modelo centrado no estudante e na interação social é mais inovador. Os currículos mais novos têm por base modelos inovadores, fundamentados nas teorias atuais de aprendizagem, ao enfatizarem uma abordagem baseada nas competências.

Nos modelos tradicionais, a relação professor-aluno é marcada por hierarquização e autoritarismo. Nestes modelos, o professor toma todas as decisões relativas ao processo de ensino-aprendizagem e a avaliação da aprendizagem baseia-se na capacidade de reprodução fiel

das informações ensinadas, repetindo padrões de comportamento até que eles sejam “incorporados” e realizados de forma automática. Assim, não se verifica incentivo ao pensamento crítico e criativo, à autonomia do aluno, à colaboração entre pares ou à democracia nas tomadas de decisões, tratando-se a aprendizagem como uma questão de conexão entre estímulos e respostas.

Historicamente, a educação tradicional na área da Saúde enfoca a transmissão de conteúdos organizados por sistemas de órgãos, de forma fragmentada (compartimentalização do corpo humano), e centrada no professor. Embora sem fundamentação teórica específica, esse modelo tradicional predomina no contexto educacional brasileiro desde o Império, tendo inspiração no modelo francês do século 19 e influenciando até hoje o ensino superior no país. Nele, o aluno é considerado receptor passivo de informações preestabelecidas pelo sistema ou instituição educacional.

Segundo Lacerda e Santos (2018), os modelos inovadores de ensino-aprendizagem, quando bem estruturados e fundamentados, podem ser a resposta para a construção de uma formação de nível superior integral, agregando competências e preparando profissionais

melhores e mais competitivos para a sociedade e o mercado de trabalho, além de atender ao perfil esperado do egresso dos cursos de graduação em medicina (BRASIL, 2014).

Teorias de Ensino-Aprendizagem

A palavra "teoria" é geralmente usada para representar o conhecimento que fundamenta a prática do trabalho. As várias teorias de aprendizagem no campo educacional são um conjunto de preceitos que fornecem uma explicação do funcionamento ou conexões entre vários princípios traduzidos em modelos. Entre as principais teorias sobre o processo ensino-aprendizagem, destacam-se o behaviorismo, o cognitivismo, o construtivismo e o humanismo.

As teorias da aprendizagem provêm, em parte, das teorias psicológicas da aprendizagem e, em parte, da observação pragmática.

Teoria Comportamentalista ou Behaviorismo

O behaviorismo, ou teoria comportamentalista, é a primeira das quatro teorias clássicas da aprendizagem. Trata-se de uma perspectiva de aprendizagem que se concentra em mudanças nos comportamentos observáveis

dos indivíduos - mudanças no que as pessoas dizem ou fazem - a partir de estímulos externos. Esta perspectiva consiste no condicionamento operante, em que novos comportamentos resultam em novas consequências, afetando o comportamento ao longo do tempo.

Do inglês *behaviourism*, o termo *behaviour* significa conduta, comportamento. As origens da teoria da aprendizagem behaviorista podem ser rastreadas no final dos séculos 18 e início do 20, com a formulação de uma aprendizagem "associacionista", que sustenta que todo conhecimento é representado em termos de associações entre ideias. Como uma vertente metodológica objetiva e científica, baseada no Positivismo, o behaviorismo estuda o ser humano a partir da sua conduta (aprendizagem, estímulo e respostas), pois estas são variáveis mensuráveis (COELHO; DUTRA, 2018). Esta teoria foi desenvolvida inicialmente pelo psicólogo estadunidense B. F. Skinner, considerado um dos pais da psicologia comportamental.

Os adeptos do behaviorismo explicam a aprendizagem em termos de estímulos reforçadores que tornam a resposta mais provável, enquanto as punitivas a tornam menos provável (FILIPATALI, 2013). Supõe-se que os comportamentos de aprendizagem podem ser moldados

por ações específicas (estímulos) que levam a respostas específicas. O papel do ambiente, mais especificamente como os estímulos são organizados e apresentados, e como as respostas são reforçadas, são os elementos mais importantes da teoria.

Assim, de uma perspectiva behaviorista, o reforço desempenha um papel vital. Tanto o reforço positivo (empregando um estímulo do ambiente) quanto o reforço negativo (evitando um estímulo do ambiente) aumentariam a probabilidade de o comportamento de aprendizagem ocorrer em uma base consistente. Assim, o indivíduo seria “moldado” como massa de modelar.

A compreensão e a implementação de um processo efetivo de decisões de reforço determinam o nível de mudança no aprendente - isto é, o grau em que a nova aprendizagem está ocorrendo. Muitas pesquisas na linha behaviorista foram realizadas usando animais, com base no condicionamento respondente do fisiologista russo Ivan Pavlov e no condicionamento operante do psicólogo B. F. Skinner, sendo os resultados aplicados à aprendizagem humana.

No behaviorismo, assume-se que um aprendiz é essencialmente passivo, respondendo aos estímulos

ambientais de reforço. Entretanto, ações corretivas baseadas no *feedback* fornecido pelos professores, que são objeto da teoria comportamental, convertem a postura passiva do aluno em ativa, pois se ele usa *feedback* para corrigir suas respostas, envolve-se ativamente na aprendizagem (BADYAL; SINGH, 2017).

Em um curso voltado para habilidades clínicas e de comunicação, a teoria do behaviorismo seria apropriada, pois as respostas corretas nas habilidades de desempenho podem ser aprendidas ao longo do tempo, à medida que os alunos recebem *feedback*, recompensas e incentivo dos professores. Por outro lado, o behaviorismo enfatiza o domínio das etapas consideradas pré-requisito antes de passar para as subseqüentes; essa orientação de aprendizado visa reforçar as habilidades corretas (BADYAL; SINGH, 2019).

No aprendizado de habilidades, os professores demonstram comportamentos específicos desejados, os alunos observam a maneira ou técnica pela qual uma habilidade ou comportamento deve ser realizado, e algumas rubricas de pontuação (listas de verificação, formulários de classificação e observação direta) podem ser usadas para avaliar o desempenho e fornecer reforço. Essa teoria da

aprendizagem é mais vantajosa quando uma mudança de comportamento é o resultado desejado de uma intervenção educacional.

Os problemas entre os behavioristas surgiram quando a natureza do processo mecanicista de aprendizagem foi questionada. Este conceito positivista de aprendizagem passou a ser refutado pela Psicologia da Escola *Gestalt*, uma corrente que nasceu na Alemanha, no princípio do século 20, e se desenvolveu nos Estados Unidos, sendo acolhida entre psicólogos aplicados como Carl Rogers, na teoria humanista, que será abordada posteriormente.

Teoria Cognitivista

A teoria cognitivista substituiu o behaviorismo na década de 1960 como paradigma dominante na teoria educacional. Assim, originalmente, esta teoria foi concebida como uma alternativa à abordagem behaviorista, uma vez que se debruça sobre o que era descuidado pela teoria comportamentalista: a cognição, o ato de conhecer, ou seja, como o ser humano conhece e interage com o mundo.

Diferentemente do behaviorismo, o cognitivismo enfatiza que as pessoas não são “animais programados” que meramente respondem a estímulos ambientais; as pessoas

são seres racionais que necessitam de participação ativa para aprender e cujas ações são uma consequência do pensamento. Assim, a teoria cognitivista procura explicar como a mente funciona durante o processo de aprendizagem. O termo “cognitivista”, ou “cognitiva”, deriva do latim *cognitione*, que significa “conhecimento”.

Assim, o foco do cognitivismo passou a ser as atividades mentais. A própria aprendizagem é definida como a mudança nos esquemas mentais de um aluno. Um esquema mental é um conceito cognitivo que ajuda a organizar e interpretar informações, permitindo o uso de “trilhas” na interpretação de grande quantidade de informações disponíveis no ambiente. Esse conceito foi usado pelo influente psicólogo suíço Jean Piaget, que passou mais de 50 anos investigando a maneira como as crianças desenvolviam suas habilidades cognitivas. Ele propôs que os aprendentes desenvolviam esquemas construídos a partir de sua experiência no mundo, como se a sua memória fosse composta por arquivos e cada arquivo fosse um esquema.

O aluno usa ferramentas cognitivas, como *insight*, processamento de informações, percepções e memória para facilitar o aprendizado, que envolve adquirir, armazenar e recuperar informações. Contudo, o aluno desenvolve a

capacidade e as habilidades para um aprendizado autodirigido eficaz, enquanto o professor facilita a aprendizagem (BADYAL; SINGH, 2017).

Na *gestalt* (totalidade, configuração, plenitude), uma das concepções cognitivistas (gestaltpedagogia), o ser humano é visto mais do que como apenas a soma de seus elementos (pensamento, sentimento, percepção, biologia), mas como um todo com tendências auto-organizadas. Assim, a Gestalt pressupõe que todo conhecimento é anterior à experiência, sendo fruto do exercício de estruturas racionais, pré-formadas no sujeito (GIUSTA, 2013), o que é necessário para ele compreender e experienciar a realidade como um todo. Diante dessa totalidade, que compreende os contextos social, físico e psicológico, o mundo interior da pessoa, suas necessidades e interesses individuais (sua subjetividade) direcionarão sua percepção para aspectos específicos do que lhe é oferecido no processo de ensino-aprendizagem (DUSI et al., 2006).

Kurt Lewin traduziu a psicologia da *gestalt* em experiência social, acrescentando uma série de novos conceitos, como o de campo psicológico. O que ele denominou “campo psicológico” consiste na totalidade dos fatos mutuamente interdependentes em um determinado

momento para uma pessoa, cujo comportamento resulta de padrões de interações com o ambiente. As forças nesse campo surgem em situações sociais, impulsionando o movimento cognitivo para perto ou para longe dos objetivos da pessoa. Embora Lewin não tenha focado a psicologia da aprendizagem, mas a psicologia da motivação e percepção, ele estava preocupado com a aplicação de sua teoria para a aprendizagem (MOREIRA et al., 2007).

Diferentemente da teoria comportamentalista, a teoria cognitivista não concebe o aluno passivo, ou apenas como receptáculo dos conhecimentos transmitidos pelo professor. A principal diretriz da teoria cognitivista parte do princípio de que a aprendizagem é resultado da constituição de um esquema de representações mentais que, por sua vez, se dá a partir da participação ativa da pessoa, resultando, em linhas gerais, no processamento de informações que serão internalizadas pelo aprendente e transformadas em conhecimento. A prática de habilidades e o *feedback* correto, conforme necessário, promovem o aprendizado (FILIPATALI, 2013).

Outro aspecto importante da teoria cognitivista é que o aprendizado atual se baseia no anterior. É necessário descobrir o que o aprendiz já conhece e, ao descobrir o que

ele sabe, se deve basear nisso o ensino de novos conceitos. Por outro lado, tópicos devem ser divididos em subpartes, de modo que sejam mais facilmente compreendidos e se reforcem mutuamente. Além disso, é importante fornecer exercícios e práticas aos alunos que, assim, podem acomodar a nova informação.

Ao lado de Piaget e Brunner, outro expoente da teoria cognitivista foi David Ausubel, com sua concepção da Aprendizagem Significativa, fundamentada na premissa de que a mente humana, nos aspectos cognitivos, é uma estrutura organizada e hierarquizada de conhecimentos, que continuamente se diferencia pela aquisição de novos conceitos e ideias (DISTLER, 2015). Nesse sentido, a aprendizagem pode ter mais significado para o discente segundo a relação entre o novo conceito e a sua estrutura cognitiva, permitindo a ele descobrir significados a partir de seus conhecimentos prévios. O oposto da “aprendizagem significativa” proposta por Ausubel é a aprendizagem mecânica, que ocorre quando a nova ideia não apresenta relação com a estrutura cognitiva do indivíduo.

Conforme Ausubel (2003, p. 1),

A aprendizagem significativa não é sinônimo de aprendizagem de material

significativo. Em primeiro lugar, o material de aprendizagem apenas é potencialmente significativo. Em segundo, deve existir um mecanismo de aprendizagem significativa. O material de aprendizagem pode consistir em componentes já significativos (tais como pares de adjetivos), mas cada um dos componentes da tarefa da aprendizagem, bem como esta como um todo (aprender uma lista de palavras ligadas arbitrariamente), não são 'logicamente' significativas. Além disso, até mesmo o material logicamente significativo pode ser apreendido por memorização, caso o mecanismo de aprendizagem do aprendiz não seja significativo.

Outro psicólogo cognitivista que também influenciou de forma marcante as teorias de aprendizagem foi o canadense Albert Bandura, que usou o termo “aprendizagem social” – embora esta terminologia tenha dado lugar a abordagens que delineiam o papel ativo atribuído aos indivíduos no processo de aprendizagem e a interlocução que eles estabelecem com o ambiente, este considerado como principal mediador do processo. Assim, esta concepção de aprendizagem social passou a ser denominada “aprendizagem social cognitivista”, pois ocorreria por meio de uma “modelagem imitacional”, em que um indivíduo aprende ao observar os outros (BANDURA et al., 2008).

Nesse sentido, considera-se que o comportamento do professor tem uma significativa influência sobre os seus alunos, pois eles tendem a imitar o comportamento do docente, independentemente de ser bom ou ruim (FILIPATALI, 2013). Esta linha sociocognitivista de Bandura pressupõe que os alunos aprendem observando. Nesse sentido, no modelo de aprendizado de educação médica, a maioria dos comportamentos e atitudes profissionais, assim como no contexto da ética, são absorvidos pelos alunos, observando seus professores como modelo (CHACKO, 2018).

A aprendizagem social cognitivista não deve ser confundida com a teoria behaviorista, pois a primeira propôs um modelo interativo contínuo, recíproco e dinâmico que explica tanto o aluno quanto o ambiente em que ele opera. No ambiente social, a aprendizagem ocorre em razão da influência mútua dos indivíduos e do ambiente. Almeida et al. (2003) explanam as características das duas teorias de aprendizagem, com base em Skinner e em Bandura, concluindo que ambos os teóricos concordavam que o ambiente influencia o processo, mas divergem quanto à forma como este ocorre, bem como sobre os fatores que o influenciam. Um fator convergente é o conceito de que a

capacidade de desempenhar com sucesso uma função é influenciada pelo comportamento do outro e, assim, pode ocorrer que um indivíduo falhe se lhe faltarem incentivos externos (PEREZ et al., 2014).

Portanto, a aprendizagem não é apenas o processamento das informações que se repete sem significado, uma vez que a capacidade para aprender a partir de diferentes observações resulta em novos modelos de comportamento. Na fase pré-clínica do curso, a teoria cognitivista parece apropriada, pois os alunos precisam processar e recuperar informações e usar novos conhecimentos. Essa teoria pode facilitar a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de habilidades de aprendizagem aplicáveis em outras situações de aprendizagem, independentemente do tópico ou contexto. No entanto, se as disciplinas pré-clínicas são mais dinâmicas e envolvem a integração com a clínica, o construtivismo se mostra mais apropriado, pois os alunos precisam aplicar esse conhecimento a casos clínicos. Para isso, eles precisam entender os conceitos nas ciências básicas e fazer conexões com sua aplicabilidade no contexto clínico (BADYAL; SINGH, 2017).

Assim a investigação sobre o desenvolvimento cognitivo teve um grande impacto na promoção de outra teoria de aprendizagem, a construtivista (PECK, 2017).

Teoria Construtivista

Modelos comportamentais de aprendizagem podem ser úteis para entender e influenciar o que os alunos fazem, mas os professores geralmente também querem saber o que os alunos estão pensando e como eles podem enriquecer o conhecimento com o que estão refletindo. Tendo em vista esse objetivo, parte da contribuição mais significativa vem do construtivismo, que é uma perspectiva de aprendizagem focada em como os alunos criam ativamente (ou “constroem”) o conhecimento a partir de experiências. Os modelos construtivistas de aprendizagem diferem dos modelos das teorias anteriores sobre o quanto um aluno constrói conhecimento de forma independente.

O construtivismo é uma teoria de ensino e aprendizagem baseada na premissa de que a cognição (conhecimento) é o resultado de uma "construção mental". Os aprendentes constroem conhecimento para si próprios, ou seja, constroem significado à medida que aprendem. Aprender, portanto, é construir significado.

Logo, a aprendizagem construtivista é uma ação muito pessoal, onde conceitos, regras e princípios gerais internalizados podem ser aplicados em um contexto prático do mundo real. Nessa perspectiva, aprender envolve construir o próprio conhecimento a partir das próprias experiências, em que o estudante aprende melhor buscando entender algo por si mesmo, com o professor como um guia para ajudá-lo ao longo do caminho (GIUSTA, 2013). Por outro lado, o aprendizado está relacionado às pessoas e ao meio ambiente. Cada vez mais educação na saúde ocorre em contextos de trabalho e, assim, essa teoria da aprendizagem pode ser aplicada apropriadamente nesse cenário (BADYAL; SINGH, 2017).

Assim, com base na teoria e prática construtivistas, uma “nova pedagogia” surgiu como sua principal fonte de compreensão. Os fundadores da teoria construtivista foram Lev Vygotsky, Jerome Brunner e John Dewey, que acreditavam que o conhecimento é ativamente construído pelo sujeito cognoscente e que a função da cognição é adaptativa e serve à organização do mundo experiencial (FILIPATALI, 2013).

A teoria e o conjunto de práticas em torno do construtivismo são baseados originalmente no trabalho de

John Dewey, um conhecido filósofo educacional do início do século 20. Embora o próprio Dewey não tenha usado o termo “construtivismo” na maior parte de seus escritos, seu ponto de vista equivalia a um tipo de construtivismo, que foi apresentado em detalhes para educadores. Ele argumentou, por exemplo, que se os estudantes realmente aprendem construindo seu próprio conhecimento, então os professores devem ajustar o currículo para se adequar ao conhecimento e aos interesses prévios dos aprendentes. Dewey também argumentou que um currículo só poderia ser justificado quando se relacionasse diretamente às atividades e responsabilidades que os estudantes provavelmente enfrentarão na prática, depois de deixarem a escola. Estas ideias foram inovadoras e progressistas no início do século 20.

Jerome Bruner, por sua vez, além do princípio de que o aprendizado é um processo ativo do sujeito, apresentou a noção de que sua estrutura cognitiva é o fundamento para a aprendizagem (estrutura cognitiva: esquemas e modelos mentais), e que o conhecimento aprendido fornece significado e organização à experiência. Bruner distinguiu o modelo expositivo do modelo hipotético de ensino. O primeiro seria aquele centrado no

professor, já mencionado no presente texto, enquanto o segundo seria um modelo de cooperação entre aluno e professor, em uma forma de aprendizado por descoberta (GOI; SANTOS, 2018). O aluno escolhe e decompõe a informação, levanta suposições e toma decisões usando seus esquemas mentais, permitindo que ele vá além da informação recebida. Assim, o professor deve estimular os estudantes a descobrirem por si os princípios, empregando, para isso, um diálogo socrático, que exige deles desafiar seus próprios pressupostos, a fim de desenvolverem suas habilidades analíticas (SOFISTE, 2007).

Portanto, um dos preceitos centrais da aprendizagem construtivista, assim como da cognitivista, é que o processo de aprendizagem necessita ser um processo ativo (BADA, 2015). Nesse sentido, ambientes de aprendizagem construtivistas devem fornecer a possibilidade de emprego de metodologias ativas. Estimula-se, desse modo, uma forma de pensar em que o estudante, ao invés de assimilar o conteúdo passivamente, reconstrói o conhecimento existente, dando-lhe um novo significado, o que implica um novo conhecimento.

Nesse processo em que o aprendente é o construtor de seu conhecimento, o aprendizado é moldado por

experiências passadas e construções/esquemas que o aluno traz para o processo de aprendizagem (GIUSTA, 2013). Nesse sentido, o contexto ou cenário de aprendizagem pode determinar a capacidade do aluno em construir novos conhecimentos através da aplicação do conhecimento a novas situações para aumentar o desenvolvimento de habilidades. O professor deve encorajar o pensamento crítico e as perguntas dos alunos, colocando-lhes perguntas abertas e que propiciem a reflexão.

Por conveniência, distinguem-se dois tipos de construtivismo: o psicológico (mudanças no pensamento resultantes de experiências individuais) e o social (mudanças no pensamento em virtude da assistência de outros). Ambos se concentram no pensamento dos indivíduos e não em seu comportamento, mas têm implicações diferentes para o processo de aprendizagem. No construtivismo psicológico, a pessoa aprende organizando e reorganizando mentalmente novas informações ou experiências, que são relacionadas ao conhecimento prévio, já significativo e bem compreendido.

Um exemplo de construtivismo psicológico é a teoria cognitiva de Jean Piaget, que descreveu a aprendizagem como uma interação entre duas atividades mentais que ele

chamou de “assimilação” e “acomodação”. A assimilação é a interpretação de novas informações em termos de conceitos, informações ou ideias preexistentes. A assimilação, por sua vez, opera em conjunto com a acomodação, sendo a revisão ou modificação de conceitos preexistentes em termos de novas informações ou experiências. Para Piaget, a assimilação e a acomodação trabalham em conjunto para enriquecer o pensamento e criar o que ele chamou de equilíbrio cognitivo entre a informação prévia e as novas informações. Em qualquer momento, o equilíbrio cognitivo consiste em um repertório cada vez maior de representações mentais para objetos e experiências (SANCHIS; MAHFOUD, 2007).

No construtivismo social, ao contrário da orientação de Piaget, alguns psicólogos e educadores concentraram-se explicitamente nas relações e interações entre um aprendiz e outros indivíduos que são mais bem informados ou experientes. Ideias semelhantes foram propostas pelo psicólogo russo Lev Vygotsky (1978), cuja escrita se concentrava em como o pensamento de um jovem é influenciado por relacionamentos com pessoas mais experientes. Vygotsky formulou a proposição razoável de que, quando uma pessoa está aprendendo uma nova

habilidade ou resolvendo um novo problema, ela pode ter melhor desempenho se for acompanhada e ajudada por um especialista do que se estivesse sozinha - embora não resolva tão bem o problema quanto o especialista. Assim, o aprendente se apropria, ou promove as suas próprias habilidades ou conhecimentos, que originalmente eram apenas do especialista.

Assim, concebe-se a aprendizagem como um fenômeno que se realiza na interação com o outro, em que os elementos biológicos e sociais não podem ser dissociados e exercem influência mútua. Ou seja, embora se reconheça a importância das definições biológicas, nesta concepção, o que mais influencia a aprendizagem são as interações sociais, a mediação do indivíduo com o mundo. Para disciplinas inseridas no contexto da comunidade, a teoria sociocultural seria apropriada, pois fornece aprendizado e experiência de trabalho como parte da interação e da observação de outras pessoas em um contexto social. Os médicos geralmente aprendem no contexto social, observando as técnicas e os comportamentos uns dos outros (BADYAL; SINGH, 2019).

Os aspectos únicos dessa teoria da aprendizagem combinam o comportamento da modelagem de papéis com

o aprendizado cognitivo para aprofundar a compreensão do aluno sobre como, por que e com qual finalidade o modelo desempenha uma tarefa específica de uma certa maneira. Nesse caso, o professor é responsável por modelar novos papéis e orientar comportamentos.

Piaget e Vygotsky, embora não tenham propriamente desenvolvido essa teoria, foram os teóricos cujos estudos serviram como pressupostos para os autores do campo educacional, com base no ensaio-erro, na curiosidade, na investigação e na solução de problemas.

Teoria Humanista

Em contraste com o cognitivismo e o behaviorismo, a teoria humanista encontra seu foco nas necessidades humanas do aprendente, e se fundamenta principalmente nos trabalhos de Abraham Maslow (considerado o pai da psicologia humanista) e de Carl Rogers.

As necessidades humanas, segundo Maslow, estão conformadas em uma hierarquia de importância relativa, em que uma necessidade é trocada pela imediatamente mais intensa na hierarquia, na medida em que é provida. Assim, por ordem decrescente de importância, elas estão classificadas em: necessidades fisiológicas, necessidades de

segurança, necessidades de afiliação (participação), necessidades de autoestima e necessidades de autorrealização. A necessidade fisiológica é, portanto, a mais forte, a mais fundamental, enquanto a necessidade de autorrealização é a mais fraca na pirâmide de necessidades de Maslow (MATSUOKA; SILVA, 2013), embora se considere que as necessidades de nível alto não são completamente satisfeitas, mantendo-se sempre como reduto de força motivacional.

Trata-se de um modelo que exerceu muita influência nos estudos sobre motivação e serve de base para a compreensão do homem inserido na sociedade, embora seja apoiado em evidências insuficientes do ponto de vista da pesquisa empírica. No modelo da hierarquia das necessidades de Maslow, supõe-se que a motivação é impulsionada pelas necessidades humanas, com aplicabilidade na educação (BRANCO; SILVA, 2017). A literatura corrobora que os fins que o estudante anseia atingir são intensos motivadores do seu comportamento como aprendente (LOURENÇO; PAIVA, 2010). Disso decorre que a aprendizagem só tem significado quando tem sentido para o aluno, o que não acontece com a aprendizagem mecânica. Os conteúdos que envolvem a participação do

aprendente são mais motivadoras, sobretudo quando o resultado se torna absorvente e ele busca e descobre as informações, convertendo-as em conhecimento (NOGUEIRA; SLAVEZ, 2009).

Outro dos principais autores da abordagem humanista relacionada às teorias da aprendizagem foi o psicólogo estadunidense Carl Rogers, cujo modelo derivou de sua prática em psicoterapia, concebendo que “o ser humano é essencialmente bom”, e que os professores devem adotar uma postura similar à do terapeuta na sua relação com o aluno, aplicando técnicas de empatia e acolhimento. As ideias humanistas calcadas no pensamento de Rogers também incluem a suspensão de processos avaliativos tradicionais como provas e notas, substituindo-os por um processo humanizado de conscientização, respeito e confiança no aluno (LIMA et al., 2018).

A introdução do trabalho de um educador humanista brasileiro antevia a conversão do professor em um parceiro dos educandos: Paulo Freire. Na Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, com sua concepção dialética em que educador e educando aprendem juntos. A prática orientada pela teoria reorienta essa teoria, em um processo de constante aperfeiçoamento. A educação é sempre um ato político,

devido ser problematizadora e conscientizadora. Embora as perspectivas da pedagogia crítica não tenham feito incursões significativas na educação médica, argumenta-se que o modelo de educação problematizadora de Paulo Freire tem muito a oferecer aos educadores médicos contemporâneos (CHIARELLA et al., 2015).

O educador deve estimular o educando a pensar autenticamente, refletindo sobre o mundo para transformá-lo, sendo, esta, uma visão aplicável à aprendizagem de adultos, que têm autonomia no processo de aprendizagem, pois conseguem controlar seus próprios passos na aprendizagem, assumir responsabilidades sobre o que, porque e como aprender (DEARFIELD et al., 2017).

Segundo Paulo Freire (1980), a humanização promove a libertação pela consciência, pelo conhecimento e pela educação problematizadora. Esta procura estimular a consciência crítica sobre a realidade e a postura ativa de alunos e professores no processo ensino-aprendizagem, enfrentado como um ato político, com interrelações estudante-professor fundamentadas no respeito e na autonomia. Usando a teoria da aprendizagem de adultos e o trabalho de Paulo Freire, os educadores médicos podem ensinar um profissionalismo socialmente consciente através

de conteúdo educacional e estratégias de ensino, o que pode modelar relações não hierárquicas com os alunos, que podem se refletir também nas suas interações clínicas com os pacientes (DASGUPTA et al., 2006). O ensino freiriano também pode promover o profissionalismo tanto de professores quanto de alunos, garantindo que eles sejam cidadãos envolvidos em suas comunidades.

Com a necessidade da formação de médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde elaborou diversas políticas públicas com o objetivo de efetivar o direito da população brasileira à saúde e que estão em conformidade com a concepção de educação problematizadora de Paulo Freire, entre as quais a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012; BRASIL, 2004).

As teorias humanistas guiam o aprendizado para o autoaperfeiçoamento, que é aplicável principalmente para o desenvolvimento do profissional. Como este desenvolvimento é promovido no sentido da autorrealização, com educandos autodirecionados e motivados internamente. Também se pode usar essa teoria para auxiliar na aquisição de competências no estágio inicial do desenvolvimento profissional, onde o professor terá que

tomar medidas corretivas para neutralizar a ausência de automotivação na aprendizagem através da modelagem de papéis com encontros reais com pacientes no ambulatório e pacientes internados (CHACKO, 2018).

Na teoria do humanismo, postula-se que o aprendizado está mais relacionado ao próprio crescimento do educando, como profissional e como ser humano. Ao longo desse aprendizado, há desafios como a exploração das emoções e a identificação de si mesmo. Portanto, tal como na teoria construtivista, o aluno deve se tornar autônomo e se autodirigir (BADYAL; SINGH, 2017).

O Quadro 1 mostra um resumo de características diferenciais das principais teorias de aprendizagem.

Quadro 1- Principais teorias de aprendizagem

COMPORTAMENTALISTA	COGNITIVISTA	CONSTRUTIVISTA	HUMANISTA
<ul style="list-style-type: none"> - A aprendizagem baseia-se em condicionar o comportamento do aluno - O aprendiz é influenciado por variáveis físicas (reforço ambiental positivo ou negativo) - O professor promove as mudanças de comportamento usando o reforço seletivo 	<ul style="list-style-type: none"> - A aprendizagem é centrada no processo de pensamento do estudante - O professor provê um modelo mental que o estudante tem que seguir - As realidades dos alunos também são convergentes 	<ul style="list-style-type: none"> - A aprendizagem promove a construção mental da realidade do estudante - O professor facilita a modelação conceitual do processo - O aluno possui estruturas cognitivas diversas, e com atividades apropriadas, constrói o seu próprio conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> - A aprendizagem é centrada na singularidade de cada ser humano - A aprendizagem depende de determinantes internos (sentimentos, aspirações) - A importância da aprendizagem está no processo, não no resultado - Objetivo principal é o bem-estar e a dignidade do aprendiz

Considerações Finais

As teorias da aprendizagem são de grande relevância para a formação docente, já que seus pressupostos exercem influência direta ou indireta nas discussões e ações pedagógicas que envolvem o ensino/aprendizagem nas escolas de formação profissional da área da saúde. Esta é a razão pela qual este conhecimento não pode mais ser relegado ao segundo plano pelos docentes na área da Saúde.

Ultrapassando-se as análises apoiadas nas dicotomias sujeito *vs* objeto ou indivíduo *vs* sociedade, ganham relevância na atualidade as mútuas inter-relações que tem lugar no seio da totalidade representada pela relação indivíduo/sociedade. Assim como as teorias de aprendizagem evoluíram e devem ser aplicadas de forma mutuamente benéfica e inclusiva para melhorar o aprendizado, as abordagens estudantis para aprendizagem devem ser vistas como um processo mutuamente benéfico de crescimento e desenvolvimento educacional, culminando em um procedimento metacognitivo – o aprender a aprender - e de consciência da própria realidade.

A aprendizagem é um processo que deve usar o conhecimento e as experiências do passado na esperança de desenvolver um conjunto de possibilidades que desafiem e mudem o futuro de profissionais. Mudança de uma abordagem centrada no professor para uma abordagem centrada no aluno e uma abordagem centrada no aprendiz é a amostra dessa transformação de paradigma educacional no mundo todo.

Ao longo dos anos, muitos métodos inovadores para envolver o aluno, começando com aulas expositivas interativas, foram experimentados e testados. Discussões de grupo e reflexão crítica sobre os quadros de referência existentes podem conduzir a uma aprendizagem transformadora e construir o pensamento crítico.

A aprendizagem baseada em problemas auxilia o aluno a entender a importância de aprender ciências básicas para a futura prática profissional na área da saúde, tornando-o familiarizado com o processo de aprendizado autodirigido e com o diagnóstico de suas próprias necessidades de conhecimento. As estratégias de aprendizagem, que são formuladas com base nas teorias apresentadas, não deveriam ser aplicadas isoladamente,

mas sim associadas dentro dos conteúdos para promover o desenvolvimento da aprendizagem superficial e profunda.

Existem situações diferentes para a aplicação de cada uma das teorias. A teoria behaviorista pode auxiliar na fundamentação de uma atividade de natureza mais mecânica. A teoria cognitivista, por sua vez, é útil para treinar estratégias de resolução de problemas em situações pouco habituais. Já a teoria construtivista é especialmente indicada para lidar com problemas onde é imprescindível uma reflexão mais rápida, enquanto a ação se processa.

Os aspectos filosóficos subjacentes às diversas teorias da aprendizagem concernem mais ao que os alunos estão prontos para aprender e como sua aprendizagem pode ser habilitada do que aos contrastes entre as teorias. Nesse cenário, o propósito do processo formativo é equipar os estudantes com estratégias de aprendizagem e habilidades de aprender a aprender.

Existem muitas semelhanças e diferenças entre as teorias abordadas. De certa forma, essas teorias se complementam ou participam de sequências evolutivas na aprendizagem, por exemplo, com a memória do aluno e com o entendimento (cognitívismo), quando ele tenta estabelecer conexões entre vários pontos (construtívismo),

mas durante esse processo o aprendizado é influenciado pelo contexto (sociocognitivista). Contudo, algumas mudanças comportamentais podem ter acontecido a essa altura (behaviorismo). Isso leva o aluno a pensar em mudanças na sociedade e no seu próprio crescimento como futuro profissional, como ser humano (humanismo). Da mesma forma, o ato de compreender parece estar relacionado com todas as teorias, pois sem entender é muito difícil construir, pensar em questões socioculturais, promover justiça social e evoluir como pessoa. Portanto, a cognição, isto é, o componente do conhecimento, está envolvido em todas as teorias, embora em extensão e contexto diferentes.

É necessário, por fim, que todos os educadores da área da Saúde, sejam eles conservadores, progressistas, ou mesmo “revolucionários”, possam transcender as ideias do seu campo ideológico próprio para estabelecer o diálogo e a integração de saberes, no caminho de uma educação responsável e estimulante no que concerne ao aprendizado do ser humano.

Referências

ALMEIDA, A. P *et al.* Comparação entre as teorias de aprendizagem de Skinner e Bandura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Macéio, v. 1, n. 3, p. 81-90, 2013.

AUSUBEL, D. P. **Aquisição e Retenção de Conhecimentos: Uma Perspectiva Cognitiva**. Lisboa: Plátano Edições Técnicas, 2003. Disponível em: <http://files.mestrado-em-ensino-de-ciencias.webnode.com/200000007-610f46208a/ausebel.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

BADA, S. O. Constructivism Learning Theory: A paradigm for teaching and learning. **IOSR Journal of Research & Method in Education** [Online], v. 5, n. 6, p. 66-70, 2015. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Constructivism-Learning-Theory-%3A-A-Paradigm-for-and-Bada-Olusegun/1c75083a05630a663371136310a30060a2afe4b1>. Acesso em: 04 jun. 2020.

BADYAL, D. K, SINGH, T. Learning Theories: The Basics to Learn in Medical Education. **Int J Appl Basic Med Res** [Online], v. 7, Suppl 1, p. S1-S3, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769162/>. Acesso em: 04 jun. 2020.

BRANCO, P. C. C.; SILVA, L. X. B. Psicologia humanista de Abraham Maslow: recepção e circulação no Brasil. **Rev. abordagem Gestalt**, Goiânia, v. 23, n. 2, p. 189-199, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Institui Diretrizes Curriculares

Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 23 jun. 2014. Seção 1, p.8-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva:** conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BRAGA, R. N. A educação ambiental nos moldes da pedagogia tradicional: breve reflexão. **Poiésis**, Santa Catarina, v. 5, p. 88-108, 2012.

COELHO, M. A.; DUTRA, L. R. Behaviorismo, cognitivismo e construtivismo: confronto entre teorias remotas com a teoria conectivista. **Caderno de Educação**, Belo Horizonte, v. 20, n. 49, p. 51-76, 2018.

CHACKO, T. V. Emerging pedagogies for effective adult learning: From andragogy to heutagogy. **Arch Med Health Sci** [Online], v. 6, p. 278-83, 2018. Disponível em: <http://www.amhsjournal.org/article.asp?issn=2321-4848;year=2018;volume=6;issue=2;spage=278;epage=283;aulast=Chacko>. Acesso em: 05 jun. 2020.

CHIARELLA, T. *et al.* A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. **Rev. bras. educ. med.** [Online], v. 39, n. 3, p. 418-425.

Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022015000300418&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jun. 2020.

COSTA, N. M. S. C. Pedagogical training of medicine professors. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 102-108, 2010.

DASGUPTA, S. *et al.* Medical education for social justice: Paulo Freire revisited. **Journal of Medical Humanities** [Online], v. 27, n. 4, p. 245-251, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17001528/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

DEARFIELD, C. T.; BARNUM, A. J.; PUGH-YI, R. H. Adapting Paulo Freire's Pedagogy for Health Literacy Interventions. **Humanity & Society** [Online], v. 41, n. 2, p. 182-208, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0160597616633253>. Acesso em: 05 jun. 2020.

DELIĆ, H.; BEĆIROVIĆ, S. Socratic Method as an Approach to Teaching. **European Researcher** [Online]. v. 111, n. 10, p. 511-517, 2016. Disponível em: http://www.erjournal.ru/journals_n/1478004367.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

DISTLER, R. R. Contribuições de David Ausubel para a intervenção psicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 32, n. 98, p. 191-199, 2015

DUSI, M. L. H.; NEVES, M. B. J.; ANTONY, S. Abordagem Gestáltica e Psicopedagogia: Um Olhar Compreensivo para a Totalidade. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 34, p. 149-159, 2006.

FILIPATALI, T. **Learning Theories**. Their Influence on Teaching Methods. Seminar Paper, 2013. Disponível em: <https://www.grin.com/document/293498>. Acesso em: 11 mar. 2019.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GADOTTI, M. **Pensamentos pedagógicos brasileiros**. São Paulo: Ática, 1998.

GIUSTA, A. S. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. **Educ. rev.** [Online], v. 29, n. 1, p. 20-36, 2013. Disponível em; https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982013000100003. Acesso em: 05 jun. 2020.

GOI, M. A. J.; SANTOS, F. M. T. Contribuições de Jerome Bruner: aspectos psicológicos relacionados à resolução de problemas na formação de professores de ciências da natureza. **Ciências & Cognição** [Online], v. 23, n. 2, p. 315-332, 2018. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1477>. Acesso em: 05 jun. 2020.

HATTIE, J. A. C; DONOGHUE, G. M. Learning strategies: a synthesis and conceptual model. **Npj Science of Learning** [Online], v. 1, p. 16013, 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/npjscilearn201613.pdf>. Acesso em: 20 mar 2019.

HULT, H. *et al.* Pedagogical processes in healthcare: an exploratory study of pedagogic work with patients and next of kin. **Educ Health** [Online], v. 22, n. 3, p. 1-11, 2009. Disponível em: http://www.educationforhealth.net/temp/EducHealth223199-1229848_032458.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

KNOWLES, M. **The Modern Practice of Adult Education: Andragogy versus Pedagogy**, New York: Associated Press, 1970.

KAUFMAN, D. M.; MANN, K. V. Teaching and learning in medical education: How theory can inform practice. *In*: SWANWICK, T.; FORREST, K.; O'BRIEN, B. C. **Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice**. Edinburgh: John Wiley & Sons, 2014. p. 37-69 (2018).

LIMA, L. D.; BARBOSA, Z. C. L.; PEIXOTO, S. P. L. Teoria Humanista: Carl Rogers e a Educação. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**, Alagoas, v. 4, n. 3, p. 161-17, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/artic le/view/4800/2804>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LOURENÇO, A. A.; PAIVA, M. O. A motivação escolar e o processo de

aprendizagem. **Ciências e Cognição** [Online], v. 15, n. 2, p. 131-141, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000200012. Acesso em: 05 jun. 2020.

MATSUOKA, L. T.; SILVA, J. J. Os eventos e a hierarquia das necessidades humanas de Maslow: conjecturas na sociedade contemporânea. **Colloquium Humanarum**, Presidente Prudente, v. 10, p. 633-639, 2013.

MOREIRA, J. A. M.; FERREIRA, L. P.; COSTA, V. E. S. M. Descrição de uma vivência de ensino orientada pela Gestalt pedagogia. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 187-194, 2007.

NOGUEIRA, N. M.; SLAVEZ, M. H. C. Influência da motivação para a aprendizagem na visão dos alunos do 2º ano de pedagogia da UEMS. **An. Sciencult**, Paranaíba, v. 1, n. 1, p. 42-28, 2009.

PECK, C. W. Taking a Look at Modern Teaching and Learning Approaches, Concepts and Perceptions. **EC Dental Science** [Online], v. 11, n. 5, p. 213-215, 2017. Disponível em: <https://www.ecronicon.com/ecde/pdf/ECDE-11-00387.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

PERES, C. M. *et al.* Abordagens pedagógicas e sua relação com as teorias de aprendizagem. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 249-255, 2014.

SANCHIS, I. P.; MAHFOUD, M. Interação e construção: o sujeito e o conhecimento no construtivismo de Piaget. **Ciências & Cognição** [Online], v. 12, p. 165-177, 2007. Disponível em:

<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v12/m347195.pdf>.
Acesso em: 05 jun. 2020.

SCHUNK, D. H. **Learning Theories: An Educational Perspective**. 6th ed. Boston: Pearson Education, Inc., 2012.
Disponível em:
Dale_H._Schunk_Learning_Theories_An_Educational.%20(2).pdf. Acesso em: 10 mar 2019.

SOFISTE, J. G. **Sócrates e o ensino da filosofia: Investigação dialógica uma pedagogia para a docência de filosofia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

VERMUNT, J. D.; DONCHE, V. A Learning Patterns Perspective on Student Learning in Higher Education: State of the Art and Moving Forward. **Educ Psychol rev.** [Online], v. 29, p. 269-299, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10648-017-9414-6>. Acesso em: 05 jun. 2020.

CAPÍTULO 3

METACOGNIÇÃO: APRENDENDO A APRENDER

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa

A metacognição se tornou um relevante aspecto de interesse pedagógico para quem deseja entender melhor como os alunos aprendem. Anteriormente, o interesse voltava-se para a capacidade cognitiva e os fatores motivacionais como os dois determinantes principais da aprendizagem (RIBEIRO, 2003). Percebeu-se, no entanto, que a aprendizagem poderia ser desenvolvida não apenas em função da utilização de estratégias cognitivas, mas também de táticas metacognitivas.

A metacognição é conceituada como a percepção automática e o controle do aprendizado pelo próprio aprendiz (GONULLU; ARTAR, 2014). O conceito de metacognição foi introduzido na psicologia educacional pela primeira vez na década de 1970 por John H. Flavell, criador do termo, que a definiu como "o ato de pensar sobre o próprio pensamento". Em outras palavras, para Ribeiro

(2003, p. 109), “é nossa capacidade de saber o que sabemos e o que não sabemos, como pensamos, e o que nos ajuda a aprender”.

No campo da Educação, as habilidades metacognitivas também são chamadas de habilidades de pensamento de ordem superior, necessárias para auxiliar os indivíduos a se tornarem mais adaptáveis, flexíveis e capazes de lidar com o contexto de uma sociedade da informação em rápida evolução (HONG et al., 2015).

É importante enfatizar e reconhecer a importância das habilidades metacognitivas no processo de ensino-aprendizagem, especialmente nos cursos de graduação na grande área da Saúde. Estudantes e residentes precisam monitorar e fazer julgamentos sobre seus conhecimentos, habilidades e desempenho, pois a falta de consciência metacognitiva pode levar ao excesso de confiança no próprio conhecimento e a erros nas tomadas de decisão. Há evidências de que muitos profissionais da saúde parecem ter capacidade limitada para avaliar seu próprio desempenho, levando ao uso ineficiente do tempo de estudo (BRUIN et al., 2018; DAVIES et al., 2006).

O conhecimento médico em sua vertiginosa e constante mudança, em relação à prestação de cuidados em

saúde, exige médicos que possam abordar e gerir a complexidade. Nesse sentido, a metacognição é um conceito que tenta capturar a essência da adaptação à mudança e à incerteza. Os estudantes da área da Saúde devem estar preparados para lidar com essa incerteza e a evolução da compreensão inerente à futura prática profissional, nos diagnósticos e tomadas de decisões complexas (EICHBAUM, 2014).

É importante que os alunos tenham habilidades de metacognição, pois estas são usadas para monitorar e regular o raciocínio, a compreensão e a resolução de problemas, que são componentes fundamentais dos currículos de graduação da Saúde. Os tutores podem ajudar os alunos a desenvolver habilidades metacognitivas em sala de aula e no ambiente experiencial, projetando cuidadosamente as atividades de aprendizagem dentro dos cursos e do currículo. Tais habilidades são desenvolvidas por meio de questionamentos intencionais, técnicas de modelagem e reflexão (MEDINA et al., 2017).

A atividade reflexiva em si é uma técnica para auxiliar os alunos a desenvolver e aprimorar suas habilidades metacognitivas. Refletir sobre um desempenho ruim em uma prova, por exemplo, pode chamar a atenção do aluno

para áreas de fraqueza que ele não havia reconhecido ainda, ou maneiras pelas quais sua preparação pode ter sido inadequada. Outras técnicas para melhorar as habilidades metacognitivas incluem o uso de estratégias de pensamento em voz alta, nas quais os alunos verbalizam seu processo de pensamento a fim de identificar melhor áreas de debilidade, assim como o uso de organizadores gráficos, com os quais eles podem criar uma representação visual das informações para aprimorar sua compreensão de associações e processos (COLBERT et al., 2015).

Existem duas dimensões de metacognição identificadas: conhecimento metacognitivo e regulação metacognitiva. A regulação metacognitiva consiste em três habilidades essenciais - planejamento, monitoramento e avaliação - que estimulam o melhor uso do conhecimento básico na promoção do do pensamento crítico e da prática reflexiva (WELSH et al., 2018).

Quando os alunos se envolvem em atividades de planejamento, eles pensam no que precisam aprender e estabelecem metas específicas das tarefas. Ao planejarem, precisam monitorar. O monitoramento é um componente crítico da autorregulação, pois fornece a consciência do nível de conhecimento de uma pessoa, o que leva a mudanças no

seu afeto, na cognição e no comportamento. O monitoramento preciso aprimora a regulação da aprendizagem pois fornece *feedback* sobre o que os estudantes já sabem e onde precisam concentrar seus recursos (EICHBAUM, 2014).

Na medicina, além de sua definição geral, a metacognição abrange o pensamento diagnóstico quanto a um possível viés, no sentido de enxergar a doença do ponto de vista do paciente ou avaliar o que é necessário saber sobre uma opção de tratamento. Os estudantes de medicina não são apenas aprendizes, mas espera-se que sejam especialistas em medicina que devem se concentrar em suas capacidades para avaliar, monitorar e melhorar continuamente o próprio desempenho (CHO et al., 2017).

Medina et al. (2017) exemplificam problemas na metacognição apresentando a seguinte situação: um tutor pede à sua turma para buscar e revisar um artigo de um periódico. Um de seus alunos começa este trabalho na noite anterior à data de entrega da tarefa. Ele não tem certeza de onde procurar na literatura. Após encontrar o artigo, ele subestima o tempo necessário para a revisão e passa várias horas na tarefa no início da manhã. Quando o instrutor avalia a tarefa, esse aluno recebe uma nota baixa, porque a maioria

das perguntas não foi direta e concisamente respondida. O estudante, então, fica surpreso com sua nota, pois passou várias horas trabalhando na tarefa, o que era mais do que ele achava necessário. Embora muitas coisas possam explicar o comportamento deste estudante, ele pode ter problemas de metacognição. Ele não planejou e não sabia onde procurar informações, além de ter julgado mal o tempo necessário para desempenhar a tarefa, encontrando-se confiante demais na previsão que fez de sua nota. Além disso, não formulou um plano para a revisão do artigo e, durante o processo, não monitorou se estava cumprindo o objetivo; e, uma vez terminada a atividade, não revisou seu trabalho para entregar ao tutor. Todos estes elementos apontam para habilidades metacognitivas fracas.

Se os alunos sabem o que sabem e o que não sabem, eles podem se concentrar em adquirir o conhecimento que lhes falta, o que consiste no que é denominado aprendizado autodirigido ou autorregulado. As habilidades metacognitivas também têm um papel no pensamento crítico e na resolução de problemas. Finalmente, ter consciência metacognitiva pode prevenir erros em ambientes clínicos em virtude do aumento da conscientização sobre o próprio processo de pensamento, o

qual, por sua vez, leva a uma melhor reflexão crítica e monitoramento das ações (EICHBAUM, 2014).

Por outro lado, considerando uma estratégia metacognitiva, os alunos não podem confiar inteiramente e o tempo todo nas informações de seus professores, devendo ser capazes de buscar, organizar, analisar e utilizar o conhecimento de maneira autônoma. Além disso, os estudantes, especialmente os de medicina, também devem estar preparados para lidar com mudanças e incertezas com a evolução de sua apreensão de informações e conhecimento, o que é essencial para a prática médica. Os estudantes que têm o hábito de acompanhar cegamente as instruções recebidas têm desempenho cognitivo menor (HONG et al., 2015). No caso da medicina, espera-se que os profissionais sejam aprendizes independentes ao longo da vida, assim como capazes de avaliar continuamente o resultado de suas ações para construir novos conhecimentos.

A promoção da metacognição começa com a conscientização dos aprendizes de que a metacognição existe, difere da cognição e pode contribuir para o sucesso acadêmico. O próximo passo é ensinar estratégias e, mais importante, ajudar os alunos a construir um conhecimento

explícito sobre quando e onde usar estas estratégias. Um repertório de estratégias flexível pode ser usado para tomar decisões regulatórias que permitam aos indivíduos planejar, monitorar e avaliar sua aprendizagem (STEUBER et al., 2017). Na estrutura curricular das escolas de medicina, os educadores devem se concentrar nessas habilidades para desenvolver a proficiência metacognitiva dos alunos. Ao oferecer oportunidades para que eles se tornem metacognitivos e estratégicos, os instrutores podem promover uma compreensão profunda dos conteúdos.

O corpo docente do curso de medicina pode promover o desenvolvimento dessa competência capacitando seus alunos a aprimorar competências metacognitivas através da adaptação das seguintes estratégias de ensino: (a) exercícios de escrita e leitura reflexiva; (b) estilos de ensino interativos que facilitam a reflexão, autoavaliação e tomada de perspectiva; (c) *feedback* voltado para melhorar a autoavaliação e o desempenho, (d) mapas conceituais; e (e) estratégias em voz alta (CHO et al., 2017; COLBERT et al., 2015). Essas estratégias de ensino, que ajudam no desenvolvimento da metacognição, podem ser usadas na aprendizagem baseada em problemas, possibilitando aos alunos desenvolver

habilidades de autoaprendizagem, reflexão e autoavaliação, além de habilidades eficazes de resolução de problemas e motivação (HONG et al., 2015; EICHBAUM, 2014).

No quadro teórico dos padrões ou modelos de aprendizagem, distinguem-se quatro componentes que perpassam a metacognição: (a) estratégias de processamento cognitivo, (b) estratégias de regulação metacognitiva; (c) concepções de aprendizagem, e (d) motivações ou orientações de aprendizagem (VERMUNT; DONCHE, 2017).

As estratégias de processamento cognitivo são aquelas combinações de atividades de aprendizado que os estudantes empregam para processar as informações, e que levam diretamente ao conhecimento, compreensão e/ou habilidade almejados. As estratégias de regulação dos processos cognitivos, por sua vez, são as combinações de atividades de aprendizagem metacognitiva que os alunos usam para planejar, organizar, monitorar, orientar e avaliar seus próprios processos de aprendizagem (LEITÃO, 2007; JOU; SPERB, 2006).

A metacognição pode ainda exercer influência sobre a motivação (RIBEIRO, 2003), pois o fato de os alunos poderem controlar e gerir os próprios processos cognitivos

pode lhes dar a noção da responsabilidade pelo seu desempenho acadêmico e gerar confiança em suas próprias capacidades. As estratégias de metacognição são empregadas comumente na Andragogia - ou princípios da aprendizagem de adultos -, na prática reflexiva, na abordagem sociocognitiva, na aprendizagem significativa, no aprendizado autodirigido, na aprendizagem experiencial e na aprendizagem em cenários de prática. Cada uma destas abordagens demanda do aprendente aplicar a metacognição (KAUFMAN; MANN, 2014).

As estratégias de aprendizagem podem ser categorizadas de várias maneiras, entre as quais destacam-se três: (a) estratégias cognitivas como elaboração para aprofundar a compreensão do domínio estudado; (b) estratégias metacognitivas como planejamento para regulação do processo de aprendizagem; e (c) estratégias motivacionais como autoeficácia para motivar-se a se envolver na aprendizagem. Dado o advento de novas formas de acessar informações, como a Internet, e o exponencial volume de informações que atualmente se encontram disponíveis, acrescenta-se uma quarta categoria: estratégias de gerenciamento de como encontrar, navegar e avaliar os recursos.

Para Hattie e Donoghue (2016), há estratégias consideradas eficazes para o aprendizado cognitivo pela reprodução de informações – denominado “aprendizado superficial”, uma primeira fase que ocorre para praticamente todos os alunos. Este aprendizado superficial inclui o vocabulário relacionado ao conteúdo a ser apreendido, usando-se estratégias como anotações, resumos, sublinhados e realces, táticas mnemônicas e treinamento da memória de imagens. Por outro lado, para a obtenção do chamado “aprendizado profundo”, conforme os referidos autores, os estudantes necessitam de altos níveis de conscientização, controle e emprego de múltiplas estratégias, mediante metacognição e autorregulação. Estes estudantes dispõem de um repertório mais amplo de estratégias a serem aplicadas quando uma determinada tática empregada não é eficaz.

Se a informação é apenas memorizada (aprendizado superficial), logo é esquecido e pode não afetar a maneira como a pessoa realiza um trabalho. Se o aluno usa ativamente o novo conhecimento, colocando-o em prática, o aprendizado se torna profundo (PROZESKY, 2000). Por outro lado, quando o aluno conecta esse novo conhecimento aos conceitos que ele já possui e entende como pode usá-lo

na prática, será muito mais provável que seja aplicado posteriormente.

A metacognição é considerada especialmente crítica para o raciocínio clínico e a tomada de decisão, em virtude de seu papel fundamental no monitoramento e controle dos processos cognitivos (DUNPHY et al., 2010). Mamede et al. (2010) observaram, em um estudo com foco em erros cognitivos na tomada de decisão por residentes de clínica médica, que o uso da reflexão diagnóstica (uma habilidade metacognitiva), quando comparado com estratégias de raciocínio não analítico, resultou em melhor acurácia diagnóstica. Este resultado sugere que é possível treinar médicos para empregar a metacognição durante o processo de tomada de decisão (GRABER, 2003).

No processo metacognitivo de aprender a aprender, conforme Colbert et al. (2015), espera-se que os estudantes de graduação e os residentes desenvolvam habilidades e hábitos no sentido de se tornarem capazes de atingir os seguintes objetivos: (a) identificar pontos fortes, deficiências e limites em um conhecimento e experiência; (b) definir metas de aprendizado e progresso; (c) implementar mudanças com o objetivo de aperfeiçoar a prática; (d) incorporar *feedback* de avaliação formativa em sua prática

diária; (e) localizar, avaliar e assimilar as evidências científicas e estudos relacionados aos problemas de saúde de seus pacientes; (f) usar a tecnologia da informação para otimizar a aprendizagem; e, (g) considerar os valores e autonomia dos pacientes.

Entende-se, portanto, que a aprendizagem ativa é sempre metacognitiva, ao prover ao indivíduo uma imagem de como ele aprende (GRAFAM, 2007). Por esta razão, é preciso envolver os alunos levando-os a pensar sobre o que estão fazendo e aprendendo. Em outras palavras, para aprenderem ativamente, os alunos não apenas precisam fazer algo, mas também refletir sobre o que estão fazendo. Em decorrência desse processo, se dá a autocorreção, que é a capacidade de o aprendiz monitorar constantemente o seu processo de pensamento, um mecanismo metacognitivo que lhe permite refinar a sua maneira de refletir e abordar qualquer questão (GUZZO; LIMA, 2018). O próprio ato de questionar e problematizar é uma das etapas do pensamento crítico.

Esse processo metacognitivo é possível quando docentes e estudantes trocam ideias, apresentam seus pontos de vista e compartilham as razões pelas quais sustentam suas posições. Assim, eles podem internalizar

estes processos de pensamento para incorporar novas ideias e modos de pensar ao seu repertório, se considera que podem aperfeiçoar seus conhecimentos e competências.

A prática crítico-reflexiva é um conceito do campo da Educação e da Psicologia, contudo originou-se da Filosofia, com os filósofos gregos Sócrates, Platão e Aristóteles, que colocaram o raciocínio no centro da educação. Ao pensarem de forma crítica sobre o próprio desempenho, os alunos desenvolvem autodeterminação e autonomia, assim como a capacidade de autorregular sua aprendizagem. Ao receberem *feedback* construtivo e realizarem autoavaliação, eles podem aumentar ainda mais a prática de pensamento crítico e reflexivo (GRAFAM, 2007).

Pensamento crítico e o pensamento reflexivo são termos frequentemente usados como sinônimos e, sem dúvida, estão intimamente ligados, contudo o segundo (pensamento reflexivo) é parte do processo de pensamento crítico. Este envolve, além da prática reflexiva, também aquisição de informações, conceitualização, organização, problematização, resolução de problemas, aplicação e tomada de decisão. Portanto, o pensamento crítico compreende tanto o processo quanto o seu produto, pois está focado no resultado, que será a tomada de decisão. Por

outro lado, o pensamento reflexivo é construtivista e auto-regulado (LEITÃO, 2007) e, portanto, caracteriza-se como um processo de natureza eminentemente metacognitiva. Fazendo parte do processo de pensamento crítico, o pensamento reflexivo refere-se às etapas de análise e julgamento (DEMIR, 2015).

A lógica subjacente ao uso da prática reflexiva é que a observação e a experiência prática por si só não levam necessariamente ao aprendizado, mas a reflexão deliberada sobre a observação/experiência, esta sim, é a ferramenta essencial na promoção da compreensão e aprendizagem significativas. O próprio exercício da reflexão maximiza o aprendizado a partir da experiência (REIS, 2010; ZEICHNER, 2008). Empregando estratégias de autorregulação, os próprios estudantes dirigem sua motivação para a aprendizagem. Eles sabem o que, onde, quem, quando e por que aprender, e como, quando e por que usar estas ou aquelas estratégias de aprendizado. Em resumo, eles saberão o que fazer quando não souberem o que fazer. Esta habilidade é aprimorada pelas metodologias ativas de aprendizagem na resolução de problemas.

Por fim, a motivação, ou seja, o que faz as pessoas quererem aprender, precisa ser mencionada (PROZESKY,

2000). Alguns aprendem porque querem fazer um trabalho melhor - ficam satisfeitos com a sensação de que são competentes. As pessoas também são intensamente motivadas pela expectativa de serem recompensadas - por exemplo, obtendo uma qualificação, uma ascensão funcional na carreira e melhores salários. Para os estudantes da graduação, a necessidade de ter um desempenho acadêmico satisfatório também é um motivador muito forte. As notas, de fato, são o foco principal da maioria dos estudantes (uma motivação extrínseca). Somente como razões secundárias os alunos referem desejos de se tornar competente e de comprovar sua proficiência a si mesmos (motivações intrínsecas).

Aprender sobre o conteúdo do curso por si só é a última das razões referidas como motivadoras (KYNDT et al., 2011). Ambientes de aprendizagem e projetos de cursos que estimulem a motivação intrínseca - curiosidade e interesse dos alunos - beneficiam a aprendizagem. Supõe-se que esforço e motivação intrínseca são fatores essenciais para o desenvolvimento das habilidades metacognitivas, ainda que a correlação entre motivação para aprender e habilidade metacognitiva não tenham sido demonstradas empiricamente (BAHRI; COREBIMA, 2015).

Considerações Finais

Desenvolvimento das habilidades metacognitivas dos alunos é um objetivo focal do processo educacional. Aprimorar a aprendizagem autorregulada é importante para ajudar estudantes e residentes a adquirirem mais eficazmente conhecimentos e habilidades necessárias para a prática de cuidado em saúde. Essa estrutura é aplicável ao aprendizado em várias áreas, incluindo o desenvolvimento do pensamento crítico.

Os estudantes devem aprender como usar de maneira adaptativa grandes quantidades de informações, passando por conceitos que julgam conhecer ou aprendendo a se concentrar em conceitos que julgam que ainda não dominar. Aprender a refletir sobre a prática é o primeiro passo no desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo e se beneficia da orientação de um educador que auxilie os estudantes a aprenderem a aprender.

Para isso, a noção de consciência do próprio conhecimento, aprendizado e experiência anteriores fornecem o contexto para o pensamento crítico, em um processo dinâmico que continua a se desenvolver e evoluir à

medida que os estudantes aprendem e respondem a novas experiências, situações, eventos ou informações.

A educação na saúde encontra-se no meio de uma grande transformação que exigirá dos educadores dessa grande área do conhecimento reavaliarem as práticas padrão de ensino e desenvolverem estratégias inovadoras para otimizar a aprendizagem de estudantes e residentes.

Referências

BRUIN, A. B. H.; DUNLOSKEY, J.; CAVALCANTI, R. B. Monitoring and regulation of learning in medical education: the need for predictive cues. **Med Educ.**, [Online], v. 51, n. 6, p. 575–84, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5434949/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

COLBERT, C. Y. *et al.* Teaching metacognitive skills: helping your physician trainees in the quest to 'know what they don't know'. **Am J Med.** [Online], v. 128, n. 3, p. 318-24, mar. 2015. Disponível em: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(14\)00972-3/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(14)00972-3/fulltext). Acesso em: 05 jun. 2020.

CHO, K. K. *et al.* Medical student changes in self-regulated learning during the transition to the clinical environment. **BMC Medical Education** [Online], v. 17, n. 1, p. 59-63, 2017. Disponível em:

<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0902-7> . Acesso em: 19 mai. 2020.

DAVIS, D. A. *et al.* Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. **JAMA** [Online], v. 296, p. 1094-1102, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.296.9.1094>. Acesso em: 05 jun. 2020.

DEMIR, S. Evaluation of Critical Thinking and Reflective Thinking Skills among Science Teacher Candidates. **JEP** [Online], v.6, n. 18, p. 17-23, 2015. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1079684.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

DUNPHY, B. C. *et al.* Cognitive elements in clinical decision-making: toward a cognitive model for medical education and understanding clinical reasoning. **Adv Health Sci Educ Theory Pract.** [Online], v. 15, p. 229-250, 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10459-009-9194-y>. Acesso em: 05 jun. 2020.

EICHBAUM, Q. G. Thinking about Thinking and Emotion: The Metacognitive Approach to the Medical Humanities that Integrates the Humanities with the Basic and Clinical Sciences. **Perm. J.** [Online], v. 18, n. 4, p. 64-75, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206174/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

GRABER, M. Metacognitive Training to Reduce Diagnostic Errors: Ready for Prime Time? **Academic Medicine** [Online], v. 78, n. 8, p. 781-782, 2003. Disponível em;

https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2003/08000/Metacognitive_Training_to_Reduce_Diagnostic.4.aspx#ej-article-sam-container. Acesso em: 05 jun. 2020.

GONULLU, I.; ARTAR, M. Metacognition in medical education. **Educ Health** [Online], v. 27, n. 2, p. 225-6, 2014. Disponível em: <http://www.educationforhealth.net/article.asp?issn=1357-6283;year=2014;volume=27;issue=2;spage=225;epage=226;aulast=Gonullu>. Acesso em: 05 jun. 2020.

GRAFFAM, B. Active learning in medical education: Strategies for beginning implementation. **Medical Teacher**, v. 29, n. 1, p. 38-42, 2007

GUZZO, G. B.; LIMA, V. M. R. O desenvolvimento do pensamento crítico na educação: uma meta possível? **Educação Unisinos** [Online], v. 22, n. 4, p. 334-343, 2015. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/viewFile/edu.2018.224.11/60746614>. Acesso em: 20 jun.2020.

HATTIE, J. A. C.; DONOGHUE, G. M. Learning strategies: a synthesis and conceptual model. **Npj Science of Learning** [Online], v. 1, p. 16013, 2016. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/npjscilearn201613.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2019.

HOFFMAN, L. A. Prediction, performance, and adjustments: Medical students' reflections on the first gross anatomy exam. **The FASEB Journal** [Online], v. 30, Suppl. 1, p. 365.2, 2016. Disponível em:

https://www.fasebj.org/doi/abs/10.1096/fasebj.30.1_supplement.365.2. Acesso em: 05 jun. 2020.

HONG, W. H. *et al.* Thinking about thinking: changes in first-year medical students' metacognition and its relation to performance. **Med Educ**. [Online] 2015; v. 26, n. 20, p. 27561, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4551498/>. Acesso em: 19 mai. 2020.

JOU, G. I.; SPERB, T. M. A metacognição como estratégia reguladora da aprendizagem. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 177-185, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200003&lng=en&nrm=iso Acesso em: 20 jun. 2020.

KAUFMAN, D. M.; MANN, K. V. Teaching and learning in medical education: How theory can inform practice. *In*: SWANWICK, T. **Understanding Medical Education: Evidence, theory and practice**. Edinburgh: John Wiley & Sons, 2014.

KYNDT, E. *et al.* The Direct and Indirect Effect of Motivation for Learning on Students' Approaches to Learning through the Perceptions of Workload and Task Complexity. **Higher Education Research and Development** v. 30, n. 2, p 135-150, 2011.

LEITAO, S. Argumentação e desenvolvimento do pensamento reflexivo. **Psicol. Reflex. Crit.** [On-line]. v. 20, n. 3, p. 454-462, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0

102-79722007000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.

MAMEDE, S. *et al.* Effect of availability bias and reflective reasoning on diagnostic accuracy among internal medicine residents. **JAMA** [Online], v. 304, p. 1198-1203, 2010.

Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.2010.1276>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MEDINA, M. S.; CASTLEBERRY, A. N.; PERSKY, A. M. Strategies for Improving Learner Metacognition in Health Professional Education. **Am J Pharm Educ.** [Online], v. 81, n. 4, p. 78, 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468716/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

PROZESKY, D. R. Teaching and learning. **Community Eye Health.**[Online], v. 13, n. 34, p. 30-31, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1764819/> / Acesso em 20 jun. 2020.

REIS, G. G.; SILVA, L. M. T.; EBOLI, M. T. A prática reflexiva e suas contribuições para a educação corporativa. **REGE**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 403-419, 2010.

RIBEIRO, C. Metacognição: Um Apoio ao Processo de Aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 109-116, 2003.

STEUBER, T. D. *et al.* Assessment of Learner Metacognition in a Professional Pharmacy Elective Course. **American Journal of Pharmaceutical Education** [Online], v. 81, n. 10, p. 6034, 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774189/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

VERMUNT, J. D.; DONCHE, V. A Learning Patterns Perspective on Student Learning in Higher Education: State of the Art and Moving Forward. **Educ Psychol Rev** [Online], v. 29, p. 269–299, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10648-017-9414-6>. Acesso em: 05 jun. 2020.

WELCH, P. *et al.* Metacognitive awareness and the link with undergraduate examination performance and clinical reasoning. **Med Ed Publish**, v. 7, n. 2, p. 32-49, 2018.

ZEICHNER, Z. M. Uma análise crítica sobre a “reflexão” como conceito estruturante na formação docente. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 29, n. 103, p. 535-554, 2008.

CAPÍTULO 4

ANDRAGOGIA E HEUTAGOGIA: A APRENDIZAGEM AUTODIRIGIDA DE ADULTOS

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa

As pedagogias ditas “emergentes” são a andragogia, a heutagogia e a paragogia, que visam construir o conhecimento. O radical grego *gogia* significa “guiar” ou “conduzir” alguém.

A andragogia é definida como o conjunto de estratégias para a facilitação da aprendizagem de adultos, distinguindo-se da “pedagogia”, orientada para a criança. A andragogia é praticada há muito tempo, mas ganhou força com o trabalho do educador Malcolm Knowles no início do século 20.

Trata-se de um termo que foi usado pela primeira vez por Alexander Kapp, em 1833, e depois expandido por Malcolm Knowles para atender às necessidades da educação de adultos. O conceito é contrastado com o da pedagogia, em que a criança é conduzida por meio do processo de

aprendizagem pelo professor. Na andragogia, a maior parte da aprendizagem é autodirigida e o professor é um facilitador nesse processo.

Vale salientar que a aprendizagem de adultos é um modelo, não se configurando, na verdade, como uma teoria de aprendizagem (BADYAL; SINGH, 2017). Por outro lado, não há completa concordância sobre o que constitui um “aluno adulto”, além do aspecto puramente cronológico.

Com isso em mente, os educadores em medicina precisam se perguntar se seu plano de ensino é consistente com as premissas subjacentes à aprendizagem de adultos. À medida que o aluno na educação profissional na saúde progride ao longo do período e fases de aprendizado - sendo ele um iniciante em uma gama mais ampla de competências durante a graduação e ou um residente proficientemente competente em áreas de especialização em seu período de pós-graduação -, passa de uma fase de baixo nível de maturidade para a autonomia plena como aprendiz, em que ele mesmo determina o que e como aprender.

Considerando que a pedagogia com alto grau de controle do professor corresponde à baixa maturidade do aprendiz, à medida que os aprendizes se tornam mais autônomos, os professores enfrentam o dilema sobre o

quanto precisam abandonar de seu poder e controle para fazer a transição do “sábio no palco” para o de “guia que caminha ao lado” (PORCIÚNCULA et al., 2011).

Os pressupostos da andragogia são aprendizado informal e cooperativo, aprendizes independentes, autodirecionados e intrinsecamente motivados, em contraponto à pedagogia, que pressupõe aprendizes dependentes e dirigidos pelo professor, avaliação externa (professores, provas) e aprendizes extrinsecamente motivados (VERMUTH; DONCHE, 2017).

Se a pedagogia é mais orientada para o conteúdo, a andragogia é mais orientada para o processo. Na andragogia, também se fala em conteúdo, mas a abordagem é mais autodirigida. É importante salientar que a literatura não encerrou o debate sobre pedagogia *versus* andragogia, no entanto ainda existem escassas evidências empíricas que apoiem a andragogia.

A andragogia se baseia em princípios básicos resumidos no quadro 1.

Quadro 1- Princípios básicos da andragogia

Necessidade do saber	Os adultos precisam saber as razões para aprender determinado conteúdo
Experiência	Experiência (incluindo o erro) fornece a base para atividades de aprendizagem; o acúmulo de grande quantidade de experiência é valioso para a aprendizagem
Autoconceito	Os adultos precisam ser responsáveis por suas decisões sobre educação; envolvimento no planejamento e avaliação de instruções
Prontidão	Os adultos estão mais interessados em aprender assuntos que tenham relevância imediata para o seu trabalho e/ou vida pessoal; adultos valorizam a aprendizagem que se integra às demandas de sua vida
Orientação	A aprendizagem de adultos é ativa, centrada em problemas e não em conteúdo; adultos se interessam por enfoques orientados por problemas, mais que em aspectos teóricos
Motivação	Os adultos respondem melhor a fatores motivadores internos que externos
Colaboração	Ênfase em atividades de grupo, onde o aprendizado ocorre por meio da interação e colaboração

Flexibilidade	Ambientes de aprendizagem flexíveis, abertos, em um processo dialético de ação-reflexão-ação
Conectividade digital	Uso de redes digitais para facilitar a interação e aprendizagem ativa, tanto síncrona quanto assíncrona

Fonte: Elaboração dos autores adaptada de Mendes et al. (2020).

As aplicações da andragogia nos cursos de graduação em saúde e nas residências médica e multidisciplinar podem ser exemplificadas pelas seguintes abordagens:

- Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP);
- Busca de solução de problemas clínicos relevantes para as experiências da vida real;
- Discussão baseada nas experiências dos estudantes trazidas para o grupo de aprendizagem; e
- Busca independente de informações sem solicitação do tutor.

A aplicação bem-sucedida da andragogia requer um ambiente de aprendizado motivado, onde os alunos autoavaliem e diagnosticam suas necessidades de aprendizado. As estratégias de ensino devem ser apropriadas ao estágio de aprendizagem do aluno e da

disciplina. Para o adulto, atividades de aprendizagem colaborativas, aprendizagem baseada em problemas, reflexão crítica, modelagem de papéis e *feedback* construtivo são estratégias importantes que permitem aos alunos adquirir a competência médica esperada.

O conceito de aprendizagem verdadeiramente autodeterminada, chamado heutagogia, e baseia-se na teoria humanista e nas abordagens da aprendizagem descritas nos anos 1950. Como um *continuum* a partir da andragogia, a heutagogia seria o estudo da autoaprendizagem e da aprendizagem autodeterminada propriamente ditas. Há autores que consideram a heutagogia como uma metodologia separada da andragogia, enquanto outros a veem como sua expansão (CHACKO, 2018).

Métodos heutagógicos de aprendizagem, que abordam as necessidades de aprendizagem autodirigida do aprendiz profissional autônomo, incluem a aprendizagem à distância e a utilização de tecnologias de comunicação. Contudo, a criação de currículos e os módulos de aprendizagem usados para Educação à Distância exigem um conjunto diferente de habilidades de ensino, pois o criador do módulo de aprendizagem e o seu facilitador precisam saber fornecer *feedbacks* imediatos e reconhecer que as

necessidades e os estilos desses alunos são diferentes (MENDES et al., 2019; CANTILLON et al., 2003; MISCH, 2002).

Há uma série de implicações da heutagogia para o ensino superior e a educação profissional. É preciso ter em mente que esta abordagem da aprendizagem de adultos é mais eficaz quando dirigida a alunos que já são profissionalmente qualificados e são automotivados e autodeterminados para melhorar a prática em virtude dos desafios e complexidades presentes no local de trabalho.

Neste aprendizado determinado, centrado no aluno, o “professor” assume o papel de facilitador, guia ou mentor, sugerindo ao aprendiz autônomo como o aprendizado desejado pode ocorrer. Se for necessária uma avaliação formal do aprendizado, essa avaliação poderá auxiliar na determinação de um aprendizado apropriado, tendo uma função diagnóstica e autoavaliativa para o estudante.

Por outro lado, a partir da andragogia, também em um *continuum*, temos o conceito de paragogia (*peeragogy* em inglês). Trata-se de uma coleção das melhores práticas de ensino entre pares, um conjunto de técnicas de aprendizagem e de trabalho colaborativos. Até o advento da internet e o acesso generalizado aos meios digitais, as

escolas mantiveram um monopólio sobre o ensino. Agora, com o acesso a recursos educacionais abertos e plataformas de comunicação, grupos de pessoas podem aprender juntos, fora ou dentro de instituições formais. Isso mudou o significado de “aprendizagem entre pares.”

Nesse sentido, já se registra na literatura educacional o termo “cybergogia”, como intenção de combinar fundamentos da pedagogia e da andragogia para chegar a uma nova abordagem da aprendizagem ao se concentrar em adultos a aprender, facilitando e possibilitando tecnologicamente o aprendizado autônomo e colaborativo centrado no aluno, em um ambiente virtual, tópico que será abordado no Capítulo 5.

Ainda que a andragogia tenha sido defendida por muitos educadores médicos na América do Norte, há controvérsias quanto à validade e utilidade dos princípios da educação de adultos, conforme foi defendido pelo seu fundador, Malcolm Knowles. Qualquer que seja a utilidade da doutrina andragógica nos ambientes de educação geral, houve poucas discussões sobre a aplicação da teoria da aprendizagem de adultos à educação na saúde.

O último princípio da andragogia, segundo Malcolm Knowles, sustenta que os alunos adultos são mais motivados

por fatores internos que externos. No entanto, conforme Misch (2002), a motivação interna e externa dos estudantes de medicina depende do contexto, e não é facilmente distinguível, relacionando-se de maneira complexa, como foi abordado no capítulo 2 deste livro. Além disso, a motivação psicológica para o aprendizado do estudante de medicina é determinada por uma variedade de fatores que vão do interno ao externo, do inconsciente ao consciente e do individual ao social. Por isso, a hipótese de haver um aumento da motivação interna para aprender por parte dos adultos em geral, e dos estudantes de medicina e médicos residentes em particular, pode ser considerada simplista (CANTILLON et al., 2003). Contudo, a percepção dos alunos sobre a relevância do que a eles está sendo ensinado é um vital motivador para a aprendizagem.

Portanto, a andragogia não é isenta de críticas, e até mesmo o próprio Malcolm Knowles reconheceu que os seus princípios também podem ser aplicados a crianças. É evidente que, quando o aprendente atinge a idade adulta, o processo educativo deve se deslocar para um sistema mais orientado para o aprendiz. No final, durante o treinamento do adulto, o processo de aprendizado é um projeto de equipe, em que as informações podem ser trocadas entre o

instrutor e os treinandos. Após o treinamento, ainda é responsabilidade dos aprendentes a busca por um aprendizado efetivo e independente, além de continuado, para se manterem atualizados em relação aos avanços da área médica. Se estes conceitos forem aplicados de forma eficaz durante o treinamento, o processo ajudará os estudantes a se tornarem aprendentes mais efetivos por toda a vida.

A aprendizagem autorregulada envolve o uso de novas tecnologias em um mundo globalizado, a aprendizagem autônoma e a autoavaliação. Ainda que o adulto precise receber várias formas de *feedback* do instrutor como facilitador, a colaboração de seus pares em discussões em equipe leva o aluno a ponderar, a se perguntar e a inquirir os outros, e a questionar a realidade vivenciada. A discussão entre os membros do grupo com mediação do professor facilitador resulta em menos resistência à aceitação de novas informações organizadas, além de proporcionar condições mais confortáveis de aprendizagem.

Essa aprendizagem reflexiva com base na andragogia, em ambientes de práticas ou inseridas nas vivências dos alunos, é muito importante para a educação de profissionais

da saúde. Professores e alunos podem refletir sobre o que é importante em relação ao futuro e seus efeitos na carreira, especialmente hoje, quando a informação é apenas relativa, em virtude das constantes atualizações e pesquisas. Como o campo da saúde muda incessantemente, uma abordagem reflexiva do aprendizado é essencial para condicionar o aluno a estar sempre em busca de novos conhecimentos.

Considerações Finais

Quanto mais se lê sobre educação médica, mais se percebe que existem muitas maneiras diferentes de explicar como os adultos aprendem. Nenhuma das teorias individuais abordadas no Capítulo 2 deste trabalho explica completamente o que acontece quando um aspirante a profissional de saúde está envolvido no aprendizado.

Embora ainda haja carência de estudos empíricos sobre os fundamentos andragógicos, a aplicação da andragogia na área da educação médica poderá enriquecer a experiência dos estudantes em relação ao diagnóstico das próprias necessidades, adquirindo conhecimentos, habilidades e atitudes apropriadas. Várias estratégias, como a aprendizagem baseada em problemas, reflexão crítica, modelagem de papéis e *feedback* construtivo podem ser

usadas para melhorar o desempenho dos alunos (MENDES et al., 2019).

No início da aplicação das ferramentas de aprendizagem de adultos, está claro que elas não são apenas metacognitivas, para "aprender por aprender", devendo ser adquiridas antes da educação de pós-graduação, embora qualquer reforço desses princípios seja desejável. É necessário enfocar um programa educacional que habilite adultos que precisam alcançar um produto de trabalho com sério impacto na vida das pessoas e que pode causar importantes danos se executado incorretamente. As ferramentas para essa experiência de aprendizado devem permitir, de forma flexível, que o aluno adulto aplique seu(s) método(s) de aprendizagem individual(s) preferido(s), para que ele permaneça útil e produtivo por muitos anos de carreira no campo da saúde.

Quando se considera a educação na saúde em particular, é importante lembrar que, em algumas situações formativas, os alunos já concluíram o curso universitário e, em outras, vêm diretamente do Ensino Médio. A educação médica também inclui estudos de pós-graduação e educação continuada. Por outro lado, cada aluno terá suas próprias experiências, preferências individuais e limitações, e a tarefa

do educador é fornecer ambiente e recursos de modo a que cada um possa progredir.

Os educadores da área da saúde devem identificar estratégias facilitadoras inovadoras e se esforçar para alcançar um desenvolvimento holístico dos alunos, com a competência ambicionada e alto grau de profissionalismo. A teoria da aprendizagem de adultos pressupõe que os adultos aprendem melhor em um ambiente colaborativo e baseado em problemas, em que haja mais igualdade entre o professor e o aluno.

Misturar os princípios das principais teorias da aprendizagem com a melhor compreensão atual de como a andragogia pode fazer combinações de concepções complementares pode representar uma contribuição valiosa para a aprendizagem, mas não deveria haver uma adesão total a nenhuma teoria em particular.

Os médicos, como professores, em grande parte sem formação específica em educação, precisam adotar as partes práticas das teorias da aprendizagem, combinando as abordagens teóricas, para construir um melhor resultado educacional, valendo-se da base na qual muitos pensadores trabalharam para desenvolver a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes no último século.

Independentemente da terminologia, a realidade é que a aprendizagem envolve os três constructos teóricos mencionados, a pedagogia, a andragogia e a heutagogia.

Referências

BADYAL, D. K.; SINGH, T. Learning Theories: The Basics to Learn in Medical Education. **Int J Appl Basic Med Res**. [Online], v. 7, Suppl 1, p. S1-S3, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769162/>. Acesso em: 05 jun 2020.

CANTILLON, P.; HUTCHINSON, L.; WOOD, D. **ABC of learning and teaching in medicine**. London: BMJ Publishing Group, 2003. Disponível em: <https://ust.edu/usty/images/tlc/ABC-LTM.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

CHACKO, T. V. Emerging pedagogies for effective adult learning: From andragogy to heutagogia. **Arch Med Health Sci** [Online], v. 6, p. 278-83, 2018. Disponível em: <http://www.amhsjournal.org/article.asp?issn=2321-4848;year=2018;volume=6;issue=2;spage=278;epage=283;aulast=Chacko>. Acesso em: 05 jun 2020.

MISCH, D. A. Andragogy and medical education: are medical students internally motivated to learn? **Adv Health Sci Educ Theory Pract**. [Online], v. 7, n. 2, p. 153-60, 2002. Disponível em [parcial]: <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1015790318032>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MENDES, M. *et al.* Andragogia, Métodos e Didática do Ensino Superior. **Gestão & Saúde** [Online], v. 3, n. 1, p. 1366-77, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/165> . Acesso em: 5 jun. 2020.

PORCIÚNCULA, E.; OLIVEIRA, E.; CRUZ, F. Prática pedagógica em EAD. **Revista FGV** [Online], v. 1, n. 1, p. 60-75, 2011. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/revfgvonline/article/view/19859/18610>. Acesso em: 27 set. 2019.

CAPÍTULO 5

CONECTIVISMO E OS DESAFIOS DA APRENDIZAGEM À DISTÂNCIA

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa

A evolução da tecnologia levou a uma reorganização do modo como as pessoas vivem, como se comunicam e como aprendem. Assim, as novas mediações mudam a nossa visão de educação e, de modo determinante, alteram a própria comunicação.

As escolas de nível superior têm se preparado para um novo espaço virtual, o ciberespaço, para responder às novas demandas sociais (FLORES; ESCOLA, 2019). A aprendizagem não se encontra mais delimitada pela sala de aula, transcendendo para outros ambientes. Esta complexidade representa um desafio para o professor na gestão e desenvolvimento de atividades na modalidade de Educação a Distância (EaD).

Entre as ferramentas da EaD, destaca-se o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), cuja principal característica é a comunicação em rede entre participantes por meio da

internet, propiciando a construção do conhecimento e a formação de comunidades virtuais.

O AVA está voltado ao desenvolvimento de condições, estratégias e intervenções de aprendizagem em espaço virtual na internet, organizado de tal forma que propicie a construção de conceitos, por meio da interação entre alunos, professores e objeto de conhecimento. Importa destacar que um AVA não precisa ser uma plataforma restrita à EaD. Embora frequentemente associado a ela, na prática o ambiente virtual cada vez mais tem sido utilizado como suporte à aprendizagem presencial.

Assim, muitas instituições incluem em seus currículos disciplinas que contam com um ambiente virtual como apoio aos estudos presenciais, de tal maneira que, mesmo estando fora da sala de aula presencial, os estudantes podem acessar orientações e intervenções pedagógicas como forma de mediar o processo educativo com os colegas e o professor. Como em qualquer modalidade de aprendizado, as necessidades e a experiência dos alunos devem ser preponderantemente levadas em consideração.

Novas informações estão constantemente sendo adquiridas quando os princípios da EaD são aplicados, o que tem sido chamado de conectivismo. Por ser nova, essa

modalidade educativa evidencia que é na versatilidade das salas de aula virtuais que se decifram os enigmas do processo de educação à distância, não linear, convivendo-se com a diversidade cultural dos alunos e adaptando-se às constantes inovações, potencialidades e limitações.

Os fundamentos teóricos do conectivismo, no entanto, ainda não são claros, tendo sido definidos por seu criador, George Siemens (SIEMENS, 2004), que o considera “uma teoria da aprendizagem para a era digital” (CORBETT; SPINELLO, 2020). Ele opôs o conectivismo às teorias tradicionais de aprendizagem, em face de novas e revolucionárias tecnologias que afetam a pesquisa, a pesquisa, o ensino e o aprendizado, além de vários outros aspectos da vida cotidiana.

Embora o conectivismo ainda não seja considerado uma nova teoria de aprendizagem, esta concepção surgiu no campo da aprendizagem *on-line* nos últimos 20 anos como uma integração de princípios explorados por outras teorias, como o construtivismo social e outras teorias mais modernas, como a teoria das redes. O conectivismo pressupõe que a informação é abundante e que o papel do aluno não é memorizar ou mesmo entender tudo, mas ter a capacidade de encontrar e aplicar o conhecimento

desenvolvido quando e onde for necessário (ANDERSON; DRON, 2011).

As formas como os estudantes da era digital aprendem são diferentes e os professores precisam utilizar uma linguagem nova para facilitar sua aprendizagem em uma era na qual o excesso de informação predomina, sendo preciso levar o estudante a construir o seu saber, para que vá além dos fatos e informações (SCHELLER; LAHM, 2014). O conjunto de atividades, estratégias e intervenções que leva os aprendentes a interagirem e a construírem juntos é o que há de mais característico aos ambientes virtuais de aprendizagem.

Assim, a aprendizagem pode ocorrer por meio de conexões que se fazem tanto com pessoas, quanto com equipamentos eletrônicos e/ou bancos de dados, como um esforço de grupo em redes de conhecimento sociais e digitais (CORBETT; SPINELLO, 2020), de grande valor para a aprendizagem (COELHO; DUTRA, 2018). No conectivismo, o conhecimento estaria distribuído em uma rede de conexões e, desse modo, a aprendizagem consistiria na capacidade de construir essas redes e circular nelas, desenvolvendo, paralelamente a capacidade de partilhar. No campo da psicologia, essa conexão se relaciona com a sociabilidade e a

relação, enquanto no conectivismo, o conhecimento decorre de conexões em rede *on-line* de pessoas e computadores.

A denominação educação “à distância” leva a pensar em distância geográfica e isolamento social. Os alunos virtuais podem sentir uma interação social empobrecida com seus colegas remotos. No entanto, a EaD é uma modalidade de educação que possibilita uma interação mediante o uso de meios tecnológicos. Apesar de os tutores e demais envolvidos nessa modalidade estarem “do outro lado”, sendo visualizados em imagens estáticas, estão comprometidos no ato de orientar esses alunos distantes fisicamente. Esse isolamento social é um fator que contribui para os problemas de retenção na educação *on-line*, e que podem ser minimizados pelo uso de videoconferências síncronas para aumentar os níveis de envolvimento (SUN et al., 2019).

Tal isolamento social não é compatível com a fundamentação teórica proposta para a modalidade de EaD, que é de natureza socioconstrutivista. Embora as teorias de aprendizagem sejam diversificadas, como apresentado anteriormente no Capítulo 2, o aprendizado na EaD se dá dentro de uma perspectiva de interação entre alunos e professores para o desenvolvimento e construção do

conhecimento, com ênfase na comunicação e na troca de ideias. Quanto mais próximos os vínculos comunicacionais entre as pessoas envolvidas, maior o maior o nível de envolvimento e conectividade nas atividades de aprendizagem.

Os alunos envolvidos na EaD, embora possuam seu processo interno de mudanças, conseguirão obter uma aprendizagem significativa, segundo a ideia de David Ausubel, quando aprendem refletindo sobre suas próprias experiências profissionais, e quando o fazem juntamente com outras pessoas, em discussões de um processo de aprendizado colaborativo, construindo a partir do que o aprendiz já sabe, ou seja, o conhecimento prévio (DISTER, 2015).

Nesse sentido, o simples emprego de AVA não produz por si mesmo uma renúncia ao modelo pedagógico do tipo instrucionista. Assim é imprescindível que haja construção do conhecimento pelos próprios aprendizes e a formação de comunidades que sejam ao mesmo tempo heterogêneas e colaborativas, para que o AVA não reproduza a forma de ensino tradicional em um meio virtual (SCHNEIDER; SANTOS, 2014).

Dois aspectos são prontamente manifestos nessa construção, a saber, que a discussão entre indivíduos aumentará a quantidade de conhecimento prático e que determinados conhecimentos não são compreendidos até que se converse com outras pessoas com um conhecimento ou entendimento diferente. Disso resulta que, quanto mais diversificada for a participação de um grupo de aprendizagem, maior a probabilidade de os indivíduos do grupo aprenderem (TAYLOR; HAMDY, 2013).

Os alunos virtuais são, ou podem passar a ser, pessoas que pensam criticamente, e eles próprios são responsáveis pelo processo de aprendizagem, enquanto o professor atua como facilitador (PALLOFF; PRATT, 2004). Esta pode ser uma experiência transformadora, e o compartilhamento de reflexões não apenas transforma o aluno individualmente, mas também o grupo e o professor. Se os recursos utilizados *on-line* o foram apenas para transmitir informações aos alunos, não se poderá considerar que a sala de aula na plataforma virtual de aprendizagem é uma comunidade de aprendizagem.

Sempre haverá "variáveis desconhecidas" nesse processo, mas os professores podem ajudar os alunos a se ajustarem às novas ferramentas por meio da escolha de

tarefas e recursos, além dos *feedbacks* oportunos. Nesse sentido, a atuação do tutor baseia-se em ter, além de capacidades pessoais e técnicas, consciência sobre a modalidade de educação em que atua.

Além disso, é necessário saber utilizar as tecnologias de informação e comunicação para desenvolver as competências dos alunos e gerar conectividade e aprendizagem colaborativa no grupo. É o entendimento sobre a estrutura e a dinâmica do material de apoio a ser utilizado que melhor orientará o tutor no processo de aprendizagem dos alunos, auxiliando nas dificuldades que aparecem (SCHLOSSER, 2010).

Clarà e Barberà (2014) criticam o conectivismo por subestimar as relações humanas e as reduzir a meras conexões entre as pessoas. Como afirma Giolo (2008), muitas pessoas não se adaptam facilmente, pois as pessoas necessitam de interações diretas com a presença do outro. Além disso, as primeiras interações vivenciadas nos cursos na modalidade EaD necessitam de uma apropriação das ferramentas do ambiente, utilizadas na mediação do curso (LEITE, 2016).

Nesse sentido, a autonomia do aluno seria construída socialmente, pois ela não é apenas autodidatismo. Quando

uma pessoa aprende algo, interioriza o conceito e se torna capaz de resolver outras atividades que envolvem esse conceito, implicando autonomia nesse aspecto. Mas se ela ainda não está capacitada para realizar determinadas tarefas ou resolver problemas relativos ao conceito, então precisará de ajuda (SLOCZINSKI; SANTAROSA, 2010).

Um aprendiz conectivista precisa ser autônomo para poder aprender de forma independente, longe das instituições educacionais, e se engajar para agregar, criar e compartilhar atividades (KOP; HILL, 2008). Enquanto em um ambiente tradicional de sala de aula, o educador é responsável por fornecer informações, organizar o tempo e estruturar as atividades e os objetivos de aprendizagem, em um ambiente virtual é o aluno que se encarrega desse processo.

A EaD possibilita que os aprendentes imprimam um ritmo próprio de estudo, segundo o que lhes for mais conveniente, porque controlam vários aspectos de seu aprendizado, como tempo e o ritmo dos estudos (COLLINS, 2008). Porém, eles só conseguirão avançar no de acordo com seu o grau de maturidade, interesse e conhecimento prévio que detêm sobre determinado objeto de estudo.

Assim, os alunos que vão participar de cursos on-line precisam ser capazes de entender como funcionam as plataformas virtuais de aprendizagem. Deve-se questionar se todos os alunos adultos são capazes de fazê-lo. Nesse sentido, é necessário que haja autogestão desse conhecimento pelos alunos e de sua aptidão para se incumbir da própria aprendizagem, como abordado no Capítulo 3 do presente trabalho.

Para os alunos que são iniciantes no ambiente virtual de aprendizagem, um dos maiores desafios é ter foco. O fato de eles poderem acessar as aulas de qualquer lugar tem a conveniência da comodidade, mas exige que tenham comprometimento e disciplina. A aprendizagem *on-line* não é a maneira mais leve e fácil de fazer um curso, e se estima que os alunos necessitem de 12 a 15 horas semanais de dedicação aos estudos (PALLOFF; PRATT, 2004).

Uma vez alcançada essa autogestão do conhecimento por parte dos alunos, espera-se que eles construam colaborativamente novos significados a partir de problemas ou situações da prática real. Estes são postos à discussão na comunidade, onde serão buscadas soluções ou uma nova proposição pelos alunos, por meio do pensamento

crítico-reflexivo e com troca e conexão de ideias (COLLINS, 2008).

No Brasil, o Ministério da Educação, desde 2004, por meio da Portaria nº 4.059 (BRASIL, 2004), revogada com nova redação em 2016 (BRASIL, 2016), tem estimulado a introdução de disciplinas na modalidade semipresencial na organização pedagógica e curricular dos cursos superiores, mediante o uso de recursos tecnológicos que possibilitam o ambiente virtual da sala de aulas.

O Decreto nº 2.494, de 10-2-1998 (BRASIL, 1998) define EaD como

[...] uma forma de ensino que possibilita a autoaprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação.

O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) - *Open Source Moodle (Modular Object Oriented Distance Learning)*, ou Moodle, acrônimo em inglês para “ambiente modular de aprendizagem dinâmica orientada a objetos”, é uma plataforma de aprendizagem à distância que proporciona

um ambiente colaborativo de aprendizagem, com ações educativas compartilhadas por meio da tecnologia, onde os participantes desenvolvem um processo de aprendizado colaborativo.

Há diversos *softwares* gerenciamento de aprendizado para cursos on-line, que fornecem uma estrutura mediante a qual o conteúdo dos cursos é entregue e gerenciado, porém o Moodle tem código aberto, sendo suportado por uma comunidade global de desenvolvedores e altamente configurável.

O Moodle é a AVA empregada nas atividades EaD do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), cuja disciplina intitulada Educação na Saúde, foi a principal fonte de inspiração para a preparação deste livro.

Atualmente, para a terceira turma do PROFSAUDE, foi publicada a Norma Nacional para o Moodle e as Orientações para a Configuração do Moodle PROFSAÚDE (2020), voltada às Instituições de Ensino Superior ofertantes do curso, com organização da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) - UNA-SUS/UFCSPA e UNA-SUS da Universidade Federal de Pelotas/UFpel, onde foram elaborados os materiais educacionais que compõem as

disciplinas dos dois semestres iniciais do curso (SOUZA et al., 2020).

A interface deste sistema utilizado na nossa instituição (UFPB Virtual) é apresentada em uma página do navegador, onde é disponibilizado o conteúdo do curso. A página inicial do Moodle do PROFSAUDE está hospedada na da UFPB virtual como Moodle PEX 2020, Ambiente de Aprendizagem para Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão (Figura 1).

Figura 1 – Interface do Moodle do PROFSAUDE (página inicial - UFPB Virtual)



Fonte: Moodle PROFSAUDE – conteúdo elaborado pelas UNASUS/UFCSPA e UNASUS UFPel – hospedado na UFPB Virtual, 2020 - <<http://pex.uead.ufpb.br/>>

No ambiente Moodle, trabalha-se com uma perspectiva dinâmica da aprendizagem, que inclui a pedagogia construtivista e as ações colaborativas, com a mediação do tutor. Entretanto, o simples uso das tecnologias avançadas não garante um ensino de qualidade; as estratégias de ensino devem incorporar novas formas de comunicação e o potencial de informação da internet (SOUSA 2014). O Moodle pode ser usado para complementar cursos presenciais de metodologia híbrida de ensino ou para hospedar cursos inteiramente *on-line*.

O Moodle contém vários recursos de *design* e funcionalidade que permitem que os instrutores e alunos participem, interajam, colaborem e experimentem o aprendizado *on-line*. Portanto, a aprendizagem na AVA é colaborativa pois os alunos trabalham em conjunto, produzindo conhecimento (RAMOS, 2007). A construção coletiva ajuda o aluno a desenvolver o seu potencial e a expandir sua linha de raciocínio para novas vertentes.

Nessa perspectiva, é preciso identificar as necessidades dos alunos, dispor de suporte local eficaz, combinar componentes ensinados convencionalmente com o uso de recursos multimídia atualizados (CANTILLON et al., 2003). O Sistema de Gerenciamento do Moodle pode

fornecer um conjunto de ferramentas para criar e gerenciar cursos, conteúdos e materiais didáticos, acompanhar a frequência dos alunos e o seu desempenho por meio de testes, assim como administrar questionários e tarefas, assim como *chats* e fóruns *on-line* de interação entre alunos e professores.

Considerações Finais

O conectivismo é caracterizado como uma abordagem socioconstrutivista de ensino e aprendizagem da era digital, em que o conhecimento é distribuído por uma rede de conexões. Portanto, a aprendizagem conectivista consiste na capacidade de construir e atravessar essas redes. A colaboração pela qual os membros de um grupo se ajudam coletivamente a alcançar um objetivo preestabelecido é um conceito-chave nessa concepção.

Nesse contexto, a aprendizagem conectivista necessita ser autodirigida e em redes on-line, em que comunicação e recursos tecnológicos podem ser combinados para criar ambientes eficazes de aprendizado. No entanto, este meio de ensino e aprendizagem à distância só será eficaz como modalidade educativa se possibilitar aos

estudantes o desenvolvimento de habilidades para construir seus próprios por meio da conectividade.

Essa modalidade de educação oferece amplas oportunidades para aprendizado e acesso a uma vasta quantidade de informação e conhecimento, sendo o papel dos professores assegurar que o ambiente de aprendizagem fornecido leve em consideração as necessidades dos alunos e que eles sejam efetivamente preparados e apoiados.

No aprendizado *on-line* há barreiras que podem prejudicar o aprendizado, como a falta de literacia crítica na rede, ausência de autonomia do aluno e pouca interação social entre os integrantes de uma comunidade virtual. É imprescindível que haja comunicação e interação entre as pessoas.

O desafio de estabelecer o ensino à distância como um complemento viável, ou até mesmo um substituto da sala de aula convencional, permite um aprendizado flexível e individualizado, em que os alunos podem escolher o que eles gostariam de focar com base na percepção de suas necessidades de aprendizado. Para aqueles que são capazes, ou pelo menos desejam, auto-regular sua aprendizagem, pode ser uma grande oportunidade de desenvolvimento.

A plataforma Moodle, empregada nas atividades on-line do PROFSAUDE, trabalha com uma perspectiva dinâmica da aprendizagem, com a mediação de um tutor. Torna-se claro que os alunos que vão participar de cursos nessas redes de informação precisam ser capazes de entender como funcionam as plataformas virtuais de aprendizagem. Deve-se questionar se todos os alunos adultos são capazes de fazê-lo.

Referências

ANDERSON, T.; DRON, J. Three generations of distance education pedagogy. **Int. Rev. Res. Open Distance Learn** [Online] v. 12, n. 3, p. 80–97, 2011. Disponível em: <https://www.erudit.org/en/journals/irrodl/2011-v12-n3-irrodl05132/1067616ar.pdf>. Acesso em: 07. Jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto n. 2.494**, de 10 de fevereiro de 1998. Regulamenta o art. 80 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 11 fev. 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Nº 4.059**, de 10 de dezembro de 2004. Aprova a introdução de carga horária semipresencial nos cursos presenciais. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 10 dez. 2004

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Nº 1.134**, de 10 de outubro de 2016. Revoga a Portaria MEC nº 4.059, de 10 de dezembro de 2004, e estabelece nova redação para o

tema. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 10 out. 2016

CANTILLON, P.; HUTCHINSON, L.; WOOD, D. **ABC of learning and teaching in medicine**. London: BMJ Publishing Group, 2003. Disponível em: <https://ust.edu/usty/images/tlc/ABC-LTM.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019

CLARÀ, M.; BARBERÀ, E. Three problems with the connectivist conception of learning. **Journal of Computer Assisted Learning** [Online], v. 30, n. 3, p. 197-206, 2014. (OpenAccess indisponível).

COELHO, M. A.; DUTRA, L. Behaviorismo, cognitivismo e construtivismo: confronto entre teorias remotas com a teoria conectivista. **Caderno de Educação**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 51-76, 2018.

COLLINS, H. Distance learning, autonomy development and language: discussing possible connections. **DELTA, São Paulo** [Online], v. 24, n. spe, p. 529-550, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44502008000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jun. 2020.

CORBETT, F.; SPINELLO, E. Connectivism and leadership: harnessing a learning theory for the digital age to redefine leadership in the twenty-first century. *Heliyon* [On-line] v. 6, n. 1, e03250. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6971348/>. Acesso em: 07 jun. 2020.

DISTLER, R. R. Contribuições de David Ausubel para a intervenção psicopedagógica. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 32, n. 98, p. 191-199, 2015.

FLORES, P. Q.; ESCOLA, J. Interactividade: Uma Nova Modalidade Comunicacional. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INFORMÁTICA EDUCATIVA, 9., Porto, 2007. **Anais...** Porto: IPPorto, 2007. p. 235-240. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/47141137.pdf>. Acesso em: 26 set 2019.

GILOLO, J. A educação a distância e a formação de professores. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 29, n. 105, p. 1211-1234, 2008.

KOP, R.; HILL, A. Connectivism: Learning theory of the future or vestige of the past? **The International Review of Research in Open and Distance Learning** [Online], v. 9, n. 3, p. 1-13, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26544860_Connectivism_Learning_Theory_of_the_Future_or_Vestige_of_the_Past/link/57c19d1c08aeda1ec38cf259/download. Acesso em: 06 jun. 2020.

LEITE, M. T. M. **O ambiente virtual de aprendizagem Moodle na prática docente**: conteúdos pedagógicos. São Paulo: Laboratório de Educação a Distância, UNIFESP, 2016. Disponível em: http://www.pucrs.br/ciencias/viali/tic_literatura/artigos/ava/textomoodlevirtual.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

PALLOFF, R. M.; PRATT, K. **O aluno virtual**: Um Guia para Trabalhar com Estudantes On-line. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, D. K. Estratégias e avaliação de atividades colaborativas apoiadas por computadores. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 1, n. 3, p. 1-18, 2007.

SCHELLER, M.; LAHM, R. A. Aprendizagem no Contexto das Tecnologias: Uma Reflexão para os Dias Atuais. **CINTED - Novas Tecnologias na Educação**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 1-11, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/renote/article/download/53513/33029>. Acesso em: 26 set. 2019.

SCHLOSSER, R. L. A Atuação dos Tutores nos Cursos de Educação à Distância. **Colabor@ - Revista Digital da CVA** [Online], v. 6, n. 22, s.p, 2010. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/226069002/128-441-1-PB>. Acesso em: 27 set. 2019.

SCHNEIDER H. N.; SANTOS, C. L. A (In)adequação Do Moodle como Plataforma à Aprendizagem Baseada em Projetos. **Int. J. Knowl. Eng. Manag** [Online], v.3, n.6, p. 89-117, 2014. Disponível em: www.encurtador.com.br/ouG67. Acesso em: 20 jun. 2020.

SIEMENS, G. **Uma Teoria de Aprendizagem para a Idade Digital**. 2004. Disponível em: <http://usuarios.upf.br/~teixeira/livros/conectivismo%5Bsiemens%5D.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

SOUZA A. C.; FASSA, A. G.; TEIXEIRA, C. P. (Org.) Mestrado Profissional em Saúde da Família. **Turma Multiprofissional: Norma Nacional para o Moodle**. Rio de Janeiro: Fiocruz / Abrasco / PROFSAÚDE, 2020. [Online]

Disponível em: http://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/norma_nacional_para_o_moodle.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

SOUSA, F. A. Interatividade no Fórum: possibilidade de aprendizagem colaborativa. **Revista: EaD & Tecnologias Digitais na Educação**, Dourados(MS), v. 2, n. 3, p. 75-85, 2014.

SUN, N.; WANG, X.; ROSSON, M. B. **How Do Distance Learners Connect? Shared Identity, Focused Work and Future Possibilities**. In CHI Conference on Human Factors in Computing Systems Proceedings (CHI 2019), 2019, Glasgow, Scotland UK. ACM, New York, NY, USA, 12 pages. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330450065_How_Do_Distance_Learners_Connect_Shared_Identity_Focused_Work_and_Future_Possibilities. Acesso em: 06 jun. 2020.

TAYLOR, D. C. M.; HAMDY, H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. **Medical Teacher** [Online], v. 35, n. 11, e1561-e1572, 2013.

CAPÍTULO 6

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa

Retomando o que foi abordado nos capítulos 1 e 2, reafirma-se, a título de introdução deste capítulo, que a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada na pedagogia tradicional. Esta se baseia no uso de metodologias conservadoras, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, reducionista, com reprodução do conhecimento, em que o docente assume um papel de transmissor de conteúdo, enquanto o discente os retém e repete - em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora) -, tornando-se mero espectador, sem a necessária crítica e reflexão (MITRE et al., 2008).

Em contraposição ao método tradicional, em que os estudantes têm postura passiva de recepção de teorias, o método ativo propõe o movimento inverso, ou seja, eles passam a ser compreendidos como sujeitos históricos e, portanto, a assumir um papel ativo na aprendizagem, posto

que têm suas experiências, saberes e opiniões valorizadas como ponto de partida para a construção do conhecimento.

Com base nesse entendimento, o método ativo é um processo que visa estimular a autoaprendizagem e a curiosidade do estudante para pesquisar, refletir e analisar possíveis situações para tomada de decisão, sendo o professor apenas o facilitador deste processo. Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais de ensino de graduação em medicina (BRASIL, 2014), as metodologias ativas implicam o uso de alguns métodos, técnicas e procedimentos que envolvem o aluno no processo de aprendizagem, visando desenvolver o pensamento crítico, estimular a criatividade, desenvolver um interesse na aprendizagem, no sentido de torná-lo participante ativo no processo de formação.

A opção por um método ou outro também está em uma estreita relação com a personalidade do professor e o nível de preparação, predisposição e estilos de aprendizagem dos grupos de estudantes com os quais é trabalhado (PREVEDELLO et al. 2017). O desafio, na verdade, é definir a educação de qualidade de maneira significativa e contextualmente relevante.

No Brasil, várias escolas médicas vêm sendo desafiadas a adotar metodologias ativas de ensino que incluam, em seus ambientes de aprendizagem, práticas pedagógicas inovadoras e integradoras (MAUÉS et al., 2018). O modelo de aprendizagem que fundamenta as necessidades da atualidade não é mais o modelo tradicional, em que se acreditava que o aluno deveria receber informação pronta tendo como única tarefa repeti-las. (AMORIM; ARAÚJO, 2013).

A verdadeira aprendizagem, chamada de “significativa” pelo psicólogo estadunidense David Ausubel, se dá quando o aluno (re)constrói o conhecimento e forma conceitos sobre o mundo, possibilitando-o agir e reagir diante da realidade, e um novo conteúdo é agregado às estruturas do seu conhecimento, oferecendo-lhe um significado baseado em seu conhecimento anterior (PONTES NETO, 2006).

A aprendizagem ativa é geralmente definida como qualquer método instrucional que envolve os alunos no processo de aprendizagem. Em resumo, aprendizado ativo requer que os alunos façam atividades de aprendizagem significativas e pensem sobre o que estão fazendo (PRINCE, 2004).

Entretanto, este aprendizado ativo não é uma ideia nova, remontando, pelo menos, ao filósofo grego Sócrates (DELIĆ; BEĆIROVIĆ, 2016). Diesel et al. (2017) destacam que o primeiro indício do uso de métodos ativos na modernidade se encontra na obra *Emílio* ou *Da Educação*, de Jean Jacques Rousseau, tido como o primeiro tratado sobre filosofia da educação do mundo ocidental, na qual a experiência do aluno ganha destaque, em detrimento da teoria. Esta obra obteve grande êxito na área da pedagogia e representou um ponto de partida para as teorias dos grandes educadores dos séculos 19 e 20.

A aprendizagem ativa recebeu uma grande ênfase entre os educadores progressistas no século 20, como John Dewey, na construção metodológica da Escola Nova, em que a atividade e o interesse do aprendiz passaram a ser valorizados, e não somente os do professor. Assim, Dewey influenciou fortemente essa ideia ao defender que a aprendizagem ocorre pela ação, colocando o estudante no centro dos processos de ensino-aprendizagem, como mencionado no Capítulo 1 deste livro.

Nas últimas décadas, o aprendizado ativo vem recebendo considerável atenção. Muitas vezes apresentado ou percebido como uma mudança radical da instrução

tradicional, o t3pico frequentemente polarizou desencadeou controv3rsias. O termo “aprendizado ativo” e a ideia de aprendizado “centrado no aluno” (ao inv3s de “centrado no professor”) tornaram-se temas proeminentes, de grande interesse entre os educadores durante no final dos anos 1970 e in3cio dos anos 1980. Desde ent3o, um n3mero crescente de professores, pesquisadores educacionais, pedagogos e psic3logos cognitivistas t3m demonstrado interesse continuado em desenvolver, propagar e avaliar modelos de ensino e aprendizagem que proporcionem maiores oportunidades de participa3o, explora3o e colabora3o dos aprendizes (CARABETTA J3NIOR, 2016).

No Brasil, para reformadores educacionais como Paulo Freire, os m3todos proeminentes de ensino tradicional na sua 3poca fundavam-se no que descreveu como um “modelo banc3rio”. Nesse modelo, os professores se comportavam como se a informa3o pudesse ser transmitida diretamente de especialistas a ne3fitos, que passivamente recebiam o conte3do das aulas, depositados pelo docente, arquivando-os ou memorizando-os para retirada posterior, em uma analogia 3s opera3es de um banco.

Meio século após sua publicação, a obra *Pedagogia do Oprimido*, de Paulo Freire, continua sendo uma força vital na educação contemporânea (DEARFIELD et al., 2017; CHIARELLA et al., 2015) - como foi abordado no capítulo 2 do presente livro. No coração do trabalho de Paulo Freire está uma proposta de educação como *prática da liberdade*, que desenvolve *consciência crítica* entre seus aprendizes (FREIRE, 1980). Isso significa rejeitar a memorização mecânica característica das abordagens convencionais, adotando uma educação para a solução de problemas, que pede aos estudantes que se envolvam em investigação autodirigida.

Para este fim, Paulo Freire preconiza a existência de ambientes de aprendizagem que derrubam hierarquias tradicionais, onde alunos e professores "ensinam uns aos outros, mediados pelo mundo" (FREIRE, 1980, p. 100). Segundo o educador, considerado o Patrono da Educação no Brasil, essa reconfiguração igualitária ajuda os alunos a dissiparem a percepção de que estão isolados de suas comunidades, ou são incapazes de efetuar mudanças; em vez disso, os estudantes passam a ver a si mesmos como agentes capazes de aprendizado e ação, mantendo uma parcela de responsabilidade pelo destino de suas comunidades.

Nesse sentido, os alunos deveriam ser orientados a interrogar os aspectos sobrepostos de sua identidade que moldam sua passagem pelo mundo, e a educação médica tem sido encarregada de socializar tacitamente os estudantes para enfatizar a responsabilidade pessoal dos pacientes por problemas de saúde, sem reconhecer contextos que moldam suas escolhas. Porém, a implementação da "Pedagogia do Oprimido" pode ter seus próprios desafios quando se trata de um grupo social mais privilegiado como médicos residentes e estudantes de medicina. No entanto, ao pedir a estes alunos que pensem criticamente sobre os padrões sociais de exclusão profissional e as causas estruturais de problemas de saúde, vislumbram-se oportunidades fecundas para fomentar os compromissos criticamente reflexivos dos alunos, o que eles podem levar para a vida profissional.

Assim, embora os textos de Paulo Freire sejam frequentemente associados à educação popular, como programas de alfabetização de adultos, bem como de desigualdade econômica, étnica e de justiça social, a sua perspectiva também tem o potencial de iluminar o ensino superior, incluindo a educação médica, pois em todos os níveis a educação é muito mais do que a transmissão de

informações, e no sentido da liberação do potencial humano do aprendente, trata-se de uma perspectiva que pode beneficiar muitos estudantes de medicina que se sentem aterrados por um volume excessivo de informações (TORRE et al., 2017). Mesmo que se considere que a pedagogia de Paulo Freire permaneça para além das fronteiras da educação médica, tal como é praticada hoje, os desafios prementes à saúde humana tornam a incorporação dessa pedagogia dita transformacional - e outras - necessária ao ensino na área da Saúde (CAVANAUGH et al., 2019).

A aprendizagem ativa coloca a responsabilidade do aprendizado nas mãos dos próprios alunos, e idealmente se presta a uma gama mais diversificada de estilos de aprendizagem. Os estudantes devem estar ativamente engajados na aula, com os materiais, resolvendo problemas, processando informações, avaliação de evidências e assim por diante.

Um professor do século 21 não pode atender os requisitos de alunos fornecendo conhecimento e avaliando os alunos dentro dos limites do currículo. O professor atual deve ser um bom guia, observador, com capacidade em organizar os processos de ensino-aprendizagem de uma forma que permita a participação ativa do aluno. No entanto,

vários estudos apontam que muitos professores não têm conhecimento suficiente sobre os diferentes métodos e técnicas que podem aumentar a participação dos alunos nos cursos (AKMAN, 2016). As visões contemporâneas de aprendizagem postulam que as pessoas constroem conhecimento baseado em crenças e experiências previamente realizadas. Este processo é uma interação contínua entre o aluno e a experiência.

Nesses modos, a aprendizagem ativa é diferente da aprendizagem passiva, embora esta última também seja importante para o processo formativo, e seu papel não deve ser subestimado (GRAFAM, 2007). No entanto, como método, não consegue conectar os alunos diretamente com os conhecimentos e habilidades que precisam aprender.

Aprendizagem passiva ocorre quando os alunos leem um artigo, capítulo ou livro, quando assistem uma palestra ou um filme. A aprendizagem ativa só ocorre quando cada uma dessas atividades é combinada com engajamento, observação e reflexão. Considerando que a aprendizagem passiva pressupõe que o conhecimento pode ser transferido de uma pessoa para outra, a aprendizagem ativa pressupõe que todo conhecimento é construído pelo aluno. Cada abordagem oferece um tipo muito diferente de sustentação

epistemológica. Na aprendizagem passiva percebe-se o conhecimento como mercadoria, enquanto na aprendizagem ativa percebe-se o conhecimento como experiência criada pelos processos de construção de significado pelo indivíduo (GRAFAM, 2007).

Conceber compromissos de aprendizagem ativa significa discernir maneiras de ativar as experiências dos alunos, de modo que suas percepções do mundo entra em contato direto com o novo mundo sendo explorado. Esta justaposição, quando seguida por reflexão, constrói quadros sobre os quais se integram novos conhecimentos.

Em ambientes de aprendizagem ativa, os professores estão menos preocupados com o conteúdo, e mais preocupados em estimular críticas reflexivas da natureza do conhecimento. Pedagogias ativas de aprendizagem desenvolvem, avaliam e revisam modelos e esquemas usados para entender o mundo, entendendo o processo de desenvolvimento e de ensino-aprendizagem como um processo de resolução de problemas, que pode ser esquematizado através de um conjunto de elementos baseados no processamento de informação, para estimular e auxiliar os estudantes na construção dos seus processos reflexivos.

A prática reflexiva tem incrementado o estudo e o debate das questões relacionadas com o exercício e a educação dos profissionais da saúde, protagonizando uma área fundamental no seu processo formativo. O estímulo à formação crítica e reflexiva, reafirmada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2014), é uma estratégia efetiva para solicitar a reflexão sobre a experiência no contexto de um reconhecimento individual ou grupal de episódios ou eventos a que um significado particular tenha sido atribuído, questionando a própria experiência através de uma série de perguntas estruturadas. O processo de reflexividade é ativado mediante a formulação de questões que o sujeito dirige a si mesmo. Tais questões orientam a atenção, a pesquisa e a seleção de informações e conduzem à exploração do mundo.

Nesse sentido, o Ciclo Reflexivo de Gibbs (GIBBS, 1988) apresenta um padrão de questões agrupadas em seis categorias diferentes a serem propostas em sucessão, e que pode ser utilizado na saúde como uma maneira de os profissionais avaliarem e refletirem sobre qualquer situação-problema. Com a reflexão, ganha-se um sentido de como um método ou suas ações podem ser melhorados. Para

iniciar estes processos, Santos (2009) considera o Ciclo Reflexivo de Gibbs um ponto de partida apropriado para a aprendizagem na área da saúde (Figura 1), embora existam vários enquadramentos para a reflexão que podem atender o objetivo.

Figura 1 – Representação esquemática do Ciclo Reflexivo de Gibbs



Fonte: Elaboração dos autores a partir do ciclo da prática reflexiva proposta por Gibbs (1988).

O exercício reflexivo não se reduz ao relembrar, importando encontrar os significados de determinada situação. E a análise crítica de determinada situação exige disciplina. Ainda que proposto como instrumento metodológico que sustenta o exercício reflexivo, o Ciclo Reflexivo de Gibbs (CRG) é facilitador no processo de construção reflexiva, trabalhando-se detalhada e sequencialmente cada uma das etapas que o compõem. Portanto, pode ser uma ferramenta metodológica organizadora e sistematizadora do processo em si. No contexto da supervisão docente, o pensamento construído paulatinamente constitui uma atividade significativa na vivência do estudante, o que aumenta sua motivação (PEREIRA-MENDES, 2016).

No CRG, o estudante começa escolhendo uma situação que vivenciou e quer analisar e elevar a sua consciência acerca do que ocorreu e de como poderia atuar de uma maneira mais satisfatória em uma ocasião posterior. Em seguida, ele cumpre seis fases:

1º Descrição: O que aconteceu?

2º Percepção: O que ele pensa e sente sobre o que aconteceu?

3º Avaliação: O que foi bom e mau nessa experiência?

4º Análise: Que sentido ele pode encontrar naquela situação?

5º Conclusão: O que mais ele poderia ter feito?

6º Ação: Se a mesma situação ocorrer novamente, o que ele fará?

Têm-se como exemplos de metodologias ativas: dramatização; utilização de meios audiovisuais diversos, inclusive o cinema (que sensibilize os alunos para os problemas reais da sociedade); aprendizagem baseada em problemas, problematização, sala de aula invertida, aprendizagem baseada em equipes, discussão de casos (respeitando-se a confidencialidade e com base em problemas reais vivenciados pelos estudantes), o portfólio crítico-reflexivo, aprendizagem baseada em projetos e as tecnologias de informação e comunicação (REUL et al., 2016).

Em seguida, serão abordados brevemente alguns destes métodos ativos de ensino-aprendizagem.

Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem Based Learning*)

A abordagem educacional da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) vem constituindo um método pedagógico efetivo e valorizado para o ensino de Medicina, sendo conhecida como a pedagogia da interação (AMORIM; ARAÚJO, 2013), condição importante em se tratando de uma área como a da saúde. Essa abordagem tem como uma de suas características a utilização de pequenos grupos no processo educacional (estratégia pedagógica empregada na maioria dos métodos ativos de aprendizagem, que, por si só, favorece a educação ética).

Implementado pela primeira vez na Universidade McMaster, em 1969, o modelo de aprendizagem baseada em problemas (ABP) para a educação médica surgiu como uma resposta ao ritmo acelerado da inovação na área da saúde. Os defensores do ABP argumentam que a estruturação do aprendizado em torno deste método prepara os novos médicos para acompanhar as mudanças de conceitos e novos conhecimentos (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014), desenvolvendo habilidades para a pesquisa autodirigida e a aprendizagem ao longo da vida. Cinquenta anos mais tarde, currículos baseados em problemas foram implementados em programas de treinamento para provedores de saúde em todo o mundo.

A problematização e a ABP, embora distintas, apresentam semelhanças, e ambas se propõem a romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem (AMORIM; ARAÚJO; 2013). Na ABP, os estudantes aprendem conhecimento médico através de pesquisa autogerida (CAVANAUGH et al., 2019), usando princípios de medicina baseada em evidências em sua avaliação de fontes.

Contudo, embora a ABP tenha sido enaltecida por sua utilidade no ensino de avaliação crítica de pesquisa e investigação responsiva, não encoraja os estudantes a pensar criticamente sobre suposições de objetividade e generalização, que apoiam a supremacia do conhecimento científico sobre outras formas de abordar problemas de saúde, com a pesquisa na literatura científica. Na ABP, recorre-se também ao modelo da Medicina Baseada em Evidências (MBE), após os estudos agregados serem classificados de acordo com as hierarquias de valor, obtendo-se resultados da pesquisa para uma ampla aplicação no contexto clínico. Atualmente, o treinamento em MBE é exigido em todos os currículos de escolas de medicina nos Estados Unidos, com o objetivo de fornecer a todos os médicos uma compreensão básica da estatística, de como os

estudos são conduzidos e como avaliar os resultados de pesquisas (MORRISSEY; HEILBRUN 2017).

Nesse âmbito de interesse, a medicina translacional, um campo de estudo comparativamente novo, pode contribuir para desenvolver uma compreensão ativa do conhecimento (por exemplo, ética, financiamento, regulamentação, política etc.), habilidades que incluem comunicação eficaz, reflexão, interdisciplinaridade, e colaboração interprofissional (FOTY et al., 2018). Embora não seja uma panaceia, essa prática pode ser começada pelo corpo docente para que este explore a ideia de aprendizagem ativa em suas salas de aula.

Módulos de ensino criativos podem também fazer parte de aulas expositivas. Estratégias de ensino-aprendizagem que direcionam o pensamento crítico e o raciocínio clínico, bem como o pensamento criativo têm que ser identificadas em aulas expositivas dialógicas. Assim, a aprendizagem ativa e criativa deve substituir todo o processo de aprendizagem passiva, para acabar com a aprendizagem mecânica, inculcando um grau moderado de curiosidade, promovendo o pensamento crítico e reflexivo, e o ambiente de aprendizado cooperativo e colaborativo, elaborando mapas conceituais, envolvendo os estudantes

em dramatizações e discutindo em rodas de conversa e painéis.

Um esboço amplo de alguns dos métodos da pedagogia ativa pode ser encontrado na literatura, apresentamos aqui os que têm sido praticados mais frequentemente e que podem ser aplicados em qualquer processo formativo na área da saúde.

Problematização

A problematização é um método para a resolução de problemas a partir da observação do cotidiano. Visa preparar o estudante para tomar consciência da realidade e tentar transformá-la. Entre os métodos ativos de aprendizagem, a problematização parece ser um dos mais importantes, especialmente em vista do fato de possibilitar a criação das mais diversas situações problemáticas a serem avaliadas e resolvidas, mas também porque é capaz de consolidar as estruturas cognitivas, formar um estilo de trabalho ativo e participativo, cultivar a responsabilidade e representar um desafio para os alunos.

Esse método pode ser usado em cenários de práticas por seu forte caráter prático e aplicativo, em que situações problemáticas podem ser facilmente identificadas a partir

de um ambiente real, para o desenvolvimento de habilidades concretas que serão úteis no futuro trabalho dos graduados.

O caminho a ser percorrido pelo discente, segundo a metodologia da problematização, parte de uma situação real observada, a qual estimula a formulação de questões, a partir das quais se delinea o quadro conceitual que fundamenta uma análise teórica do problema. Assim, coletam-se dados relevantes, formulam-se hipóteses norteadoras e chega-se a uma síntese ou solução, que envolve a transformação da realidade no processo de retroalimentação “ação-reflexão-ação”.

A problematização foi empregada nos estudos de Paulo Freire (FREIRE, 1980), ressaltando que os problemas a serem estudados precisam ser buscados em cenários reais. Os problemas encontrados pela observação da realidade aparecem com seu caráter densamente político no método da problematização, proporcionando a oportunidade de se assumir uma postura crítico-reflexiva sobre a realidade (CYRINO; TORRALES-PEREIRA, 2004).

Dramatização (*role-play*)

A dramatização de papéis é usada como uma ferramenta de treinamento na educação médica para

aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades. Essa ferramenta educacional oferece a oportunidade de os educadores médicos analisarem a reação do aluno e suas respostas no contexto de situações da vida real, assim como para incentivar o *feedback* dos colegas (MANZLOOR et al., 2012).

A dramatização é amplamente utilizada no aprendizado sobre comunicação na educação médica. Embora a teoria educacional forneça uma justificativa sólida para o uso dessa forma de simulação, existem poucas evidências publicadas disponíveis sobre sua eficácia (NESTEL; TIERNEY, 2007).

O uso de *role-playing* em pequenos grupos é um método importante para ajudar os alunos a cultivarem as habilidades necessárias para se envolverem em conversas mais sutis, muitas vezes difíceis, com pacientes gravemente doentes. Contudo, para serem eficazes, os educadores que utilizam a dramatização de papéis devem ajudar os alunos a estabelecer metas realistas e devem saber quando e como fornecer *feedback* a eles, de modo a permitir o aprofundamento de habilidades e a promover a autoconsciência.

A atividade de dramatização é uma forma de aprendizado vivencial e experimental, método amplamente usado na educação médica. A situação clínica pode ser selecionada para se adequar ao tópico concluído. Os jogos de papéis podem ser construídos de várias maneiras, todos com diferentes pontos fortes que podem influenciar a segurança e a eficácia dos grupos, ajudando-os a ter uma visão de suas próprias atitudes e preconceitos. Diretrizes para uma dramatização eficaz incluem preparação adequada, alinhamento de papéis e tarefas com o nível de prática, diretrizes estruturadas de *feedback* e reconhecimento da importância das interações sociais para a aprendizagem (MANZOOR et al., 2012).

As simulações também podem ser enriquecidas pela dramatização. Os participantes não apenas tomam decisões sobre o que fazer na simulação, mas assumem papéis dos atores envolvidos no problema. Um exemplo disso é a técnica do “paciente simulado”, desenvolvida na Universidade McMaster, para a formação de médicos. Os estagiários são confrontados com alguém no papel de um paciente. Ao invés de simplesmente discutirem em um estudo de caso, eles devem desempenhar o papel de médico, conversando e examinando o paciente, fazendo um

diagnóstico como se fosse uma situação real. Isso seria difícil na realidade, mas fornece um substituto inestimável para experiência de trabalho direto (GIBBS, 1988).

Aprendizagem Baseada em Equipes (*Team Based Learning*)

O Team Based Learning (TBL) é uma estratégia de aprendizagem colaborativa para o desenvolvimento de competências fundamentais, como a responsabilização do aluno pela aquisição do próprio conhecimento, a tomada de decisão e o trabalho colaborativo e efetivo em equipe.

A ideia é que cada aluno tente entender individualmente os conteúdos ministrados, e reforçar seu aprendizado pela realização de atividades colaborativas com os demais colegas. A fundamentação teórica do TBL é o construtivismo, em que o professor é o facilitador da aprendizagem e as experiências e conhecimentos prévios dos alunos são partes importantes no processo de resolução de problemas. Dessa forma, o TBL possibilita a aprendizagem baseada no diálogo e na interação entre os alunos.

Sala de Aula Invertida (*The Flipped Classroom*)

No modelo de sala de aula invertida, os materiais didáticos são fornecidos aos alunos antes do horário de aula programado. O encontro presencial é usado para preencher as lacunas de conhecimento e solidificar a compreensão dos principais conceitos abordados. Isso coloca o ônus de entender o conteúdo a partir do material didático independentemente, havendo, portanto, um tempo limitado em que o residente será um receptor passivo de conhecimento.

O encontro presencial do grupo é usado para promover discussões ativas em que os aprendizes articulam seus processos de pensamento (MORRISSEY; HEILBRUN 2017). A discussão não é roteirizada, e os professores/preceptores podem ter oportunidade para modelar técnicas de pensamento crítico. Esse modo de aprendizagem cria um ambiente propício à descoberta de lacunas de conhecimento, ideias preconcebidas e outras limitações de compreensão que podem levar a decisões clínicas incorretas ou desinformadas, no futuro.

Tempestade de Ideias (*Brainstorming*)

A tempestade de ideias é uma técnica de dinâmicas de grupo para explorar as aptidões, potencialidades e inventividade de uma pessoa. Para estimular o surgimento de soluções criativas, coloca-se uma pergunta ou problema aos alunos, que precisam responder, às em comunicação com outras pessoas em classe, para resolver problemas. Essa técnica promove a criação de soluções para problemas. O instrutor coloca a pergunta ou perguntas ao grupo, oferece a eles a oportunidade de debater e propor suas principais respostas, facilitando o compartilhamento das respostas do grupo com toda a classe.

O *brainstorming* é um processo criativo que visa gerar um fluxo de ideias com respostas às perguntas levantadas pelo instrutor.

Discussão de Casos Clínicos

As discussões de casos clínicos podem ser definidas de várias maneiras, dependendo da disciplina e do tipo de "caso" empregado. Os alunos podem correlacionar a história clínica dos pacientes, incluindo sintomas e sinais, com os resultados *post mortem* pesquisando casos dos pacientes a partir de seus registros clínicos. As funções de tomada de

decisão fornecidas pela técnica da discussão de caso têm maior probabilidade de serem lembradas após um longo período.

As discussões de casos clínicos têm características educacionais semelhantes às da Aprendizagem Baseada em Problemas. A diferença é que, na ABP o problema impulsiona a aprendizagem, enquanto nas discussões de casos clínicos os alunos devem recuperar conteúdos aprendidos anteriormente por outros meios para resolver os casos, os quais são baseados na prática clínica.

As discussões de casos clínicos envolvem a análise de um único evento ou conjunto de circunstâncias. Embora as discussões de casos clínicos pareçam mais fáceis de gerenciar em um ambiente de classe pequena, podem ser adaptados a grupos grandes.

No método de discussão de casos clínicos, o instrutor lidera uma discussão com a turma sobre as ideias dos alunos em um dilema ou situação contextualmente ricos que requerem análise extensiva. As discussões de casos clínicos são o segundo método mais comum (após questionário) usado por professores de medicina. Este método aumenta o interesse e promove a solução de problemas, associando-se a uma aprendizagem da medicina real.

Questionários / Quiz

Desde o final dos anos 1970, o uso de questionários, jogos, simulações e estudos de casos interativos como um meio de ensino-aprendizagem interativo, para atender a uma ampla variedade de objetivos educacionais, aumentou (CAVANAUGH et al., 2019). Os questionários *on-line* também proporcionam aos alunos uma avaliação formativa antes das provas de avaliação somativa.

A técnica de questionamentos é uma estratégia interrogativa fundamental para o educador, tanto para desenvolver o conteúdo abordado, como um recurso discursivo e argumentativo, quanto para promover maior interação com os alunos, levando-os também a questionar e a refletir sobre um determinado assunto.

Os alunos fazem a leitura prévia do material disponibilizado pelo professor, retornam e interagem com os colegas e o professor. Tendo feito estudo antecipado do conteúdo, o aluno comparece à aula, que tem início com explanação rápida (sete a dez minutos) sobre a temática pelo professor. Em seguida, é aplicado o chamado Concept Test, com questões a serem respondidas individualmente pelos alunos. Para tanto, o professor conta com o auxílio de ferramentas tecnológicas, tais como: gamificação, em que os

alunos jogam juntos, por meio de formulários como os do Google Docs e o Quizizz, o Lime Survey, ou ainda, cartões com as respostas. No primeiro momento, um estudante não tem conhecimento das respostas dos outros.

Enquanto participam de uma avaliação em uma situação de aprendizagem em grupo, os participantes podem atuar individualmente ou em cooperação com outros, usando suas habilidades e conhecimentos para competir uns com os outros, a fim de "vencer". A modalidade de teste *quiz* é uma atividade estimulante, em que os participantes recebem os tópicos de antemão, o que, por sua vez, ajuda a reacender o espírito da competição e dá oportunidade de autoavaliação.

No intuito de acompanhar as crescentes demandas dos alunos para tornar o ensino-aprendizagem uma atividade mais interessante, muitos professores no campo da medicina buscam trazer inovações para a área da educação médica, como a incorporação de *e-learning*, aprendizagem baseada em casos e *role-plays*, a fim de despertar interesse no assunto e retenção de conhecimento. Tais métodos ajudam os alunos a aprender de uma forma criativa e promovem uma compreensão melhor e mais

eficaz, que ajuda a reter informações por um longo tempo (JOSH, 2018).

Aprendizagem por Pares/Colegas (*Peer Instruction*)

A instrução entre pares envolve estudantes de níveis de ensino semelhantes ou diferentes, ensinando e aprendendo com seus pares. Os alunos que assumem o papel de “professores” são treinados para aplicar métodos de ensino apropriados e abranger objetivos claramente definidos no ensino de um tópico aos colegas.

Esta metodologia ativa permite averiguar gradativamente o grau de aprendizado do estudante e desperta o interesse para os conteúdos estudados, fazendo com que o aluno busque informações primárias, direto da fonte, por meio de leituras, para em seguida, no encontro presencial em aula, ensinar aos seus colegas. Por outro lado, é uma oportunidade para os alunos ensinarem e serem ensinados por pessoas próximas ao seu contexto educacional, o que criará força na base de conhecimento de cada aluno participante e promoverá a congruência cognitiva e social entre os estudantes.

A metodologia *Peer Instruction* tem como principal objetivo tornar as aulas mais interativas. Com a aplicação

deste método, faz-se com que os alunos interajam entre si ao longo das aulas, procurando explicar uns aos outros os conceitos estudados, elaborando hipótese e aplicando os conteúdos na solução das questões conceituais apresentadas.

O método pode ser descrito em nove etapas:

Etapa 1 – Apresentação oral sobre os elementos centrais de um dado conceito ou teoria é feita por cerca de 20 minutos.

Etapa 2 - Uma pergunta conceitual, usualmente de múltipla escolha, é colocada aos alunos sobre o conceito (teoria) apresentado na exposição oral.

Etapa 3 - Os alunos têm entre um e dois minutos para pensarem individualmente, e em silêncio, sobre a questão apresentada, formulando uma argumentação que justifique suas respostas.

Etapa 4 - Os alunos informam suas respostas ao professor.

Etapa 5 - De acordo com a distribuição de respostas, o professor pode avançar para o passo seis (quando a frequência de acertos estiver entre 35% e 70%), ou diretamente para o passo nove (quando a frequência de acertos for superior a 70%).

Etapa 6 - Os alunos discutem a questão com seus colegas por cerca de dois minutos.

Etapa 7 - Os alunos votam (informam suas respostas ao professor) novamente, de modo similar ao descrito no passo 4.

Etapa 8 - O professor tem um retorno sobre as respostas dos alunos após as discussões e pode apresentar o resultado da votação para os alunos.

Etapa 9 - O professor, então, explica a resposta da questão aos alunos e pode apresentar uma nova questão sobre o mesmo conceito ou passar ao próximo tópico da aula, voltando ao primeiro passo.

Aprendizagem Baseada em Projetos

A aprendizagem baseada em projetos é uma metodologia em que os alunos se envolvem com tarefas e desafios para desenvolver um projeto ou um produto. Este método integra diferentes conhecimentos e estimula o desenvolvimento de competências, como trabalho em equipe, protagonismo e pensamento crítico. Tudo começa com uma questão desafiadora, que não tenha resposta fácil e que estimule o pensamento e a criatividade.

Portfólio Reflexivo

A escrita reflexiva é útil e permite documentar e construir uma memória da experiência cotidiana para poder fazer dela o tema de uma reflexão retrospectiva também dentro de um grupo de trabalho, e para aumentar os níveis de consciência das ações (COTTA et al., 2003). Parafraseando o físico Michel Crozon, o aprendente pode dizer, a partir de seu portfólio, que registra para melhor compreender o que faz, pois quando se pensa e se reflete sobre aquilo que se faz, se aprende.

O portfólio representa uma ferramenta de avaliação de desempenho e de estratégia para estimular a aprendizagem centrada nas competências, emergindo como alternativa viável de ensino-aprendizagem e avaliação formativa, até mesmo em currículos tradicionais. Neste modelo, compete ao professor a tarefa de estimular a curiosidade epistemológica dos discentes e atuar como facilitador.

O portfólio é uma ferramenta originária do campo das artes, passando para a área da educação e, depois, para a área da saúde. É um recurso que tem a capacidade de promover o incremento da autorreflexão, com ampliação da visão crítica do estudante quanto a sua própria formação.

Como uma ferramenta da produção individual extra sala de aula, o portfólio reflexivo se pauta no feedback constante entre professor-estudante e estudante-estudante. Esse tipo de portfólio contém a marca pessoal e subjetiva do seu autor, e em geral é composto pela descrição da trajetória do estudante e de como ressignificou as experiências vividas pelo registro das atividades, práticas e situações-problema desenvolvidos.

Independentemente de ser construído individual ou coletivamente, tem sido chamado de método, de estratégia ou instrumento/ferramenta, constituindo um recurso educacional inovador no desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo, ao estimular a imersão na prática, proporcionando a aprendizagem reflexiva e significativa (CESÁRIO et al., 2016).

O portfólio se concretiza como um conjunto de registros realizados por estudantes a respeito de suas vivências no processo ensino-aprendizagem, evidenciando seus esforços, avanços e os resultados alcançados.

Mapas Conceituais

O mapa conceitual é uma técnica de aprendizagem expressa como uma representação gráfica e cuja estrutura é

organizada e geralmente hierarquizada, explicitando relações entre conceitos, imersos em uma rede de proposições com um sentido a ser compreendido (TAVARES, 2007).

O primeiro passo para gerar os conceitos mais importantes de um conteúdo se dá por meio da técnica da tempestade de ideias (*brainstorm*). Nesta, os aprendentes escrevem conceitos para gerar uma lista, selecionando os que são mais relevantes e inserindo-os em cartões ou tarjetas, para poder trabalhar com eles, organizando-os e distribuindo-os em um quadro ou cartolina, se for feito manualmente, ou de modo automatizado, ou por meio de um *software*. Em seguida, agrupam-se os conceitos mais próximos entre si, de forma hierarquizada (de preferência), indo do mais geral para os mais específicos.

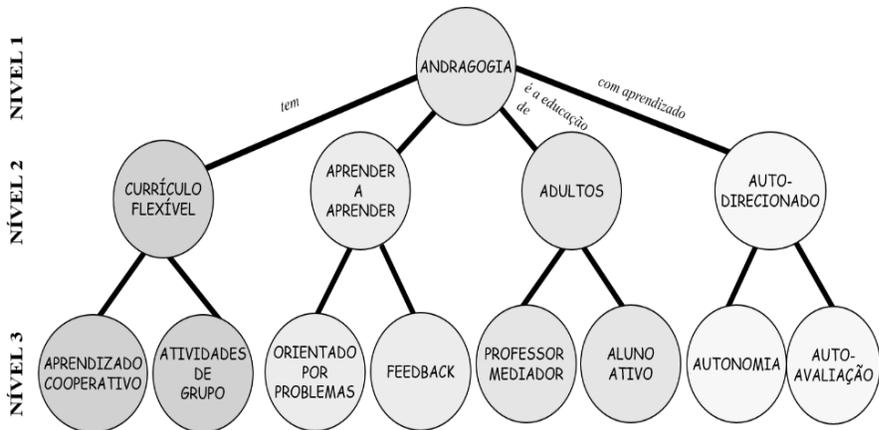
A suposição de mapas conceituais é de que a "jornada" realizada ao se criar um um conceito implica importância igual ou maior que o produto ("destino") em que se chega. O processo de criação de um mapa conceitual (por exemplo, interpretação de conceitos, estabelecimento de links, manipulação de arranjos, proposição de links cruzados) e o tipo de aprendizagem que promove é o que distingue o mapeamento conceitual como uma prática

educacional de outros métodos que podem promover a cognição de ordem inferior e a aprendizagem mecânica.

A teoria subjacente ao mapeamento conceitual é a teoria cognitiva de aprendizagem significativa de David Ausubel (2003), abordada anteriormente neste livro. Em relação ao mapa conceitual, a aprendizagem é dita significativa quando uma nova informação (conceito, ideia, proposição) adquire significados para o aprendente através de uma espécie de ancoragens em aspectos relevantes da estrutura cognitiva preexistente do indivíduo, isto é, em conceitos, ideias, proposições já existentes em sua estrutura de conhecimentos ou de significados (MOREIRA, 2011).

Exemplifica-se abaixo a representação de um mapa conceitual elaborado a partir do conceito “andragogia”.

Figura 2 – Mapa conceitual elaborado a partir do conceito Andragogia



Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Considerações Finais

Todas as atividades interativas descritas neste capítulo podem ser incorporadas entre os métodos de ensino-aprendizagem em medicina. Os elementos de cada método permitem um aprendizado ativo sem exigir grandes mudanças no tempo, recursos e conteúdo.

Nesse sentido, mudanças simples podem iniciar o processo de desenvolvimento de um ambiente de aprendizado mais ativo, de modo que o corpo docente pode começar com modalidades mais simples e avançar

gradualmente para atividades mais complexas, dando aos alunos a chance de se adaptarem a esses novos métodos de pensar e aprender.

Referências

AMORIM, K. P. C.; ARAÚJO, E. M. Formação Ética e Humana no Curso de Medicina da UFRN: uma Análise Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p 138-148, 2013.

BOROCHOVICIUS, E.; TORTELLA. , J. C. B. Aprendizagem Baseada em Problemas: um método de ensino-aprendizagem e suas práticas educativas. **Ensaio: aval.pol.públ.Educ.** [Online].v .22, n.83, p. 263-294, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362014000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 23 de junho de 2014. Seção 1, p.8-11.

CAVANAGH, A.; VANSTONE, M. Ritz S. Problems of problem-based learning: Towards transformative critical pedagogy in medical education. **Perspect Med Educ** [Online], v. 8, n. 1, p. 38-42, 2019. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6382617/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

CESÁRIO, J. B. *et al.* Portfólio Reflexivo como Estratégia de Avaliação Formativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 1, 356-364, 2016.

CHIARELLA, T. *et al.* A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino-Aprendizagem na Educação Médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 418-425, 2015.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D.; MENDONÇA, E. T. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1847-1856, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600035&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 jun. 2020.

DEARFIELD, C. T; BARNUM, A. J.; PUGH-YI, R. H. Adapting Paulo Freire's pedagogy for health literacy interventions. **Humanity & Society** [Online], v. 41, n. 2, p. 182-208, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0160597616633253>. Acesso em: 05 jun. 2020. (Acesso Restrito)

FOTY, R. G., *et al.* Thinking Critically: How to teach translational medicine. **Front. Public Health** [Online], v. 6, p. 284, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6191507/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

GIBBS, G. **Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods.** Further Education Unit, Oxford: Oxford Brookes University, 1988. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>. Acesso em: 27 set 2019.

GRAFFAM, B. Active learning in medical education: Strategies for beginning implementation. **Medical Teacher** [Online], v. 29, n. 1, p. 38-42, 2007. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01421590601176398?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 05 jun 2020. (Acesso Restrito)

JOSHI, A. Creative pedagogy applied to pharmacology teaching. **J Pharmacol Ther Res** [Online], v. 2, n. 2, p. 1-5, 2018. Disponível em: <https://www.alliedacademies.org/articles/creative-pedagogy-applied-to-pharmacology-teaching-10058.html#:~:text=%E2%80%9CCreativity%20is%20seeing%20the%20same,box%20solutions%E2%80%9D%2DAbdul%20Kalam.&text=Such%20teaching%20learning%20methods%20help,%2Devery%20time%20unique%2Dmanner>. Acesso em: 05 jun 2020.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa: a teoria e texto complementares.** São Paulo: Editora Livraria da Física, 2011.

MORRISSEY, B.; HEILBRUN, M. E. Teaching Critical Thinking in Graduate Medical Education: lessons learned in diagnostic radiology. **J Med Educ Curric Dev.** [Online], v. 20; n. 4, s.p, jan./dez. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5736296/#>. Acesso em 05 jun. 2020.

PEREIRA-MENDES, E. O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. **Revista Electrónica Educare** [Online], v. 20, n. 1, p. 1-23, 2016. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2016/2279-1456774643.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2020.

SANTOS, E. M. M. **A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico**. Estudo qualitativo na formação inicial em Enfermagem. 2009. Dissertação (Mestrado em Didática e Tecnologia Educativa) – Universidade de Aveiro, Portugal. 2009. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>. Acesso em: 22 ago 2019.

TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. **Ciências & Cognição** [Online], v. 12: p. 72-85, 2007. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/641>. Acesso em: 05 jun. 2020.

TORRE, D.; GROCE, V.; GUNDERMAN, R. et al. Freire's view of a progressive and humanistic education: Implications for medical education. **MedEdPublish**, Dundee, Scotland, v. 6, n. 3, p. 55, 2017. Disponível em: <https://www.mededpublish.org/manuscripts/1055>, Acesso em: 05 jun. 2020.

CAPÍTULO 7

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
Eduardo Sérgio Soares Sousa
André Luís Bonifácio de Carvalho

Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de estudantes e professores da área de saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo os gestores, cuja finalidade maior é promover atenção à saúde individual e coletiva de qualidade, com excelência na formação profissional e satisfação dos trabalhadores dos serviços.

Segundo Albuquerque et al. (2008, p. 356), entende-se por integração ensino-serviço, o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando a qualidade de atenção à saúde individual

e coletiva, à qualidade da formação profissional e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços.

O Ministério da Saúde considera a integração ensino-serviço como estratégia importante para a formação de profissionais segundo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS (BALDOINO; VERAS, 2016). É fundamental explorar teoricamente esta aproximação entre os âmbitos da saúde e da educação, determinando-se a natureza da ligação entre “o mundo da formação” e o “mundo do trabalho”, que implica a necessidade de reestruturação das práticas a partir da formação de recursos humanos preparados e conhecedores do seu papel na concretização e fortalecimento dos princípios do Sistema e da qualificação do cuidado (BRASIL, 2018).

Nesse processo de integração, o modelo de formação profissional desenvolvido na residência médica é bem característico da área da saúde, estando intimamente inserido no mundo do trabalho, e por isso mesmo sendo permeável a todas as mudanças que ocorrem na sociedade. Por ser considerada “treinamento em serviço”, ou educação em serviço, a residência médica possibilita oportunidades de uma aprendizagem significativa, assim como transformações de práticas profissionais, configurando-se

como uma forma de Educação Permanente, já que ocorre no cotidiano das pessoas e organizações. A Figura 1 sintetiza as relações entre qualificação, residência médica, educação permanente e integração ensino-serviço no âmbito do SUS.

Figura 1 - Integração ensino-serviço e qualificação profissional no Sistema Único de Saúde



Fonte: Elaboração dos autores (2020).

Em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) tornou-se “um marco”, viabilizando a “institucionalização da política de educação na saúde” (BRASIL, 2018, p. 9), bem como a implantação de projetos referentes

[...] à reorientação da formação profissional, com destaque para a abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior (IES), serviços de saúde e comunidade, com a finalidade de propiciar o fortalecimento do SUS. (BRASIL, 2018, p. 9).

Progressos no âmbito da educação na saúde ocorreram com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com acordos de cooperação entre “serviço e ensino” e “educação e trabalho.

Os serviços de saúde, sobretudo a atenção primária à saúde (APS), constituem cenários de prática ou de aprendizagem privilegiados de interseção do mundo do trabalho com o mundo do ensino. Nos serviços de saúde, as práticas cotidianas podem ser remodeladas e transformadas na medida em que impulsionam o desenvolvimento de um processo relacional e interativo entre professores, estudantes, profissionais de saúde e pacientes (BALDOINO; VERAS, 2016).

A inserção da Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) no contexto das equipes da Estratégia

Saúde da Família (ESF) traz como aspecto importante a formação em equipe, no seu processo de trabalho, abrindo a possibilidade de aprendizado compartilhado. Esta formação ocorre no contexto da atuação das equipes da ESF, onde os residentes são introduzidos. Sabe-se ser necessário que estes profissionais em formação aprendam a trabalhar em equipe e com a equipe, e, para isso, precisa haver aprimoramento desta habilidade através da formação em serviço. Destaca-se também, nesta inserção, a importância da real integração ensino-serviço, pois a presença dos médicos residentes discentes no serviço pode levar a novas formas de organização do trabalho em saúde e possibilitar uma melhor qualificação do atendimento. Além disso, a relação de troca de saberes estabelecida entre discentes, docentes, profissionais do serviço, assim como com os próprios usuários, pode contribuir para a formação de um novo perfil de profissional comprometido com o atendimento das reais necessidades de saúde da população.

Para tanto, o cenário de prática ofertado aos médicos residentes de MFC se dá no âmbito das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, visando assegurar sua inserção no campo político-gerencial, de modo que os futuros profissionais possam se responsabilizar pelas práticas de

formulação de políticas, planejamento, programação, coordenação, controle e avaliação de sistemas de serviços de saúde, além de colaborar para o fortalecimento das ações de promoção da saúde e das ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Entretanto, a integração de serviços de atenção à saúde com as universidades traz consigo algumas exigências, sobretudo no que concerne às relações horizontais, processos conjuntos de trabalho, interesses em comum e alinhamento das necessidades e potencialidades (BREHMER; RAMOS, 2014). Além destes, há outros desafios vivenciados nesse processo, entre os quais Sarti et al. (2018) elencam: a construção de estrutura física adequada para o processo de ensino-aprendizagem do residente, a valorização e formação do preceptor médico para a RM, o desenvolvimento das interfaces de trabalho entre gestão e instituições de ensino responsáveis pelos programas, a melhoria da estrutura de ensino em MFC/APS nas instituições de ensino, o aumento da taxa de ocupação das vagas e de fixação dos residentes na MFC, assim como a qualificação de todo o processo de planejamento e execução pedagógica do programa com vistas à formação do especialista em MFC.

Segundo Barreto et al. (2011, p. 582), a equipe “assume como parte do seu processo de trabalho o ensino na saúde por meio de uma compreensão de educação permanente de si mesma e dos educandos que atravessarem sua história”. Os autores reiteram ainda a importância da realização de pesquisas científicas que contemplem o estudo desta inserção. Tendo em vista este argumento, Aguiar (2017) questiona as razões que induzem profissionais de saúde a se preocuparem com a formação das novas gerações, paralelamente à prestação de serviços, comumente em condições desfavoráveis e na ausência de estratégias de qualificação e de remuneração adequada da supervisão.

Para Maciel et al. (2007), é preciso observar como os diversos profissionais interagem entre si e se essa interação possibilita a construção do projeto de atenção compartilhado por todos. Cotta et al. (2006), por sua vez, avaliam a organização do trabalho e o perfil dos profissionais de saúde inseridos na ESF, destacando a relação entre profissionais da mesma equipe, entre profissionais de equipes diferentes e entre profissionais e comunidade, mas não enfocam a relação dos profissionais com os médicos residentes inseridos no serviço.

Referências

AGUIAR, A. C. **Preceptorial em Programas de Residência:** ensino, pesquisa e gestão. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017. Disponível em: <https://preceptores.icict.fiocruz.br/livro-preceptorial-em-programas-de-residencia.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

ALBUQUERQUE, V. S *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

BALDOINO, A. S.; VERAS, R. M. Análise das atividades de integração ensino-serviço desenvolvidas nos cursos de saúde da Universidade Federal da Bahia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. spe., p. 17-24, 2016.

BARRETO, V. H., *et al.* Papel do Preceptor da Atenção Primária em Saúde na Formação da Graduação e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um Termo de Referência. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**

[Online], v. 16, n. 1, p. 228-37, 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20132>. Acesso em; 05 jun. 2020.

COTTA, R. M. M, *et al.*. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002. Acesso em: 05 jun. 2020.

MACIEL, R. H. M. O.; LIMA, A. F. A. L.; ALBUQUERQUE, M. F. C. O Multiprofissionalismo em Saúde e a Interação das Equipes do Programa de Saúde da Família. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. **Relatório**. Fortaleza, 2007. Disponível em: http://www.observeRH.org.br/observeRH/repertorio/Repertorio_ObserveRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf. Acesso em: 22 set. 2019.

SARTI, T. C., *et al.* A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-12, 2018. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1684>. Acesso em: 5 jun 2020.

CAPÍTULO 8

TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
André Luís Bonifácio de Carvalho
Eduardo Sérgio Soares Sousa

O trabalho na Atenção Básica de Saúde é desenvolvido de forma coletiva, multiprofissional e colaborativa, com interdependência entre os agentes envolvidos e cujas relações são essenciais à promoção do cuidado humano integrado. Dessa interdisciplinaridade e sua correlação prática, a interprofissionalidade, emergem várias questões no sentido da necessidade de aprofundar conhecimentos a respeito das relações na equipe de saúde.

Conforme preconiza o Ministério da Saúde, cada equipe profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes

comunitários de saúde, assistindo de 600 a 1.000 famílias, num máximo de 4.500 pessoas (BRASIL, 2001), com modelo de atuação inter e multidisciplinar, e responsabilidade integral com o cuidado à saúde da população residente na área de abrangência de suas Unidades de Saúde da Família (CAMELO; ANGERAMI, 2004).

O trabalho em equipe tem sido apontado como uma estratégia para a organização efetiva dos serviços de saúde. Essa integração tem uma dimensão qualitativa que pode ser identificada através das experiências dos profissionais de saúde e do significado que elas dão ao trabalho em conjunto (GARCIA; HENNINGTON, 2011). Contudo, a implementação dessa prática tem se mostrado um desafio, apresentando lacuna de conhecimentos relacionados a sua operacionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (AGRELI, 2017). A literatura mostra que não há consenso sobre estes conceitos entre os profissionais de saúde, sendo provável que as crenças e valores dos profissionais atuem como fatores determinantes para a colaboração.

O trabalho em equipe interdisciplinar é de suma importância no processo de reforma da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de proporcionar uma assistência

abrangente e efetiva. No entanto, pesquisas mostram que esta ainda não é uma prática rotineira em muitos serviços de saúde. Um objetivo fundamental para a equipe interdisciplinar que trabalha na APS é conseguir que os profissionais trabalhem juntos e aprendam uns com os outros na prática. Contudo, a base de evidências é limitada, pois não reflete as experiências de todos os profissionais.

Entende-se que a colaboração é um dos fatores decisivos para a aquisição de uma atenção centrada nas necessidades das pessoas e das famílias, aparecendo como um aspecto importante na discussão das políticas de saúde no Brasil, e cujo objetivo é aperfeiçoar e qualificar o acesso aos serviços e uma atenção à saúde mais abrangente e efetiva (FAQUIM; FRAZÃO, 2016).

Em conformidade com esse reconhecimento, houve expressivo aumento de publicações na literatura acadêmica voltadas para o trabalho em equipe na saúde desde o ano 2000, o que se atribui à tendência internacional de apresentar este tipo de organização de trabalho como alternativa à necessidade de racionalização da assistência médica e ampliação do acesso da população aos serviços de saúde (PEREIRA et al., 2013).

Esse aumento de trabalhos sobre a temática se deve ainda à crescente complexidade das necessidades de saúde da população, apontando para a necessidade de um novo perfil profissional caracterizado pela tão almejada colaboração interprofissional, que figura como pressuposto para as mudanças do modelo de atenção à saúde e da formação profissional articulada (SILVA et al., 2015). A tendência cada vez maior é reconhecer a conexão interdependente e complementar das ações de vários profissionais para melhorar a qualidade da assistência, e que o grau de integração entre estes pode estar relacionado à qualidade do cuidado resultante do trabalho colaborativo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) considera a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde. De acordo com o seu Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, a redução dos inúmeros desafios enfrentados mundialmente pelos sistemas de saúde pode ser alcançada através de uma educação interdisciplinar e prática colaborativa nos serviços de saúde (OMS, 2010).

Portanto, existe um corpo razoável de evidências que indica a importância do trabalho em equipe para o desempenho das ações em todos os níveis de atenção à saúde. Mencionam Merthy e Franco (2008) que o trabalhador de saúde é sempre coletivo, porque o trabalho em saúde é realizado por um coletivo de trabalhadores. Não seria possível que apenas uma ou duas categorias de profissionais de saúde se incumbissem isoladamente das grandes necessidades de saúde da comunidade. Tal interdependência deve ser considerada na busca da reorganização do processo de trabalho em saúde. Potencialidades de mudanças de práticas através da integração ensino-serviço-comunidade também devem ser consideradas, sabendo-se que a universidade proporciona a possibilidade de discussão relacionada a aspectos diversos do processo de trabalho (VASCONCELOS et al., 2016).

Conforme aponta a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde. A educação interprofissional é um passo importante da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática,

para que esteja mais bem preparada para responder às necessidades de saúde locais.

O trabalho em equipe tem sido apontado como uma estratégia para a organização efetiva dos serviços de saúde. Essa integração tem uma dimensão qualitativa possível de ser identificada através das experiências dos profissionais de saúde e do significado que eles dão ao trabalho em conjunto, sendo construída cotidianamente em um processo envolvendo de relações a serem refletidas pelos próprios trabalhadores na perspectiva de suas inúmeras possibilidades e desdobramentos, ao articularem os saberes de cada profissional (SILVA; ARANTES, 2017).

Um *trabalho em equipe*, expressão mencionada a propósito da discussão apresentada por Peduzzi (2008). Muitas vezes, esta é uma expressão cujo uso aparenta um certo desgaste, não só na fala coloquial dos trabalhadores, mas no discurso provindo da academia, com as terminologias acompanhadas dos prefixos multi, inter ou trans – profissional ou disciplinar.

Peduzzi (2001), ao especificar padrões de equipes de saúde, propõe a classificação das equipes multiprofissionais em agrupamento e interação, baseando-se nos estudos sobre trabalho em saúde e na “Teoria da Ação Comunicativa”

de Jürgen Habermas, filósofo e sociólogo alemão, que, explicitada aqui em termos gerais, trata de como a ação comunicativa pode levar a uma discussão conjunta a fim de se alcançar um consenso, pois a comunicação seria o meio que possibilitaria a conexão entre os diversos profissionais da equipe. A ideia de equipe perpassa as duas concepções propostas por Peduzzi (2001) na perspectiva da tipologia agrupamento/interação: a equipe como agrupamento de agentes apenas com justaposição de ações e ajuntamento de profissionais, e a equipe como integração entre relações e práticas, sendo a primeira caracterizada pela fragmentação das atuações e, a segunda, pela tentativa de reconstrução compatível com a proposta da integralidade das ações em saúde. Entretanto, de acordo com a referida autora, em ambas as concepções geralmente há uma desigual valoração social dos diferentes trabalhos (PEDUZZI, 2009; PEDUZZI 2001).

Ellery et al. (2013) pontuam as críticas existentes ao modelo “multiprofissional tradicional”, marcado pelo isolamento entre os trabalhadores da saúde, propondo a construção de um “novo campo” de saber que seria comum a todas as categorias, com a interseção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria, objetivando

responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Para que a ESF desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se indispensável que os trabalhadores envolvidos nessa estratégia articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe, incorporando não apenas novos conhecimentos, mas investindo na mudança da cultura e do compromisso com a gestão pública, para que se garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Entretanto, ainda recorrendo a Peduzzi (2008), o autor salienta que o trabalho em equipe multiprofissional é “uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão” (PEDUZZI, 2008, p. 275), e apresenta uma discussão sobre a interface entre o trabalho e a interação em uma equipe. Assim, neste ponto, passamos a abordar o trabalho colaborativo interprofissional. A autora anteriormente mencionada emprega preferencialmente a expressão “trabalho em equipe” para expressar o trabalho colaborativo, no sentido da articulação dos diferentes processos de trabalhos envolvidos. Mas é preciso destacar que essa conexão precisa ter como base o conhecimento de um profissional sobre o

trabalho do outro, valorizando-se mutuamente os saberes e construindo-se as concordâncias em termos de objetivos e resultados a serem alcançados conjuntamente (SOUSA; HAMMAN 2009).

Portanto, o real trabalho em equipe de saúde implica interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para a realização da tarefa assistencial, do atendimento integral, da reconstrução dos modos de lidar com os saberes e disciplinas, necessários para o atendimento em saúde (FORTUNA, 2005). Fernandes et al. (2015) destacam que o comprometimento é uma qualidade própria dos trabalhadores da saúde, independentemente de onde exercem sua prática profissional.

Entretanto, a falta de empenho tem sido um dos fatores apontados na atuação do trabalho em equipe. A oposição às mudanças e o não cumprimento do trabalho pode comprometer a equipe de saúde, sendo um grande obstáculo para o desenvolvimento profissional (FERNANDES et al. 2015). Sinais de cooperação podem ser observados quando o grupo está mais coeso e as ações estão mais claras. Porém, mesmo em sistemas de saúde como o do Canadá, onde é amplamente reconhecida a atenção primária como sendo bem consolidada, a adoção de um modelo

colaborativo interprofissional, baseado em equipe, de atendimento nos cuidados de saúde ainda é considerado incipiente (BARRET et al. 2007).

Outro aspecto importante na dimensão da articulação entre ensino e serviço diz respeito à Educação Interprofissional em Saúde (EIP). Tal prática aprimora a sinergia interprofissional e manifesta-se através de

[...] uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos, de modo interativo, com a finalidade de valorizar a qualidade da atenção à saúde. (BRASIL, 2018, p. 41).

No Brasil, tendo um sistema de saúde cujo trabalho é “baseado em equipe” e um “modelo de atenção centrado na APS”, a EIP se distingue através da Estratégia Saúde da Família (ESF), com a presença de diversas categorias profissionais e trabalho compartilhado (BRASIL, 2018).

Em 2015, com o objetivo de fortalecer a integração entre ensino, serviço e comunidade, no contexto do SUS, foi lançada a Portaria Interministerial nº 1.1127, criando diretrizes para a celebração de Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (Coapes). Este instrumento teve, entre seus objetivos, assegurar cenários de prática para o preparo de alunos tanto na graduação como nas residências

em saúde, em serviços cuja responsabilidade fica a cargo do gestor da saúde. Com este instrumento e a participação de todos os envolvidos neste processo, há uma maior clareza das pactuações realizadas (BRASIL, 2015).

Através do Coapes, pode-se oportunizar “o aprofundamento, a reflexão, o debate e a resolução de dificuldades enfrentadas no campo dos cenários de prática das graduações em saúde” (BRASIL, 2015). Além disso, a disposição para o diálogo entre as instituições de ensino e os gestores do sistema de saúde sobre a integração ensino-serviço, assim como a participação da comunidade, podem possibilitar a expressão de suas proposições, embora dificuldades sejam esperadas no transcurso deste processo. Tais dificuldades na implantação dessa integração ensino-serviço podem ser de natureza gerencial, estrutural, operacional e/ou política e social (BALDOINO; VERAS, 2016).

Entre os pressupostos do Coapes, estava a ideia de acabar com a separação entre os “serviços de saúde” e as “instituições de ensino”, em que os primeiros seriam apenas um local de trabalho, enquanto as segundas seriam incumbidas da educação (BRASIL, 2018). Frequentemente, os profissionais dos serviços, por sua vivência prática, são

preceptores dos estudantes e residentes, ao mesmo tempo em que docentes podem também podem desempenhar com excelência a assistência, mas há dificuldade de reconhecimento destas habilidades que vão além de suas atribuições formais (BRASIL, 2018).

O trabalho interprofissional colaborativo como forma de educação dos profissionais de saúde, para os estudantes e os residentes, vem sendo apontado como premissa na reorientação do modelo de formação e de atenção à saúde e, também, na elevação da capacidade de resposta às demandas de saúde da população, fortalecendo, assim, o próprio SUS (FREIRE FILHO et al., 2018).

Com base no dados obtidos em revisão integrativa da literatura, prestadores de serviços de saúde que trabalham de maneira colaborativa interprofissional estão mais satisfeitos e têm uma experiência mais positiva, quando comparados com os prestadores que trabalham em um modelo uniprofissional (um único profissional que presta e acessa outros serviços para o cliente através de um sistema de referência), além de desenvolverem mais conhecimentos e habilidades e fornecerem uma gama mais ampla de serviços, com utilização mais eficiente dos recursos, melhor acesso à comunidade, menor tempo de espera, melhor

coordenação dos cuidados, e um atendimento mais abrangente (BARRET et al. 2007). Por outro lado, ainda de acordo com Barret et al., os pacientes/usuários dos serviços de saúde expressam mais satisfação e identificam o atendimento como uma experiência mais positiva quando há colaboração interprofissional.

É decisivo, portanto, manter equipes colaborativas interprofissionais dentro de locais de educação em serviço. Todavia, há poucos projetos colaborativos interprofissionais em grupo nas faculdades de medicina – o que soa estranho quando se considera que existem poucos médicos que possam trabalhar sozinhos no mundo real. Contudo, a educação médica tradicional enfatiza o treinamento em separado dos demais profissionais de saúde, o que prepara inadequadamente estudantes e residentes para novos modelos de prestação de cuidados de saúde que enfatizem o cuidado em equipe e a responsabilidade compartilhada dos pacientes. Mas, é preciso assinalar, a força de trabalho em saúde vem mudando nos últimos anos, e espera-se que continue a evoluir enfatizando o papel integral das equipes de APS e interprofissional.

Para McPherson et al. (2001), grupos que trabalham em equipe precisam também aprender e ensinar em equipe.

Assim, a educação permanente deve ser um processo em comum para toda a equipe, e não apenas para indivíduos isolados, com base em suas disciplinas separadamente, sendo altamente recomendada a promoção do desenvolvimento profissional coletivo e o espírito de grupo nesse processo, ou seja, a educação interprofissional.

Para além das já comentadas, existem ainda barreiras “mais profundas”, relacionadas à socialização profissional: alguns membros da equipe podem não querer mudar a forma como foram inicialmente socializados em sua profissão, particularmente os médicos (O'REILLY et al. 2017).

Resumindo, embora as políticas “de cima para baixo” promovendo a equipe interdisciplinar e trabalhando na atenção primária sejam evidentes em todos os contextos internacionais, há desafios com o processo de reforma para torná-la uma maneira rotineira e normalizada de trabalhar. Ressaltando-se que há um corpo de conhecimento sobre as experiências e problemas que os profissionais de cuidados primários enfrentam quando tentam trabalhar juntos em todas as disciplinas (O'REILLY et al. 2017; ELLERY et al. (2013).

Por outro lado, Navarro et al. (2013) buscaram compreender o significado do trabalho em equipe para profissionais da ESF a partir de entrevistas abertas, envolvendo duas equipes de ESF de um município de pequeno porte da região Norte do Paraná, mostrando que o trabalho em equipe pareceu estar ligado a questões afetivas dos entrevistados, entendido como uma troca de favores entre pessoas conhecidas, buscando aceitação do grupo. Os autores indicam que o desenvolvimento da equipe precisa transcender essa visão mágica e idealizada do ambiente familiar e deve se inserir no chamado mundo do trabalho de forma mais madura.

Em estudo que toma como cenário uma ESF no município do Rio de Janeiro, na perspectiva da tipologia agrupamento/interação de Peduzzi (2001), revelaram-se características do trabalho de cada profissional e a importância da liderança rotativa, além de concepções sobre o trabalho em equipe, articulação das ações e ampliação do acesso e atenção à saúde na ESF. Villa et al. (2015) utilizaram a entrevista semiestruturada e a observação-participante no cotidiano de três equipes da ESF, e interpretaram os resultados através da análise de relações de poder de Michel Foucault, definindo dois eixos reflexivos: as relações de

poder na saúde da família e a mudança de paradigma. Para as referidas autoras, embora o trabalho da ESF se apresente com uma estruturação mais horizontalizada que outros âmbitos de atenção à saúde, o médico é a figura de autoridade, independentemente dos cargos ocupados pelos outros profissionais. Essas relações de poder-saber entre os integrantes das ESF ocorreriam de forma naturalizada, sem que a maioria dos trabalhadores as identificasse, pois os entrevistados enfatizam o bom relacionamento entre todos.

Faquim e Frazão (2016), por sua vez, avaliaram a percepção dos profissionais de uma unidade da ESF, em um município de médio porte do estado de Minas Gerais, quanto ao grau de hierarquia nas relações de trabalho, grau de habilidade para evitar conflitos e grau de importância das atividades de colaboração, concluindo que a percepção geral dos profissionais foi favorável à colaboração interprofissional.

Silva e Arantes (2017) estudaram uma equipe da ESF do interior de São Paulo, mas diferentemente de outros que trazem a figura do médico como central na equipe, mostraram o protagonismo da enfermeira nas reuniões em equipe, sendo a profissional que mais problematizava, relatando-se que não havia aparente relação de poder, mas

de afinidade, em diferentes medidas. As mencionadas autoras consideraram que, historicamente, há uma aptidão ou disposição da enfermagem para envolver-se com problemas que surgem na cotidianidade do trabalho, com intenção de resolvê-los, principalmente para facilitar o trabalho dos demais profissionais. Portanto, é necessário considerar o trabalho de equipe em saúde como uma rede de relações entre pessoas, relações de poderes, saberes, afetos e interesses (FORTUNA et. al, 2005). Estudos mostraram que os profissionais que compõem as equipes veem como predominante uma prática na qual prepondera o poder da categoria médica sobre as demais categorias de nível superior na ESF, o que também tem sido discutido por outros autores (PEDUZZI, 2016; OLIVEIRA et al., 2011; FORTUNA et al., 2005).

Oliveira et al. (2011) ponderam, baseados no modelo teórico de Hannah Arendt, que, nesse sentido, se pode observar o cotidiano dos serviços de saúde sob duas perspectivas: a do discurso e a da ação. A do discurso concerne às intenções que convencionalmente caracterizam um dado grupo com suas normas, enquanto a ação refere-se a uma dinâmica própria e acontece independente do discurso e da ideologia que sustenta o grupo. É na ação que

os homens se veem e estabelecem as relações de poder mencionadas.

Nessa perspectiva, a filosofia da ESF tem pretendido sobrepujar o modelo dominante centrado no médico com uma forma de assistir à população através do trabalho multiprofissional interdisciplinar. Esta abordagem corresponde a um processo envolvendo relações a serem reformuladas pelos próprios trabalhadores, ao articularem os diversos saberes da equipe (ARAÚJO et al., 2017).

Assim, embora o trabalho em equipe seja uma prática facilitada por iniciativas individuais e coletivas nas áreas de trabalho e gestão, ainda existem problemas estruturais, ideológicos ou organizacionais e barreiras relacionais. Os profissionais de saúde experimentam o trabalho interprofissional como um processo abrangendo aspectos positivos e barreiras, e possíveis ações que poderiam melhorar a implementação das equipes de trabalho da ESF (FORTUNA et. al, 2005).

Verifica-se que o termo colaboração interprofissional é citado frequentemente na literatura de saúde, mas apesar de sua frequente aparição, o conceito de colaboração interprofissional não é praticado concretamente. A colaboração interprofissional é uma estratégia do trabalho

em equipe, e consiste no processo de convivência no espaço comum entre diferentes profissões que desenvolvem a clínica ampliada, envolvendo o processo de comunicação e tomadas de decisões compartilhadas entre agentes independentes para a melhor produção do cuidado em saúde, envolvendo responsabilidade coletiva por resultados (ARRUDA; MOREIRA, 2018).

Embora as definições variem, as características da colaboração interprofissional incluem comunicação, parceria, tomada de decisão compartilhada, cooperação e coordenação. Uma das hipóteses relativas aos problemas para se alcançar uma colaboração interprofissional, mencionada por Arruda e Moreira (2018), refere-se à observação de que agentes de distintas áreas profissionais podem levantar barreiras para a permuta de saberes e resoluções de problemas. Nesse sentido, o isolamento profissional parece ser histórico, em que diferentes profissões da saúde, como a medicina e a enfermagem, buscam garantir e proteger áreas específicas do conhecimento como sendo da sua competência.

Articular distintos aspectos não é um processo rápido e de um único grupo profissional; é necessário um esforço contínuo para que, em todos os lugares possíveis,

exista a integração de conhecimentos disponíveis no espaço de trabalho e nos espaços de formação, favorecendo a ação multiprofissional nas práticas, em que a valorização das diversas disciplinas contribua para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado.

Ao discorrer sobre uma equipe interdisciplinar, a questão se refere ao encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas, de onde se origina o trabalho coletivo. Na interseção dessas perspectivas – a profissional e a interpessoal –, surgem as dificuldades apresentadas nos estudos analisados na presente revisão. Além da diferença entre o saber do médico, da enfermeira, do dentista, do agente comunitário de saúde, há também as diferenças entre as pessoas envolvidas.

Como dissemos, há facilitadores e barreiras conceituais e estruturais no trabalho interprofissional em equipe, comuns a várias profissões ou específicas de algumas delas. Se os diversos integrantes da equipe interprofissional, na atenção primária, mostram um interesse comum na colaboração, percebendo oportunidades para melhorar a qualidade do atendimento de seus pacientes, bem como sua própria qualidade de vida no trabalho, podem desenvolver novas habilidades

profissionais. Nesse sentido, considera-se que o principal facilitador da colaboração interprofissional na atenção primária é o interesse comum dos diferentes atores na colaboração (SUPPER et al., 2015). As principais barreiras parecem ser os desafios de definição e conscientização dos papéis e competências uns dos outros, o compartilhamento de informações, o compromisso, a responsabilidade, o treinamento interprofissional e a superação da hegemonia de uma área sobre a outra.

As funções estendidas dos enfermeiros já foram implementadas em muitos projetos colaborativos, especialmente no Reino Unido. Consultas, diagnóstico e terapêutica medicamentosa, gestão de casos e acompanhamento de condições crônicas repercutem na melhoria do acesso para o usuário, na comunicação e no cuidado integral, assim como na ampliação da competência profissional, do conhecimento e do reconhecimento profissional (TOSO et al., 2016). A substituição de médicos por profissionais de enfermagem já ocorre no sistema de saúde pública brasileiro, sendo, entretanto, ainda limitada por dificuldades na aquisição das novas habilidades necessárias para abordar consultas multidimensionais. Percebe-se que a enfermagem se destaca na menção ao

profissional da equipe com maior inclinação para a prática interprofissional colaborativa.

Ampliar a colaboração em direção a uma abordagem multiprofissional cria a necessidade de financiamento, treinamento e avaliação conjuntos e específicos em longo prazo e no nível de equipes. Essa abordagem leva a uma mudança da subordinação para a complementaridade e da contenção de custos para o atendimento das necessidades.

A hierarquia percebida parece ser a principal barreira conceitual que dificulta a colaboração, refletindo a assimetria dos possíveis ganhos acessíveis apenas para alguns profissionais através da colaboração. Profissionais com maior *status* ou autonomia, como médicos ou enfermeiros, têm menos restrições, contudo parecem menos inclinados a compartilhar o processo de tomada de decisão. A atual feminização da profissão médica pode também representar uma oportunidade para empoderar todos os membros da equipe, pois as mulheres são mais frequentemente inclinadas a uma liderança compartilhada.

No entanto, estão sendo discutidos os riscos associados à redistribuição de papéis, pelas mudanças na identidade dos atores, possivelmente levando à assimilação de uma profissão por outra, voltando ao que foi comentado

anteriormente a propósito de Mcdonald e Mccallin. Entretanto, a reflexividade profissional pode ser útil para garantir que essas mudanças sejam implementadas de forma justa e factível. Nos estágios iniciais da colaboração, o tempo deve ser dedicado à comunicação, treinamento, construção de visões compartilhadas e superação de preconceitos (TERRA; CAMPOS, 2019).

Outras barreiras conceituais derivam principalmente da falta de definição, conscientização e reconhecimento do papel de cada profissional. Em particular, a extensão dos papéis em uma equipe é imprecisa e dependente do nível de confiança e integração dos profissionais das equipes. Como é possível que diferentes profissionais pratiquem a interdisciplinaridade se a superposição de papéis e a replicação do atendimento ao paciente são questões críticas para os profissionais? Pesquisas em serviços de saúde visando a organização da equipe interprofissional, portanto, precisam ser desenvolvidas.

Referências

AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde**. 2017. Tese (Doutorado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em

Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ARRUDA, L. Z.; MOREIRA, C. O. F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** (Botucatu) [Online], v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005010102&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jun. 2020.

BARRETT, J. **CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare**. Ottawa, Ont.: Canadian Health Services Research Foundation, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manual de Apoio aos Gestores do**

SUS para a implementação do COAPES. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.ufjf.br/icvgv/files/2017/06/3.-Manual-de-Apoio-aos-Gestores-do-SUS-para-implementa%C3%A7%C3%A3o-do-COAPES.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2019.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Rev. Latino-Am de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, 2004.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M. A.; MESQUITA, J. R. C. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, 2014.

ELLERY, A. L.; PONTES, R. S. S; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, abr./jun. 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200006. Acesso em: 05 jun. 2020.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018.

FAQUIM, J. P. S.; FRAZZÃO, P. Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. **Saúde Debate** [Online], v. 40, n. 109, p.

59-69, 2016. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000200059&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jun. 2020.

FERNANDES, H. N. *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** [Online], v. 7, n. 1, p. 1915-1926, 2015. Disponível em:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3361/pdf_1428. Acesso em: 05 jun. 2020.

FREIRE FILHO, J. R. *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26: e3018, 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3018.pdf. Acesso em: 28 ago. 2019.

FORTUNA, C. M., *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

GARCIA, C. C.; AZEVEDO, H. E. Trabalho em Equipe e Reuniões Multiprofissionais de Saúde: Uma Construção à Espera pelos Sujeitos da Mudança. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 85-112, 2011.

MERHY, M. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno assistenciais. **Saúde em Debate** [Online], v. 27, n. 65,

p. 316-323, 2003. Disponível em:
https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franc_o.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013. Disponível em:
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>. Acesso em: 05 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rede de Profissões de Saúde -Enfermagem & Obstetrícia. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010. Disponível em:
http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf. Acesso em: 27 set. 2019.

O'REILLY, P., *et al.* Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. **PLOS ONE** [Online], v. 12, n. 7, p. 1-22, 2017. Disponível em:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0177026>. Acesso em: 05 jun. 2020.

OLIVEIRA, H. M.; MORETTI-PIRES, R. O.; PARENTE R. C. P. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 5, n. 37, p. 539-50, 2011.

PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf. Acesso em: 06 mai. 2019.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M., AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. I **Interface Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1525-34, 2018.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface Comunic., Saude, Educ.**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-40, 2013.

SILVA, I.; ARANTES, C. I. S. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [Online], v. 70, n. 3, p. 580-587, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0580.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

TERRA, L. S. S. V.; CAMPOS, G. W. S. Alienação Do Trabalho Médico: Tensões Sobre O Modelo Biomédico e o Gerencialismo na Atenção Primária. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019124, 2019.

TOSO, B. R. G. O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Rev. Bras. Enferm.** [Online], v. 69, n. 1, p. 182-191, 2016. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000100182&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 jun. 2020.

VALADÃO, P. A. S.; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Problemas Bioéticos no Cotidiano do Trabalho de Profissionais de Equipes de Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, 2017; v. 15, n. 3, p. 725-744, 2017.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; PETROLI, M. F. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 147-158, 2016.

VILLA, E. A., *et al.* As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde debate** [Online], v. 39, n. 107, p. 1044-1052, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401044&lng=pt&tlng=pt#:~:text=As%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20poder%20tamb%C3%A9m,diversidade%20de%20opini%C3%B5es%20e%20posturas.. Acesso em: 05 jun. 2020.

CAPÍTULO 9

EDUCAÇÃO EM SERVIÇO, EDUCAÇÃO CONTINUADA E EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO SUS

Jandira Arlete Cunegundes de Freitas
André Luis Bonifácio de Carvalho
Rilva Lopes de Sousa Muñoz

No contexto da prática de saúde e do desenvolvimento profissional, a questão educativa pode ser percebida em diferentes vertentes e conjunturas: educação em serviço, educação continuada e educação permanente. A discussão da educação como prática transformadora e aprendizagem significativa é premissa da educação permanente, que se configura como significativo campo de saber e de prática na área da saúde, como abordado nos capítulos anteriores do presente livro.

Inicialmente, é preciso que salientar que há uma distinção entre estes três conceitos, os quais, embora se caracterizem pela continuidade das ações educativas dos profissionais após o processo formal de graduação ou de escolaridade de nível médio, se baseiam em diferentes

princípios metodológicos, imprimindo particularidades ao processo de ensino-aprendizagem. A diferenciação da terminologia, segundo Paschoal et al. (2007), é importante para definir o tipo de ação a ser desenvolvida, assim como seus objetivos diante da necessidade educativa apresentada no exercício do processo de trabalho.

A organização do aprendizado nos locais de trabalho apareceu primeiro com o formato de “educação em serviço”, (ES), caracterizado por ser mais um processo de capacitação de profissionais, atendendo em primeiro lugar os interesses da instituição enquanto os interesses formativos dos próprios profissionais permaneciam como secundários. Esse formato de educação em serviço não passa muitas vezes de conjuntos de treinamento com predomínio do aspecto de aprimoramento técnico. A modalidade chamada de capacitação, sempre que possível, deve acontecer antes mesmo de se estruturar a equipe, consistindo na formação introdutória para o trabalho, com orientações que proporcionam a integração entre os membros e a organização do processo de trabalho (NAVARRO et al., 2013).

Por outro lado, a educação continuada (EC) tem como base a interdisciplinaridade, que propicia maior interação

na equipe de saúde (PEIXOTO et al., 2013). No entanto, conforme os autores suprarreferidos, o conceito de EC ainda envolve uma dimensão limitada de educação, pois ocorre dentro de metodologias tradicionais, embora vise ao desenvolvimento profissional. Portanto, habitualmente, a EC emprega métodos de transmissão de informações de forma tradicional, não valorizando os saberes preexistentes e a construção de novos conhecimentos, oportunizando o desenvolvimento profissional, assim como sua participação eficaz no dia-a-dia da instituição (CUNHA; MAURO, 2010). As ações de EC são descritas como palestras, treinamentos e cursos que ocorrem subsequentemente à formação inicial, mas não criam condições para que esse conhecimento seja reelaborado em face das condições reais dos próprios serviços (PASCHOAL et al., 2007).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada como uma relevante estratégia para promover mudanças de procedimentos nas unidades de saúde, pois se baseia em pressupostos de ensino problematizador e aprendizagem significativa (PEREIRA et al., 2018). A premissa da EPS é a de que o processo de ensino-aprendizagem se dá pela reflexão sobre a realidade vivida no dia a dia do trabalho, onde os profissionais têm a

oportunidade de pensar sobre atuações e condutas para buscar estratégias inovadoras e meios de superação das dificuldades, tanto particulares quanto gerais.

O exercício da prática profissional em situação de ensino, como a residência médica, por exemplo, traz benefícios para todos os envolvidos nesse processo. Observam-se oportunidades de aperfeiçoamento em via de mão dupla, pois os alunos são beneficiados na sua formação no campo da prática, ao mesmo tempo em que passa a haver um intercâmbio entre o ensino e o serviço (ANDRADE et al., 2011). Assim, a EPS concretizada no ambiente de trabalho é um aporte fortalecedor não só da qualidade dos serviços à comunidade, mas das condições de trabalho das equipes e do processo formativo de médicos residentes, em um fluxo de integração. As pessoas em formação conseguem, com base em suas experiências e estratégias participativas, construir novos conhecimentos e desenvolver suas habilidades que, por sua vez, qualificam o serviço, consolidam a integração ensino-serviço e o trabalho em equipe, favorecendo a educação continuada e a educação permanente em saúde, fatores que promoverão melhorias no treinamento em serviço dos residentes (Figura 1).

Figura 1 – Representação das relações entre Educação em serviço, educação continuada e educação permanente para profissionais da saúde no SUS



Fonte: Elaboração dos autores (2020).

A educação do dia a dia no âmbito do trabalho é potencialmente vantajosa, pois as situações vivenciadas são analisadas de forma crítica e reflexiva pelos próprios profissionais em um processo de educação permanente (SIGNOR et al., 2015). A iniciação ou a alteração de uma prática nos serviços de saúde implica trabalhar não somente o desenvolvimento de outras aptidões, mas, além disso, e especialmente, o aprimoramento das próprias práticas de

saúde desenvolvidas pelos trabalhadores em confronto com os problemas em seu processo de trabalho.

A origem do conceito de EPS remonta a cerca de cinco décadas, quando a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), tendo conhecimento das falhas na formação das equipes de saúde, recomendou, na década de 1970, um debate para a constituição de um novo modelo pedagógico que aprimorasse as práticas na saúde (LIMA; RIBEIRO, 2016). Teve início, naquele momento, uma busca relativa às bases da Educação Permanente, até então discutida apenas na área da educação.

A denominada Educação Permanente em Saúde (EPS) surgiu em meados da década de 1980, tendo sido disseminada pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS (1988). Esta Organização também afirmou haver uma distinção entre as expressões “educação permanente” e “educação continuada”, considerando esta última mais limitada em seu escopo (LEMOS, 2016).

A EPS passou a obter maior proeminência no Brasil em 2003, por meio da Portaria nº 198, que instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), reformulada posteriormente, em 2007, indicando a

necessidade de mudança nas práticas de formação, atenção, gestão e controle social, pretendendo alterar a lógica da repetição e da fragmentação dos cursos denominados de “capacitação” (BRASIL, 2007).

A PNEPS traz como “princípio de formação e desenvolvimento para o SUS” (BRASIL, 2009, p. 20), em todos os âmbitos,

[...] as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. (BRASIL, 2009, p. 20)

Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde , a EPS é definida

[...] como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que, os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática. (BRASIL, 2007).

Porém, na revisão da literatura, percebe-se que há ampla dificuldade em praticar a EPS de modo crítico e

participativo, embora a sua institucionalização como política nacional tenha mais de uma década (PEREIRA et al., 2018).

Sob uma perspectiva mais abrangente, a EPS tem o objetivo de transformação no desenvolvimento profissional, pois “articula esferas como a gestão, os serviços de saúde, as instituições de ensino e órgãos de controle social” (PEIXOTO et al., 2013, p. 336). Contudo, existem vários obstáculos na sua implementação, pois há resistência dos próprios profissionais da saúde, e a disponibilidade dos trabalhadores é imprescindível nesse processo pois se trata de uma modificação de natureza político-social, partindo da compreensão da realidade dos profissionais no trabalho, e mediada pela integração ensino-serviço-assistência.

Nesse sentido, a EPS constitui-se em uma das opções de transformações no espaço de trabalho, uma vez que inclui configurações distintas de educação e aprendizado, transcendendo o simples tecnicismo e os cursos separados de capacitação, estimulando a participação ativa dos educandos e o desenvolvimento da sua capacidade crítica e reflexiva. Portanto, considera-se que a educação permanente busca mudar as práticas profissionais existentes mediante conhecimento erigido pelo exercício da

reflexão dos próprios trabalhadores, estudantes e demais integrantes dos serviços de saúde (SILVA et al., 2017).

Diante das incomensuráveis dificuldades que se observam na prática dessas ações, pode-se perceber que tal articulação requer um esforço contínuo de todos os envolvidos no processo, assim como na conciliação de interesses diversos. De acordo com a PNEPS (BRASIL, 2009), aprender no trabalho, vinculando o “aprender e o ensinar” às práticas diárias no serviço, é Educação Permanente, e esta se fundamenta na “aprendizagem significativa” e na oportunidade de “transformar as práticas profissionais”.

inda conforme o texto da PNEPS (BRASIL, 2009, p. 20),

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em

saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Dentro da PNEPS, a formação de profissionais de saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores atuantes no SUS precisam ocorrer de modo inseparável, pautados nas demandas de saúde da população e nas particularidades locais.

A qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos, as práticas pedagógicas na formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde são fatores inter-relacionados dinamicamente. Andrade et al. (2011) salientam, nesse sentido, que o conhecimento sobre as atribuições das esferas gestoras em EPS contribui para dar visibilidade e possibilitar uma avaliação dos processos de gestão, assim como a execução das ações em cada nível de atuação.

A avaliação dos processos melhor se desenvolverá quando estruturas efetivas de gestão e integração ensino-serviço se constituem e materializam as possibilidades de realização da política pública de EPS.

Por fim, o conjunto de ações de EPS e as decisões para seu completo funcionamento demandam a realização de

pesquisas, em virtude dos momentos distintos de gestão do SUS no País.

Referências

ANDRADE, S. R.; MEIRELES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 373-381, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, 20 de agosto de 2007: dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF), 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 26 abr. 2019.

CUNHA, A. C.; MAURO, M. Y. C. Educação continuada e a norma regulamentadora 32: utopia ou realidade na enfermagem? **Rev. bras. Saúde ocup**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 305-313, 2010.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.

LIMA, L. P. S.; RIBEIRO, M. R. R. A. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 483-501, 2016.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **REME Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Educación permanente de personal de salud en la región de las américas. **Fascículo I: Propuesta de reorientación. Fundamentos. Serie de desarrollo de recursos humanos.** Washington. n. 78, 1988.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-484, 2007.

PEIXOTO, S. L *et al.* Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enfermería Global** [Online], v. 29, p. 325-340, 2013. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf. Acesso em: 05 jun. 2020.

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. The multidisciplinary work in the Family health strategy: a study on ways of teams. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327-40, 2013.

SILVA, J. A. M., *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, p. 16-24, 2015.

CAPÍTULO 10

TEORIA EXPERIENCIAL DE APRENDIZAGEM E ENSINO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Ligiane Medeiros Diógenes
André Luiz Bonifácio de Carvalho
Rilva Lopes de Sousa Muñoz

Docentes e gestores de escolas de graduação em medicina têm a responsabilidade de proporcionar aos seus alunos a aquisição dos conhecimentos técnicos necessários, assim como os saberes humanísticos suficientes, possibilitando que o futuro profissional médico seja capaz de atuar adequadamente no processo de saúde-doença das pessoas e da comunidade, nos diferentes níveis de atenção e na perspectiva da assistência integral (ASSUNÇÃO et al., 2008).

Contudo, nas últimas décadas, o ensino médico tem recebido críticas quanto às dificuldades de desenvolvimento do potencial intelectual dos estudantes — a habilidade de análise, a dimensão humanística e o raciocínio crítico (FERREIRA et al., 2010).

É preciso capacitar os estudantes de medicina para poderem intervir em contextos de incerteza e complexidade. Nesse aspecto, recentemente, as discussões sobre metodologias ativas aplicadas ao ensino médico tomaram maiores proporções, inseridas nos planos curriculares dos cursos recém-criados e sendo absorvidas pelas antigas escolas mais tradicionais após suas reformas curriculares (SANTOS; MOGNON, 2010).

Essas metodologias ativas têm como ponto principal a autonomia do discente, que é reconhecido como protagonista do seu próprio aprendizado, em um processo ativo direcionado para si. Nesse contexto, o aluno faz uma interpretação própria das suas experiências durante a aprendizagem (SANTOS; MOGNON, 2010). Entende-se que cada pessoa tem um estilo de aprendizagem individual e se esse estilo for trabalhado adequadamente, mais estudantes serão bem-sucedidos (FERREIRA et al., 2010; CERQUEIRA, 2000).

À medida em que ganham espaço as reflexões sobre as necessidades de transformação dos modelos de ensino-aprendizagem, privilegiando aqueles voltados ao desenvolvimento integral dos estudantes de medicina, ainda há uma tradição de ensino que permanece indiferente às

novas descobertas sobre como os estudantes aprendem (MOURTHE JUNIOR et al., 2018).

Um dos fatores pedagógicos que podem contribuir para a melhoria da formação de estudantes de medicina em relação aos mencionados aspectos é o conhecimento dos processos cognitivos envolvidos no aprendizado, o que possibilita ativar, à luz desse conhecimento, os processos cognitivos que possibilitam aos alunos aprender melhor e fortalecer competências específicas (PELLÓN; ARAN, 2013). Nesse sentido, o conhecimento dos estilos de aprendizagem pode auxiliar significativamente tanto os professores quanto os alunos, na medida em que os professores poderiam adaptar as técnicas didático-pedagógicas aos estilos de aprendizagem, enquanto os estudantes, ao obterem conhecimento sobre como aprendem melhor, poderiam ser capazes de identificar e usar técnicas de aprendizagem mais adequadas aos seus estilos individuais, resultando em maior satisfação educacional e desempenho acadêmico (SAMARAKOON et al., 2013).

A relevância do tema proposto se justifica também porque, no processo investigativo e reflexivo do docente, a aprendizagem é um dos temas nucleares (DEMO, 2011). Nesse âmbito, os alunos que não se adaptarem a um novo

contexto de instrução, como na passagem de um ciclo para outro na graduação, podem enfrentar dificuldades acadêmicas. Como a medicina é uma profissão baseada na ciência orientada para a saúde de pessoas, os alunos têm que dominar conteúdo das ciências básicas para as quais conceituação abstrata e reflexões são necessárias, mas também necessitam vivenciar o relacionamento interpessoal que implica a capacidade de se conectar empaticamente com o paciente e agir de forma eficaz em situações críticas (BITRAN et al., 2012).

Ao aplicar esta questão ao ensino de medicina, supõe-se inicialmente que os estilos de aprendizagem diferem entre estudantes de graduação em medicina de diferentes fases do curso, independentemente da diversidade dos métodos de ensino empregados em vários estágios do currículo (JIRAPORNCHAROEN et al., 2015).

Durante o ciclo pré-clínico, os estudantes de medicina geralmente têm aulas predominantemente expositivas, enquanto no ciclo clínico do currículo, o principal método de ensino é o aprendizado no contexto de situações clínicas reais ou simuladas. Na fase do internato, no terceiro ciclo da graduação em medicina, os alunos passam a desenvolver habilidades clínicas trabalhando conjuntamente com uma

equipe multidisciplinar de saúde no hospital, em unidades básicas de saúde e em maternidades. Se os métodos de ensino diferirem entre os estágios pré-clínico e clínico, supõe-se que as associações entre estilos de aprendizagem e aproveitamento acadêmico também podem variar dependendo da fase curricular (JIRAPORNCHAROEN et al., 2015).

O tema dos estilos de aprendizagem foi investigado empiricamente por diferentes autores em âmbito nacional e internacional, e em diferentes áreas e subáreas do conhecimento, como nas áreas da saúde, engenharia, educação e contabilidade. Em relação à subárea da medicina, realizaram-se pesquisas tanto em âmbito internacional (OJEH et al., 2017; HERNÁNDEZ-TORRANO et al., 2017; PELLÓN et al. 2013) quanto nacional. Dentre as pesquisas realizadas no Brasil com estudantes de medicina, podem-se citar dois estudos conduzidos na região Sudeste do Brasil (SOBRAL, 2005; RIBEIRO, 2015). Além desta escassez de estudos em relação ao conhecimento dos estilos de aprendizagem de estudantes de medicina no país, há apenas um estudo com esse objetivo no Nordeste do Brasil (LIMA; SILVA, 2016).

Por outro lado, na literatura científica na área de educação médica ainda não existem observações empíricas sobre possíveis diferenças no estilo de aprendizagem dos alunos entre regiões do Brasil (BEENA; VIJAYAN, 2016). Já na área da saúde, há pesquisas sobre estilos de aprendizagem no Brasil envolvendo especificamente estudantes de enfermagem (SILVA, 2017), farmácia (CZEPULA et al., 2016) e odontologia (REIS et al., 2012). Em outras áreas do conhecimento, estudos sobre estilos de aprendizagem são mais frequentes. Foi realizado um estudo com estudantes de graduação de diferentes cursos vinculados a instituições de ensino superior, públicas e privadas, abrangendo as cinco regiões do país, incluindo também estudantes de medicina (CERQUEIRA, 2008). No âmbito de outras disciplinas, em outras áreas que não a da Saúde, citam-se as pesquisas de Lima (2007), Cerqueira (2000), Santos e Mognon (2010), assim como Brandão e Temóteo (2015).

A relevância da abordagem dos estilos de aprendizagem decorre da importância da identificação de estilos de aprendizagem de estudantes de medicina, visando maior eficácia nos métodos de ensino-aprendizagem, mas também o autoaprendizado, sobretudo em um momento de

tentativas de mudança nos modelos de educação médica no Brasil (BRASIL, 2014; BRASIL, 2001), e das dificuldades encontradas nos processos de mudança de metodologias (BOLLELA et al., 2014), particularmente em escolas mais antigas e com ensino tradicional, como é o caso do curso de graduação em medicina de grande número de escolas médicas brasileiras, ao lado de escolas que foram fundadas na vigência das novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em medicina.

As mudanças nas estratégias pedagógicas na educação médica nos últimos trinta anos mostram que, embora se acredite que, por meio de metodologias ativas de ensino, pode-se modificar o perfil do egresso da escola médica, os resultados encontrados nas avaliações não comprovam os ganhos cognitivos esperados (TEÓFILO et al., 2017), sendo necessário abordar outras variáveis relevantes nesta problemática, como a dos estilos de aprendizagem (CZEPULA et al., 2016; LOPES, 2018; JOHNSON, 2009).

Contudo, o modelo da aprendizagem experiencial não é composto por uma única teoria, mas engloba uma série de conceitos relacionados e modelos de aprendizagem. Considera-se que, nesse processo, as ideias são constantemente formuladas e reformuladas através de

experiências de vida, sendo esta uma das razões pelas quais essa perspectiva é utilizada na aprendizagem de adultos.

Para entender essa questão, há teorias de aprendizagem correntemente aplicáveis no processo de ensino-aprendizagem de estudantes de graduação em medicina, porém destacam-se aqui as seguintes abordagens, segundo Alshok (2016): a Teoria da Aprendizagem de Adultos de Malcolm Knowles (KNOWLES et al., 2009), o Modelo VARK (acrônimo de Visual, Aural, Read/Write e Kinesthetico), proposto por Neil Fleming (FLEMING, 2001), a Teoria das Inteligências Múltiplas, de Howard Gardner (GARDNER, 1994), além do Modelo de Aprendizagem Vivencial de Kolb (KOLB, 2015). Valaski (2011) concluiu que, considerando-se o estudo dos estilos de aprendizagem de todas as áreas do conhecimento, o modelo mais usado é o de Felder e Silverman, seguido pela Teoria de Aprendizagem Experiencial de Kolb. Contudo, Brandão e Temóteo (2015) consideram que a abordagem mais aplicada no Brasil é a desenvolvida por David Kolb (2015).

A Teoria de Kolb enquadra-se em uma vertente cognitivista, embora tenha aspectos que se superpõem a outras correntes teóricas e práticas (humanística, processamento da informação, comportamentalista,

construtivista), pois uma única abordagem teórica não abarca a multidimensionalidade dos processos associados na aprendizagem, os quais, conforme o próprio Kolb, consistem em dimensões de ordem afetiva, perceptiva, simbólica e comportamental (KOLB, 2015).

Além disso, em suas pesquisas, Kolb trabalhou com John Dewey, para enfatizando o desenvolvimento natural da experiência e seu papel no aprendizado. R, realizando também estudos com Jean Piaget, visando uma avaliação do desenvolvimento cognitivo. Nesse sentido, como mencionam Reis et al. (2007), Kolb deu esse nome ao seu modelo teórico para enfatizar os vínculos existentes entre os estudos destes referidos grandes teóricos da área da educação, procurando incrementar o papel que a experiência provoca na aprendizagem e, desse modo, distinguindo o seu modelo das teorias exclusivamente cognitivistas do processo de aprendizagem, assim como tornando seu método, de certo modo, “ecletico”, como classifica criticamente o autor finlandês Miettinen (2000). A Teoria de Aprendizagem Experiencial de Kolb destaca-se por ser factível em sua aplicação e análise, além de ter comprovada confiabilidade e validade testada (PEREIRA, 2005). Kolb define “Estilos de Aprendizagem” como

diferenças individuais nas preferências dos alunos nas diferentes fases do ciclo de aprendizagem (CERQUEIRA 2000) e “aprendizagem” como um processo em que o conhecimento é criado por meio da transformação da experiência. Assim, os estilos de aprendizagem se apresentam como as características cognitivas, afetivas e fisiológicas relativamente estáveis de como um aprendiz percebe, interage e responde ao ambiente de aprendizagem (BHAGAT et al., 2015).

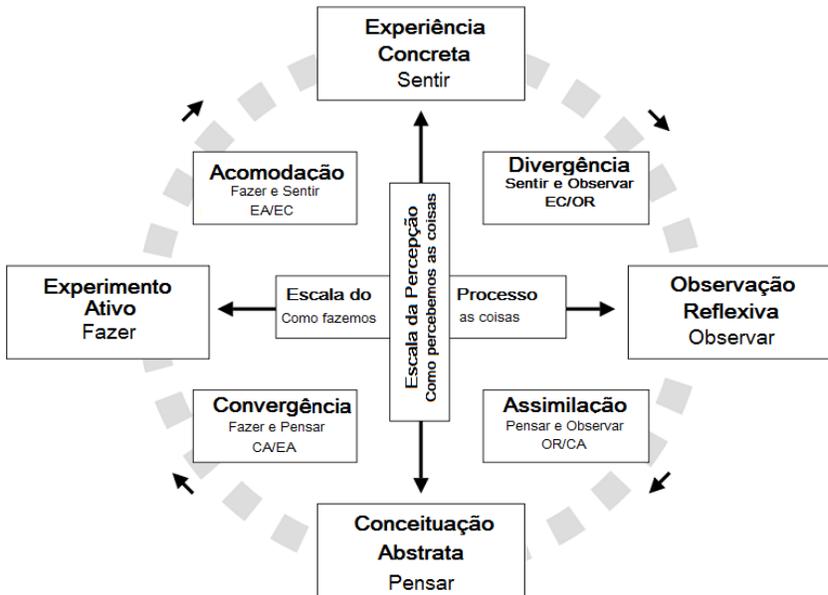
Para que a aprendizagem seja efetiva, é necessário que os aprendizes tenham quatro habilidades, resultantes das dimensões de abstração-concretude e ação-reflexão (KOLB, 2015), como um ciclo quadrifásico que engloba as etapas de experiência concreta, observação reflexiva, conceituação abstrata e experimentação ativa. Ou seja, a pessoa progride através de um ciclo de quatro etapas: (1) ter uma experiência concreta, seguida de (2) observação e reflexão sobre essa experiência, que leva (3) à formação de conceitos abstratos (análise) e generalizações (conclusões), que são então (4) usadas para testar hipóteses em situações futuras, resultando em novas experiências. Kolb (1974) vê o aprendizado como um processo integrado, com cada estágio apoiando-se mutuamente e alimentando-se no seguinte. É

possível entrar no ciclo em qualquer estágio e segui-lo através de sua sequência lógica. Essas etapas estão ilustradas na Figura 1 e são descritas sumariamente a seguir:

- Experiência Concreta: envolver-se completa, aberta e imparcialmente em novas experiências;
- Observação Reflexiva: refletir sobre essas experiências, observá-las a partir de diversas perspectivas;
- Conceituação Abstrata: criar conceitos que integrem suas observações em teorias, sólidas em termos de lógica;
- Experimentação Ativa: usar essas teorias para tomar decisões e resolver problemas.

Uma apresentação típica dos dois contínuos de Kolb pode ser observada na Figura 1, em que o eixo leste-oeste é chamado de “Contínuo de Processamento” (como se aborda uma tarefa) e o eixo norte-sul é chamado “Contínuo de Percepção” (resposta emocional, ou como se pensa ou sente a respeito dela). Esses estilos de aprendizagem são a combinação de duas linhas de eixo (contínuo), cada qual formado entre aquilo que Kolb (1984) chama de “experiência compreensiva” (fazer ou observar) e de “experiência transformadora” (sentir ou pensar).

Figura 1 - Ciclo de aprendizagem Experiencial de Kolb.
Elaborado com base em Kolb (2015)



Fonte: Adaptação a partir de ilustração de Kolb (1984).

Com base nessa teoria, o Inventário de Estilo de Aprendizagem de Kolb, composto de doze itens, mapeia o processo de aprendizagem sobre dois eixos, o da percepção e o do processamento da informação, dando origem a quatro estilos de aprendizagem (BECKER, 2013) cujas principais características identificam as preferências dos alunos de forma a estabelecer as suas questões. Kolb classificou esses estilos da seguinte maneira: (a) O tipo 1 - divergente

(observador), que integra a experiência com seus valores pessoais; é criativo; tem facilidade para propor alternativas e reconhecer problemas; (b) O tipo 2 – assimilador (pensador), integra a experiência com o conhecimento existente; utiliza a dedução para resolver problemas; trabalha bem com detalhes e dados; é mais interessado pela lógica de uma ideia que pelo seu valor prático; (c) O tipo 3 – convergente (examinador), integra teoria e prática, procura sempre a melhor solução para um problema prático e é melhor com tarefas técnicas e resolução de problemas que com eventos sociais e interpessoais; e (d) O tipo 4 – acomodador (atuador), integra a experiência com sua aplicação e adapta-se facilmente a novas situações, é independente.

O ciclo de aprendizagem proposto por Kolb (1984) oferece um referencial para conduzir o processo educacional, contribuindo também para descobrir o ritmo de estudo e a forma como administrar o tempo para que a aprendizagem ocorra de modo organizado e disciplinado. Essa característica propicia o desenvolvimento da autonomia do aprendiz.

As diferenças na distribuição dos estilos de aprendizagem podem também ser resultantes das

diferenças nos cenários de aprendizagem, pois o ambiente clínico propriamente dito poderia contribuir para uma mudança no estilo de aprendizagem, independentemente da diversidade de métodos de ensino empregados em vários estágios do currículo (JIRAPORNCHAROEN et al., 2015). Além do cenário de aprendizagem, a integração com a comunidade, com o objetivo de formar profissionais com um perfil diferente, crítico-reflexivos, capazes de compreender os anseios e necessidades da população, também constitui um aspecto relevante para a aprendizagem experiencial.

Por outro lado, quando há expansão do número de cursos de medicina como ocorreu no Brasil na última década, existe um aumento da probabilidade de maior diversificação nos estilos de aprendizagem dos alunos do que foi observado no passado. Apenas no período de 2013 a 2015, 42 municípios brasileiros receberam novas escolas médicas. O acesso à graduação tornou-se mais amplo e, supõe-se que um maior contingente de alunos provenha de contextos sociodemográficos mais heterogêneos

Em revisão narrativa realizada por Pena et al. (2014), considera-se que estudantes de medicina são mais frequentemente divergentes, isto é, o oposto dos convergentes. Os divergentes combinam características de

experiência concreta e observação reflexiva, são indivíduos que se destacam por suas habilidades para contemplar as situações de diversos pontos de vista e organizar muitas relações em um todo significativo. São denominados divergentes porque atuam bem nas situações que pedem novas ideias, são criativos, geradores de alternativas, reconhecem os problemas e compreendem as pessoas. Por uma excessiva polarização, as múltiplas alternativas podem impedir a tomada de decisões nos indivíduos que adotam esse estilo de aprendizagem; parecem mais aptos para as organizações de serviços e para as artes (CERQUEIRA, 2008).

Por outro lado, em cursos como medicina, engenharia civil e matemática, o aproveitamento acadêmico está mais fortemente associado à inteligência fluida, que se refere às operações mentais que uma pessoa utiliza quando enfrenta situações relativamente novas, nas quais os conhecimentos habituais não são suficientes (PRIMI et al., 2002). Usando uma regressão logística, estes autores observaram que os assimiladores preferiam o ensino com metodologia tradicional, comparado com a aprendizagem baseada em problemas, com bom desempenho em provas teóricas (GURPINAR, 2010). Outro pesquisador encontrou

resultados semelhantes em um curso de medicina do Canadá, e concluiu que os alunos assimiladores valorizavam mais as aulas expositivas e cursos centrados na teoria e no professor, enquanto estudantes convergentes preferiam aplicações práticas, com menos ênfase na teoria, valorizando atividades em laboratórios, projetos, estudos de caso, trabalho em equipe e outras propostas que lhes permitiam colocar em prática conhecimento adquirido (CAMPEAU, 1998).

A concepção de aprendizagem experiencial é uma abordagem estabelecida na educação de adultos, ou andragogia (MIETTINEN, 2000), tema desenvolvido em outro capítulo deste livro. Por isso, a lógica do processo de autorregulação da aprendizagem é central nesta discussão no sentido de conduzir a uma aprendizagem mais autônoma e proativa, onde o aprendiz mobiliza as suas características pessoais e desenvolve estratégias assertivas para maximizar a sua aprendizagem nas mais diversas áreas (CERQUEIRA, 2008). Além disso, a conscientização deste processo conduz a um maior envolvimento motivacional e à utilização de estratégias metacognitivas, ou seja, do “aprender a aprender”, pois estilos de aprendizagem são características internas do adulto, frequentemente não percebidas ou

conscientemente utilizadas pelos aprendentes para a compreensão de novas informações, conforme abordado no capítulo 3.

Por essa razão, a identificação dos estilos preferenciais de aprendizagem tem um papel preponderante no processo metacognitivo de “aprender a aprender”, uma vez que, de posse desse conhecimento, cada indivíduo percorrerá seu próprio caminho, superando a instrução transmitida da forma tradicional em sala de aula e traçando, assim, autonomamente, a sua trajetória em direção à competência em aprender. O aprendizado pode se desenvolver de forma exponencial desde que se adote uma postura de ativar e gerenciar as estratégias apropriadas (LOPES, 2018).

Atualmente, não existe um método consensualmente mais aceito para classificar o estilo de aprendizagem dos adultos, havendo, paralelamente à diversidade de teorias, várias escalas classificatórias potenciais em uso. A maioria dessas escalas e classificações são mais semelhantes do que distintas, e enfocam preferências ambientais, modalidades sensoriais, tipos de personalidade e/ou estilos cognitivos (ROMANELLI et al., 2009).

Existem vários instrumentos para classificação dos estilos de aprendizagem, dirigidos a grupos diversos e, naturalmente, com diferentes metodologias. Porém, nenhum dos instrumentos abrange plenamente toda a gama de traços cognitivos, afetivos e fisiológicos, e muito menos a dinâmica inerente a esses traços, subjacente aos quais há sujeitos concretos, envolvidos numa complexa e dinâmica trama de relações psicossociais, econômicas e culturais (CERQUEIRA et al., 2008).

Não se pode, portanto, adotar uma postura reducionista, devendo-se perceber que os estilos de aprendizagem se desenvolvem como consequência da interação de diversos fatores (fatores hereditários, fatores de experiência prévios e exigências do ambiente e do contexto), o que aponta para a relevância das transações entre sujeito e contexto no desenvolvimento desses padrões (PÉLLON et al., 2013). Portanto, a falta de uma estrutura conceitual hegemônica para a teoria e a medição do estilo de aprendizagem é uma crítica comum e central na área de pesquisa educacional na saúde (SIMÃO; FRIZON, 2013; ROMANELLI et al., 2009).

Considerações finais

Há uma tendência no ensino universitário para instruir todos os alunos da mesma forma, preponderantemente buscando o aprendizado no formato tradicional de aulas expositivas. Mas os professores devem procurar usar múltiplos modos de apresentação de informações, o que exige que se desviem de seus próprios modos de ensino preferidos e aprendam a usar uma variedade de metodologias, o que deve afetar positivamente a aprendizagem. Para responder a estas demandas, é necessário ajudar os aprendentes a serem cada vez mais autônomos, estratégicos e motivados na sua aprendizagem em contexto acadêmico para que possam transferir os seus esforços e estratégias para outros contextos, sobretudo no caso da graduação em medicina, em que os alunos passam por diferentes fases sequencialmente, nos ciclos pré-clínico, clínico e internato, cujas demandas são diversas, além de haver a necessidade de aprendizado por toda a vida.

A diversidade de estilos de aprendizagem, quando adequadamente entendida por alunos e educadores, pode ser convertida em métodos diversificados de ensino e aprendizagem que permitem que mais estudantes alcancem sucesso. Em uma era de recursos restritos na área de

educação, juntamente com o aumento da demanda da comunidade por profissionais altamente treinados, críticos e reflexivos, os educadores serão confrontados com o potencial de aumentar a capacidade de alunos para processar informações e convertê-las em conhecimento. Mais importante do que transmitir conhecimentos, é capacitá-los no uso de ferramentas adequadas para a aquisição de conhecimento, sempre com uma visão crítica, sob pena de formar profissionais da saúde ineficientes e que não atenderão as necessidades de saúde da população.

Não existe um estilo mais apropriado para o “aprender medicina”, e sim uma estratégia apropriada para cada estudante em um dado momento do curso. Conhecer o seu estilo de aprendizagem propicia ao discente a capacidade de otimizar o seu próprio aprendizado. À medida que esse conhecimento se aprofunda, o estudante mais experiente pode ser capaz de mudar o seu estilo de aprendizagem segundo a habilidade que lhe seja solicitada, por exemplo: estar envolvido, saber escutar, criar ideias ou tomar decisões, tornando-se, assim, um profissional mais efetivo.

Considerando a formação de um novo profissional em constante aperfeiçoamento e apto a trabalhar em equipes

multiprofissionais, o docente, conhecedor da individualidade de cada estudante e convicto do seu papel de facilitador do aprendizado, poderá envolver em sua prática pedagógica todos os estilos de aprendizagem, garantindo que cada discente aprenda o que necessita aprender para poder ser o profissional que a sociedade necessita.

Referências

ALSHOK, M. M. How do Medical Students Learn? **International Journal of Clinical Medicine** [Online], v. 7, p. 792-799, 2016. Disponível em: http://file.scirp.org/pdf/IJCM_2016112917101129.pdf. Acesso em 06 set. 2019.

BITRAN, M., *et al.* Medical students' change in learning styles during the course of the undergraduate program: from 'thinking and watching' to 'thinking and doing'. **Canadian Medical Education Journal** [Online], v. 3, n. 2, p. 86-97, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563626/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

BOLLELA, V. B., *et al.* **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde**: aprendendo com a experiência brasileira. Ribeirão Preto: FUNPEC-Editora, 2014.

BRANDÃO, J. M. F.; TEMÓTEO, J. A. G. “Como eu aprendo?”: um estudo sobre os estilos de aprendizagem de discentes do Curso de Bacharelado em Hotelaria da UFPB. *In*: SEMINÁRIO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM TURISMO, 11., Natal, 2015. **Anais...** Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2015. Disponível em: <https://www.anptur.org.br/anais/anais/files/12/61.pdf>. Acesso em: 27 set. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES 3/2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 23 de junho de 2014. Seção 1, p.8-11.

CERQUEIRA, T. S. C. Estilos de aprendizagem de Kolb e sua importância na educação. **Revista Estilos de Aprendizagem**, Campinas, v. 1, n. 1, p. 109-123, 2008.

CERQUEIRA, T. S. C. Estilos de aprendizagem em universitários. 2000. Doutorado (Tese) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2000.

CORTÉS, M.; GUILLÉN, O. J. F. Learning Styles of Undergraduate Medical Students. **Univ Med.**, Bogota, v. 59, n. 2, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2310/231054933003/html/index.html>. Acesso em: 05 jun. 2020.

DE GROOT, A. M. B. **Language and Cognition in Bilinguals and Multilinguals**: an introduction. Amsterdã: Psychology Press, 2010.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Rev. bras. educ. Med**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

GURPINAR, E., *et al.* Can learning style predict student satisfaction with different instruction methods and academic achievement in medical education? **Adv Physiol Educ.** [Online], v. 34, n. 4, p. 192-6, 2010. Disponível em: http://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/advan.00075.2010?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 5 jun. 2020.

JIRAPORNCHAROEN, W., *et al.* Learning styles and academic achievement among undergraduate medical students in Thailand. **J Educ Eval Health.** [Online], v. 12, p. 38, 2015. Disponível em: <https://www.jeehp.org/DOIx.php?id=10.3352/jeehp.2015.12.38>. Acesso em: 5 jun. 2020.

LIMA, A. I. A. O. **Estilos de aprendizagem segundo os postulados de David Kolb**: uma experiência no curso de odontologia da UNOESTE. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, 2007. Disponível em: http://bdtd.unoeste.br:8080/jspui/bitstream/tede/845/1/DISSERTACAO%20ANGELITA_PUBLICAR_doc.pdf. Acesso em: 2 jun. 2019.

KNOWLES, M. S.; HOLTON, E. F.; SWANSON, R. A. **Aprendizagem de resultados**: uma abordagem prática

para aumentar a efetividade da educação corporativa. Rio de Janeiro: Campus, 2009.

KOLB, D. A. **Experimental learning**: experience as the source of learning and development. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1984.

KOLB, D. A. **Experiencial Learning**: Experience as de source of learning and development. 2. ed. New Jersey: Pierson Education, 2015

KOLB, D. A.; KOLB, A. Y. **The Kolb learning style inventory 4.0**: Guide to theory, psychometrics, research & applications. Kaunakakai, HI: Experience Based Learning Systems, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/303446688_The_Kolb_Learning_Style_Inventory_40_Guide_to_Theory_Psychometrics_Research_Applications. Acesso em: 05 abr. 2018.

LOPES, A. C. A explosão numérica das escolas médicas brasileiras. **Educación Médica** [Online], v. 19, n. 1, p. 19-24, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300263>. Acesso em: 5 jun. 2020.

MIETTINEN, R. The concept of experiential learning and John Dewey's theory of reflective thought and accion. **International Journal of Lifelong Education** [Online], v. 19, n. 1, p. 54-72, 2000. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/026013700293458?needAccess=true>. Acesso em: 5 jun. 2020.

MOURTHE JUNIOR, C. A.; LIMA, V. V.; PADILHA, R. Q. Integrando emoções e racionalidades para o

desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 577-588, 2018.

OJEH, N., *et al.* Learning style preferences: A study of pre-clinical medical students in Barbados. **J Adv Med Educ Prof.** [Online], v. 5, n. 4, p. 185-194, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5611428/>, Acesso em: 5 jun 2020.

PELLON, M.; NOME, S.; ARAN, A. Relação entre estilos de aprendizagem e rendimento acadêmico dos estudantes do quinto ano de medicina. **Rev. bras. oftalmol** [Online], v. 72, n. 3, p. 181-184, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72802013000300008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 jun. 2020.

PENA, A. F. R.; CAVALCANTE, B.; MIONI, C. C. A Teoria de Kolb: análise dos estilos de aprendizagem no curso de Administração da Fecap. **R. Linceu On-line**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 64-84, 2014

PRIMI, R.; SANTOS, A. A.; VENDRAMINI, C. M. Habilidades básicas e desempenho acadêmico em universitários ingressantes. **Estud. psicol.**, Natal, v. 7, n. 1, p. 47-55, 2002.

REIS, L. G., *et al.* Associação entre estilos de aprendizagem e a preferência por Contabilidade de Custos e Gerencial: estudo por meio da Correspondence Analysis. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CUSTOS, 14., João Pessoa, 2007. **Anais...** João Pessoa: s.l, 2007 Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/viewFile/1450/1450>. Acesso em: 27 set. 2019.

RIBEIRO, R. A. **Estilos de aprendizagem e interfaces online**: aporte ao ensino presencial em saúde, na disciplina Interação Universidade-Serviço-Comunidade I da Faculdade de Medicina de Botucatu. 2015. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

ROMANELLI, F.; BIRD, E.; RYAN, M. Learning styles: a review of theory, application, and best practices. **Am J Pharm Educ.** [Online], v. 73, n. 1, p. 9, 2009. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690881/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

SANTOS, A. A. A.; MOGNON, J. F. Estilos de Aprendizagem em Estudantes Universitários. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 60, n. 10, p. 229-241, 2010.

SCHMITT, C. S.; DOMINGUES, M. J. C. S. Estilos de aprendizagem: um estudo comparativo. Avaliação: **Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 361–386, 2016.

SILVA, S. R. L., *et al.* Análise comparativa dos estilos de aprendizagem por gênero em acadêmicos de uma faculdade de medicina. **Rev de Encontros Universitários da UFC**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 4328, 2016.

SOBRAL, D. T. Estilos de Aprendizagem dos Estudantes de Medicina e suas Implicações. **Rev Bras Educ Med**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 5-12, 2005. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022005000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 5 jun 2020.

CAPÍTULO 11

CENÁRIOS DE PRÁTICA DO ENSINO CLÍNICO PARA ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Rodrigo Magliano Barbosa
Daniel Idelfonso Dantas
Francisco Leite de Almeida Neto
Matheus Castro de Souza
Rilva Lopes de Sousa Muñoz

Introdução

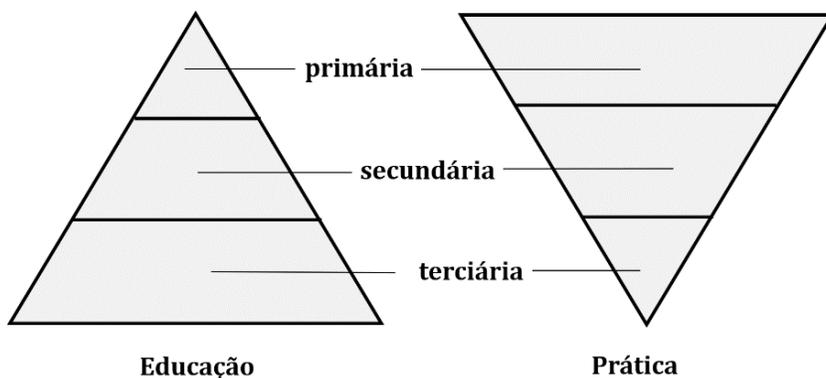
A educação médica passa por transformações na doutrina e na prática da formação profissional decorrentes de mudanças condicionadas por parâmetros tanto biologicistas quanto humanísticos e éticos (OLIVEIRA et al., 2008). Entre os grandes eixos temáticos desta área, o de cenários de prática de ensino-aprendizagem tem recebido ênfase, pela relevância para o processo de ensino-aprendizagem, mas também pelas inúmeras críticas nesse âmbito, desde a inadequação do conteúdo disciplinar até a distância da realidade de trabalho necessário à sociedade (BULCÃO, 2004). Nesse sentido, a diversificação dos

cenários de práticas tem sido uma das estratégias para a transformação curricular empreendida nos últimos 20 anos (PIMENTEL et al., 2015).

Os cenários de prática são os locais onde são realizadas as atividades de ensino-aprendizagem pelos estudantes da área da saúde (SILVA; SANTOS, 2010). Ensino clínico é definido como o ensino direcionado ao paciente e seus problemas e, geralmente, ocorre na presença deste, podendo acontecer em diversos cenários de ensino-aprendizagem, tais como enfermarias, ambulatórios, unidades básicas de saúde, serviços de urgência e emergência, salas de reuniões, entre outras (BORGES et al., 2015).

Embora a atenção primária seja amplamente percebida como a espinha dorsal de um sistema racional de serviços de saúde, a educação é amplamente baseada em disciplinas que não a medicina familiar. Existe uma discrepância entre o local de prática dos graduandos em medicina e o local onde educação médica teve as práticas sediadas: apesar de quase 60% dos graduandos em medicina passarem a trabalhar na atenção primária, menos de 10% do treinamento acontece neste nível de atenção.

Figura 1- O descompasso no equilíbrio entre as plataformas de educação e prática



Fonte: Adaptado de Aktürk et al. (2015).

A integração ensino-serviço de saúde também tem sido uma das reivindicações dos estudantes de medicina nessa área de cenários de prática (ALBUQUERQUE et al., 2008). No panorama nacional, a inserção dos estudantes na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo enfatizada como uma das principais estratégias para formação de um médico mais adequado às necessidades de saúde do país (SCHAEDLER, 2013). Além disso, há uma recomendação curricular atual de que a formação médica busque uma diversificação de cenários para o ensino prático (CAMPOS, 2007). Por outro lado, a utilização do Laboratório de

Habilidades passa a ser também um cenário para o desenvolvimento de atividades práticas nos cursos de Medicina (VARGA et al., 2009).

É evidente a importância de discussões críticas sobre onde estão sendo desenvolvidas as competências práticas dos futuros profissionais médicos. À medida que a pesquisa em educação médica continua a proliferar, as sínteses de evidências se tornarão cada vez mais importantes (COOK; WEST, 2012). Com base nessas considerações, buscou-se responder à pergunta sobre o volume, nível de evidência científica e principais objetivos da produção científica nacional e internacional sobre cenários de prática na formação médica no período de 2005 a 2012.

Métodos

O presente texto trata-se de uma revisão sistemática da literatura, entendida como

[...] resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de busca específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada (SAMPAIO; MANCINI, 2007, p. 84).

Para tanto, partiu-se da busca por artigos originais

enfocando a temática de cenários de práticas no ensino médico.

Consideraram-se estudantes de medicina como os alunos de cursos de graduação em programas médicos universitários que levam à qualificação de médicos (BURGESS et al., 2014). Foi considerado como artigo original a publicação com resultados primários de pesquisa científica apresentando dados originais de estudos experimentais ou observacionais, incluindo análise descritiva e/ou inferências de dados próprios.

A estratégia incluiu combinações dos seguintes termos de pesquisa: (1) Undergraduate Medical Education AND Practice AND Settings, (2) Undergraduate Medical Education AND Practice OR Workplace, (3) "Medical Education" AND "Learning Practical Skills"; (4) "Medical Student Training" AND "Undergraduate Medical Education", e seus correspondentes em português e espanhol. Em português, foi acrescentado o descritor "cenários de práticas" (associado com "estudantes de graduação em medicina" utilizando-se o operador AND), em virtude do fato de ser a expressão "cenários de prática" muito empregada no Brasil na teoria da educação médica (STELLA et al., 2009).

Tendo em vista a conhecida indexação de publicações em medicina e educação, pesquisaram-se os bancos de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), sendo as duas últimas acessadas através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Em virtude da padronização limitada nos termos utilizados por pesquisadores, algumas revisões sistemáticas valem-se de estratégias complementares para tornar a busca mais abrangente e abrangente (SOUZA et al., 2013). Assim, para ampliar o alcance desta revisão, duas estratégias complementares foram adotadas, procedendo-se também a busca manual direcionada especificamente aos seis periódicos existentes que enfocam especificamente temas de educação médica: *Advances in Health Sciences Education; Medical Education; Academic Medicine; BMC Medical Education; Medical Teacher; Medical Education Online; Journal of Graduate Medical Education; Educación Médica; Educación Médica Superior; Revista Brasileira de Educação Médica.*

A busca teve como limites temporais o período de janeiro de 2005 a dezembro de 2012. Para a elaboração da

revisão, realizaram-se as seguintes etapas: (1) definição da pergunta norteadora; (2) definição dos descritores; (3) definição dos critérios de elegibilidade; (4) busca nas bases de dados; (5) seleção dos artigos para compor a revisão; (6) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (7) análise e categorização dos estudos selecionados; (8) interpretação dos resultados; (9) classificação do nível de evidência dos artigos selecionados; e (9) relato e apresentação dos resultados.

Inicialmente, os títulos dos artigos resultantes da busca foram lidos e, em seguida, aqueles selecionados nesta primeira verificação tiveram seus resumos analisados a fim de verificar se realmente atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Após análise dos resumos, foram selecionados os estudos para leitura e análise na íntegra, uma vez que contemplavam os critérios de elegibilidade. Em seguida, foram extraídas as informações-chave, considerando-se as questões propostas para a investigação. Na análise e categorização dos estudos, foi caracterizado o corpus de análise, em que os artigos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, definindo-se categorias empíricas das temáticas.

A fim de minimizar vieses na seleção e interpretação dos estudos, duas duplas de pesquisadores realizaram simultânea e independentemente a busca nas bases de dados, assim como a extração de dados relevantes para o foco deste estudo. Novas leituras foram desenvolvidas com vistas à identificação de regularidade de aspectos relevantes, complementaridade e articulação entre as informações presentes em cada artigo, para a elaboração de um texto integrativo.

Os critérios de inclusão foram os seguintes: (1) artigos originais (publicações com resultados primários de pesquisa científica apresentando dados originais de estudos experimentais ou observacionais, incluindo análise descritiva e/ou inferências de dados próprios); (2) publicados entre janeiro de 2005 e dezembro de 2012; (3) disponibilidade do texto completo (artigos na íntegra); (4) incluindo de forma primária estudantes de graduação em medicina, mas podendo envolver secundariamente também estudantes de outros cursos de graduação; (5) abordando atividades curriculares; (6) enfocando contextos práticos clínicos e/ou cirúrgicos; e (7) estudos quantitativos, qualitativos ou de abordagem mista. Os critérios de exclusão foram os seguintes: (1) resenhas; (2) editoriais; (3) artigos

de revisão; (4) relatos de experiência; (5) resumos de dissertações e teses; (6) publicações não relacionadas à pergunta da pesquisa e que não atendiam ao objetivo proposto; (7) dados publicados apenas como resumo; e (8) artigos que se repetiram entre as bases. Existindo mais de um estudo do mesmo autor, foi excluído aquele com menor número de casos. Como o objeto principal desta revisão foram artigos que enfocavam cenários de práticas no ensino médico de graduação, excluíram-se os artigos sobre educação médica de pós-graduação, incluindo treinamento de residentes, educação médica continuada e desenvolvimento profissional.

A pergunta norteadora desta busca de evidências foi a seguinte: Qual foi a produção científica publicada como artigo original na literatura científica nacional e internacional entre 2005 e 2012 a respeito de cenários de prática no ensino médico para estudantes de graduação, e quais são suas características metodológicas e temáticas?

Para a extração e registro das informações-chave, foi elaborada e preenchida uma planilha que permitiu reunir e sintetizar tais elementos. Os dados eram relativos à autoria (nome dos autores) e às publicações (base de dados de indexação, título, ano, periódico, idioma, país de origem,

modelo do estudo, objetivos, fase do curso e principais resultados).

Os seis pesquisadores foram divididos em pares; ambos os membros de cada subgrupo leram os resumos dos artigos atribuídos separadamente e depois discutiram suas descobertas. Quando houve concordância, o artigo seguiu o processo. Se não, o artigo foi apresentado a todos os pesquisadores para posterior discussão e decisão.

Os artigos selecionados foram revisados e classificados de acordo com seu modelo de estudo em uma das oito categorias principais: relatos de casos e séries de casos; estudos de caso-controle; estudos de coorte; estudos transversais; estudos experimentais. Para avaliar o nível de evidência dos artigos, empregou-se a escala de graus de recomendação científica segundo o Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence vinculado a Universidade de Oxford.

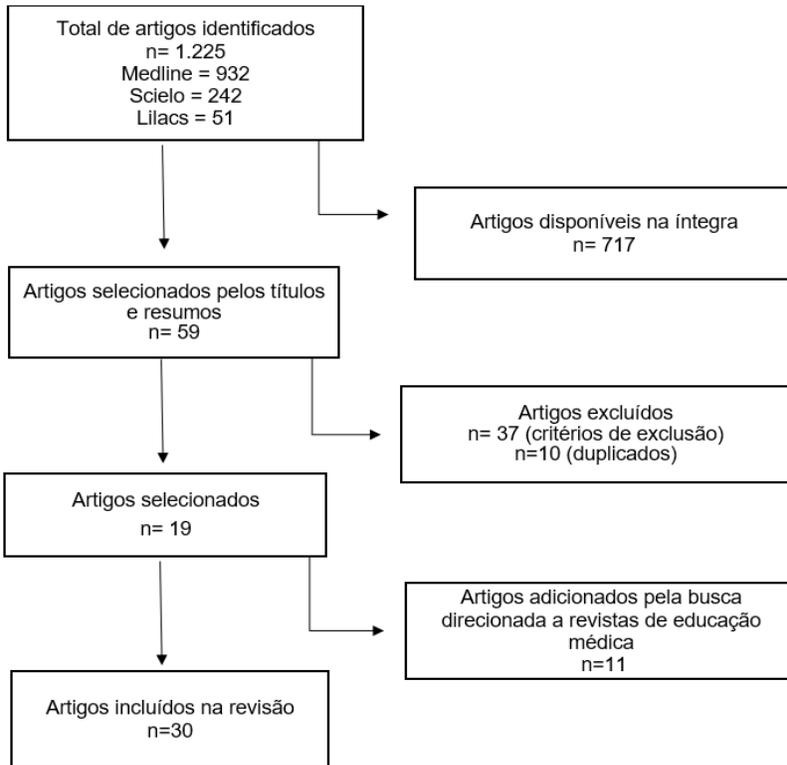
Os dados foram sintetizados de acordo com as áreas temáticas de pesquisa em educação médica e modelos de estudos. A análise de dados envolveu frequências e análise temática qualitativa. A elaboração dos gráficos e tabelas com os resultados da pesquisa foi feita com o auxílio do pacote

Microsoft Office 2013® e a análise foi procedida a partir do programa SPSS 2.0 para Windows.

Resultados

A busca inicial nas bases de dados, antes da primeira triagem de títulos e resumos, resultou no total de 1.225 citações. Destas, 717 artigos apresentavam textos completos disponíveis. Através da leitura dos títulos e resumos, verificou-se que 59 artigos atendiam aos critérios de inclusão. Através da leitura do texto integral destes artigos, excluíram-se 37 por preencherem critérios de exclusão. Destes 37, 10 artigos duplicados foram identificados entre as bases. Restaram, portanto, 19 artigos. A estratégia complementar de busca em revistas de educação médica teve como resultado a inclusão de 11 novos trabalhos. Assim, o banco final incluído na análise deste estudo foi constituído por 30 artigos (Figura 1).

Figura 1- Fluxograma de estratégia de seleção dos artigos



Fonte: Elaborada pelos autores.

Na análise das características metodológicas das publicações selecionadas, observou-se que a maioria foi composta por estudos de modelo observacional transversal (60%), enquanto 26,6% tiveram delineamento longitudinal (Tabela 1). A maioria dos estudos foi classificada como de Grau de Recomendação C e nível de evidência 3 (Tabela 2).

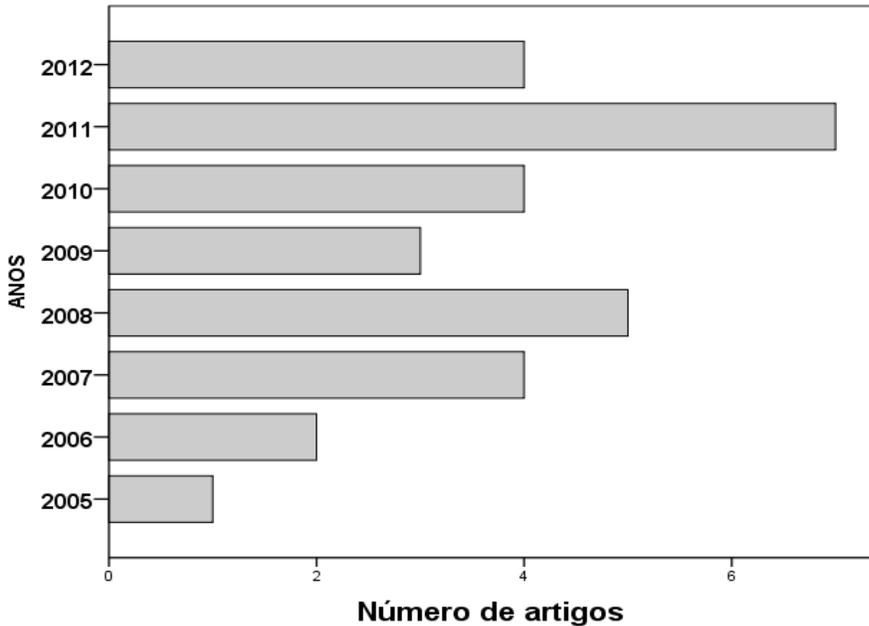
Quanto à abordagem, a maioria foi modalidade quantitativa (73,3%) e apenas 10% dos estudos foram qualitativos.

O cenário de atenção mais focado nos estudos foi a atenção terciária à saúde (50%). Entre os oito estudos brasileiros, 50% enfocaram cenários da atenção primária, enquanto a outra metade abordou cenários dos três níveis de atenção (25%) ou a atenção terciária (25%). Entre as fases do curso dos estudantes envolvidos, a mais frequente foi o internato (50%) (Tabela 1).

Quanto ao ano, verificou-se que cerca de metade dos estudos foram publicados entre 2010-2011, observando-se crescente aumento de publicações referentes ao tema no período, conforme dados apresentados na Figura 2.

A maioria dos artigos foi publicada na língua inglesa (63,3%) e indexados na base de dados Medline (63,3%), porém o maior número de artigos foi produzido no Brasil (26,7%), seguido pelos Estados Unidos (16,7%) (Tabela 3).

Figura 2 – Ano de publicação dos estudos selecionados



Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 1- Características dos artigos revisados sobre Cenários de prática médica no período de 2005 a 2012

Características	Frequências	
	<i>f</i>	%
Delineamento do estudo		
Transversal	18	60,0
Experimental	5	16,6
Estudo de caso	4	13,3
Coorte	3	10,0
Abordagem metodológica		

Quantitativa	20	66,6
Qualitativa	5	16,7
Quanti- qualitativa	5	16,7
Cenário (nível de atenção)		
Atenção primária	11	36,6
Atenção secundária	1	3,3
Atenção terciária	15	50,0
Vários níveis	2	6,6
Simulação	1	3,3
Fase do Curso		
1 ^o e 2 ^o anos	4	13,3
3 ^o e 4 ^o anos	9	30,0
Internato	15	50,0
Todos	2	6,7

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 2 – Nível de Evidência Científica dos artigos revisados sobre Cenários de prática médica no período de 2005 a 2012 de acordo com a “Oxford Centre for Evidence-based Medicine”

Grau de Recomendação/Nível de Evidência	Frequências	
	<i>f</i>	%
Grau A/Nível 1	5	16,6
Grau B/Nível 2	3	10,0
Grau B/Nível 3	17	56,6
Grau D/Nível 4	4	13,3

Fonte: Elaborada pelos autores.

Tabela 3- Idioma, país e base de dados dos artigos revisados sobre cenários de prática médica no período de 2005 a 2012

Características	Frequências	
	f	%
Idioma		
Inglês	19	63,3
Português	8	26,7
Espanhol	3	10,0
País		
Brasil	8	26,7
Estados Unidos	5	16,7
Austrália	4	13,3
Reino Unido	3	10,0
Holanda	1	3,3
Canadá	1	3,3
França	1	3,3
Espanha	1	3,3
México	1	3,3
Venezuela	1	3,3
Chipre	1	3,3
Taiwan	1	3,3
Base de Dados		
Medline	19	63,3
Scielo	11	36,7
Lilacs	0	0,0

Fonte: Elaborada pelos autores.

Dentre os 30 artigos incluídos na revisão, 23 (76,7%) foram publicados em revistas da área de educação médica,

principalmente na *Revista Brasileira de Educação Médica* (8/26,7%), *Medical Teacher* (7/23,3%) e *Advances in Health Sciences Education* (3/10%). Cinco artigos foram publicados em revistas cujo escopo não consistia em trabalhos da área de educação médica ou educação na saúde.

Na análise qualitativa dos estudos, verificou-se que nos estudos abordaram-se, sobretudo, percepções e atitudes de estudantes de medicina em cenários de prática, enquanto um menor número discorreu sobre avaliações do impacto destes cenários sobre a aprendizagem. Ensino de abordagens do cuidado de grupos específicos de doentes, como pessoas cronicamente doentes com equipes de geriatria (YUEN et al., 2006; DENTON et al., 2009; ZAORSKY et al. 2011), de pacientes refugiados (GRISWOLD et al., 2006), de pacientes com doença mental (DIXON et al., 2008), de crianças com deficiência (JONES; DONALD, 2007) e de pacientes oncológicos (LEUNG et al., 2007), foram quase todos em cenários de atenção primária, exceto o último citado.

A maioria dos estudos teve como objetivos descrever as atitudes e comportamentos de estudantes de medicina em determinada situação de aprendizagem, ou a motivação (PELACCIA et al., 2009), percepções (HELMICH et al., 2010;

WALTON et al., 2010; YOUNG et al., 2011; RUIZ et al., 2009; CAMPOS, FORSTER, 2007; SISSON, 2008; MASSOTE et al., 2011), ou suas opiniões (DIEMERS et al., 2008).

A avaliação do desenvolvimento de habilidades clínicas por estudantes em cenários de clínica médica foi um aspecto frequente, caracterizando-se os contextos de clínica geral como importantes ambientes de aprendizagem (CHARALAMBOUS et al., 2005; ZWET et al., 2011; ZAYAS et al., 2011; MARENTES et al., 2011). Artigos sobre o contato precoce de estudantes na fase pré-clínica com pacientes (DIEMERS et al., 2008; GARCIA et al., 2010; BAÑOS, MIRALLES, 2011) também se inseriram nesse cenário.

Também foram abordados aspectos relacionados à avaliação de competências clínicas de estudantes de medicina pela observação feita pelo professor em consultas focadas através de instrumentos padronizados (MEGALE et al., 2008) ou currículo baseado em problemas (DORNAN et al., 2007). Apenas um estudo abordou o treinamento em cenários de emergência (PELACCIA et al., 2009) e outro sobre rodízios de internamentos (WALTON et al., 2010). Porém, cenários com simulação foram abordados apenas em um estudo (SILVA et al., 2012).

Objetivos abordados com frequência foram relacionados à avaliação das percepções das experiências clínicas e sociais de estudantes de medicina em atendimentos na zona rural e sua relação com a escolha de carreira no campo ou impacto deste cenário de práticas na formação médica (YOUNG et al., 2011; SOMERS, SPENCER, 2012; ROBERTS et al., 2012; RUIZ et al., 2009). O enfoque sobre a importância dos cenários de prática da estratégia da saúde da família na formação também foi abordado (CAMPOS, FORSTER, 2008; SISSON, 2008; MASSOTE et al., 2011).

Estudo realizado no Brasil sobre o eixo de Cenários da Prática a partir dos resultados da autoavaliação de 28 escolas médicas do país, que aderiram ao Projeto da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas (Caem), da Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), utilizando um instrumento de avaliação de escolas médicas denominado “Método da Roda”, que possui cinco eixos temáticos. Em relação ao eixo “cenários de prática”, 75% das escolas se colocaram como utilizando unidades do sistema de saúde de atenção primária, secundária e terciária, enquanto 25% se colocaram utilizando predominantemente

o hospital secundário e os serviços ambulatoriais da própria instituição.

No vetor que trata do Âmbito da Prática desses resultados, quase a metade das escolas respondeu que oferece prática ao longo de todo o curso, utilizando os serviços em todos os níveis de atenção de forma integral. No referido estudo, a análise dos resultados mostrou que a maioria das escolas apresentava um movimento de saída de seus muros para proporcionar aos estudantes maior experiência nos diferentes níveis de atenção à saúde, através de parcerias com os serviços de saúde de prefeituras, unidades dos níveis de atenção primária, secundária e terciária, no entendimento da construção da rede do sistema de saúde, o que vai ao encontro do que é preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Discussão

A presente revisão possibilitou a identificação de um número inicialmente pequeno entre os anos de 2005 e 2006, mas com aumento do volume posteriormente (2008 a 2012), sugerindo que houve aumento do interesse dos pesquisadores pela temática de aprendizagem baseada na prática clínica no período focado. Este crescente interesse

conflui com a evolução das políticas públicas para o ensino médico e a importância recentemente reconhecida dos cenários de prática na formação (BORGES et al, 2015; FILISBINO; MORAES, 2013).

No que se refere ao tipo de pesquisa, houve predominância de estudos observacionais transversais, o que contribui com o conhecimento empírico para que seja possível repensar e desenvolver as práticas atuais. Por outro lado, é preciso considerar a existência de menor proporção de estudos analíticos, principalmente no sentido de que estes expressam maior força de evidência científica e suscitam relações de causalidade nas inferências sobre os resultados (COOK; WEST, 2012).

A hierarquia da força da evidência científica da maioria dos estudos incluídos na presente revisão, a partir de seus modelos, é intermediária (entre evidência forte e fraca), sendo hierarquizados de acordo com o grau de confiança relacionado à qualidade metodológica dos estudos. Desde o final da década de 1990, a comunidade de língua inglesa em educação médica tem se empenhado em um debate sobre os tipos de pesquisa que devem ter prioridade nesta área. Evidências revelaram que a grande maioria dos pesquisadores e educadores acredita que a

pesquisa em educação médica continua a ser de qualidade insuficiente, apesar do progresso ocorrido ao longo das últimas duas décadas (ALBERT et al., 2007). Os principais problemas levantados no referido estudo foram: o conhecimento dos pesquisadores da área de teoria sobre educação médica é limitado, e a formação de pesquisadores em metodologia científica e em ciências sociais apresenta lacunas.

Trata-se de uma área que necessita ser fundamentada na teoria, com formulação e testagem de hipóteses, controle de resultados espúrios, empregando projetos de pesquisa adequados (por exemplo, estudos de caso-controle, estudos de coorte, estudos controlados e randomizados) e com corroboração da estatística inferencial. No entanto, a pesquisa em educação médica não se limita apenas a estas abordagens quantitativas, podendo ser complementada e enriquecida com métodos de pesquisa qualitativa, inspirados nas tradições da sociologia e outras ciências comportamentais. Nos últimos anos, no entanto, tem se verificado uma mudança de modelos de pesquisa quantitativa, experimental e quase-experimental para metodologias qualitativas (BATISTA et al., 2016).

Nesta revisão, foi evidente a utilização da abordagem quantitativa para avaliação dos cenários de prática. Observa-se que pesquisas de educação médica com abordagem qualitativa têm correspondido a aproximadamente 39% do total de pesquisas neste campo (BATISTA et al., 2016). Na amostra de artigos da presente revisão, o percentual de uso de abordagem qualitativa foi cerca de metade, embora a contribuição metodológica que esta abordagem poderia proporcionar para o conhecimento relacionado com a formação de médicos, em termos de seu treinamento prático, poderia colocar em diálogo diferentes aspectos desse processo. Contudo, independentemente do método e abordagem escolhidos para o desenvolvimento das pesquisas, o importante é a manutenção do rigor científico e metodológico assumido. Estudos qualitativos e quantitativos não são contraditórios, e sim complementares, de modo que os dados de um auxiliam a compreensão do outro.

A pesquisa na área de educação médica, que é o estudo crítico e sistemático do ensino e aprendizagem em Medicina, é relativamente recente, mas em crescimento, tanto em número de pesquisadores envolvidos como de produções geradas (HAMAMOTO FILHO et al., 2013). Por ser

uma temática relativamente recente, para a revisão sistemática a definição do melhor descritor foi um fator de dificuldade na busca dos estudos, parcialmente em virtude da falta de padronização dos descritores indexadores pelos pesquisadores no momento da publicação.

Os periódicos onde foi publicada a maior parte dos artigos são considerados os mais relevantes no campo da educação médica (BATISTA et al., 2016). De âmbito internacional, a *Medical Education* é uma revista científica de acesso aberto, periodicidade mensal, indexada na base PubMed, cuja finalidade é divulgar informações sobre a educação e formação de médicos e outros profissionais de saúde. A referida revista foi lançada em 1996 como o primeiro jornal on-line disponível gratuitamente no campo da educação médica; desde então, tem crescido, tornando-se uma fonte altamente relevante de informação nesta área. A *Revista Brasileira de Educação Médica* (RBEM), lançada em 1977, é um periódico de tiragem trimestral indexado na Scientific Electronic Library Online (SciELO), sendo atualmente o único periódico nacional especializado na área e que publica trabalhos científicos originais na área de Educação Médica (HAMAMOTO FILHO et al., 2013).

O fato de a atenção terciária ser o cenário de práticas mais frequentemente presente no total dos estudos analisados reflete ainda a hegemonia do modelo dito “hospitalocêntrico”. Essa quantidade maior de estudos enfocando cenários de educação médica em hospitais sugere a permanência da dedicação de autores da área ao âmbito da atenção hospitalar, mesmo diante da preocupação vigente de que os formandos dos cursos de medicina não estão totalmente preparados para prestar atendimento eficiente em ambientes ambulatoriais, que representa mais de 90% da prática médica, e sim à minoria de pacientes cada vez mais complexos da atenção terciária (SILVA; BARACAT, 2016).

No entanto, é importante salientar que, entre os estudos brasileiros, predominou o enfoque no cenário de prática na atenção primária, em consonância com a direcionalidade da Política Nacional de Saúde impressa na Constituição Federal, que define um conceito ampliado de saúde e na qual a atenção primária é considerada prioritária dentro das políticas públicas de saúde. Nesse contexto, pode-se considerar que no Brasil há a preocupação das instituições formadoras de profissionais de saúde na ampliação dos cenários de ensino-aprendizagem,

modificando, assim, o foco da formação, até então centrado no hospital (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

A valorização, em artigos revisados, da abordagem do contato precoce de estudantes na fase pré-clínica com pacientes sugere que a norma do século passado, de que os estudantes de medicina aprendessem teoria por dois ou três anos antes de vê-la aplicada na prática, tende a ser ultrapassada; mas, encorajadas por resultados de estudos empíricos, muitas escolas médicas passaram a integrar verticalmente os ciclos pré-clínico e clínico (MOURA et al., 2018).

O encontro de maior número de estudos realizados no Brasil também pode ser decorrente da falta de descritores precisos na indexação. Contudo, um dos fatores que podem ter contribuído para isso é o fato de o Brasil ser hoje o segundo país no mundo com o maior número de escolas de Medicina, sendo superado apenas pela Índia, que tem uma população aproximadamente seis vezes maior (FRAGA et al., 2014). A partir de 1940, o modelo de formação médica brasileiro passou a se preocupar com o treinamento prático no ensino acadêmico, seguindo o modelo norte-americano, voltado para formação fundamentada na prática,

contrapondo-se ao formato europeu, baseado no ensino teórico (AGUIAR et al., 2011).

No Brasil, a preocupação com o fato de que formação médica não costuma ocorrer no contexto da prática clínica real, que é predominantemente ambulatorial, mas no âmbito do hospital, com ênfase na doença, também é um possível fator motivador de estudos com esse enfoque (BLANK, 2006). As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014) evidenciam esta questão e preconizam a articulação entre a universidade e o sistema de saúde, e que os cenários da prática devem ser predominantemente os ambulatórios próprios dos serviços de saúde, com um aprendizado voltado para as reais necessidades de saúde da comunidade (CELESTINO et al., 2016).

Salienta-se, no entanto, que os cenários de prática são necessários em qualquer que seja o espaço de formação profissional, uma vez que a lógica estabelecida pelas novas diretrizes curriculares pressupõe que a formação seja pautada na prática profissional, com vistas à transformação do modelo de atenção em saúde. Além disso, é necessária a compreensão da lógica de hierarquização do sistema de saúde, em que a atenção primária se configura como a porta

de entrada para todas as novas necessidades e problemas, porém a assistência se dá em uma rede de cuidados que integra os diferentes níveis de atenção, direcionada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA et al., 2007)

Acredita-se que a instituição de novos campos de prática na formação médica possibilite uma reorientação do olhar sobre as dimensões subjetivas do adoecimento, oferecendo maior visibilidade às questões sociais, culturais e psicológicas do indivíduo doente, numa compreensão ampliada do processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2013). Em qualquer que seja o cenário, a diferença está nos procedimentos técnicos empregados e na relação com as necessidades de formação para atendimento adequado à população.

Estudos realizados nas áreas rurais permitiram a observação do conhecimento da realidade do campo, além de proporcionar aos estudantes conhecer o perfil epidemiológico local e identificar problemas (YOUNG et al., 2011; SOMERS, SPENCER, 2012; ROBERTS et al., 2012; RUIZ et al., 2009). Nesse cenário, os estudos enfocaram também a relação da experiência prática rural com a escolha da futura área de atuação. Em relação aos “cenários da vida real” para

a educação médica, Nogueira (2013) destaca o trabalho de campo com a população idosa, ao evidenciar a discussão sobre a dificuldade em enfrentar as unidades de saúde e seus profissionais, enfoque que compreendeu vários dos estudos encontrados.

Cabe destacar ainda que os estudos revisados incluíram, exceto um, apenas estudantes de medicina, sem envolvimento de outros cursos de graduação da saúde, o que parece indicar a desarticulação entre os diferentes cursos, uma vez que a maioria das instituições de ensino conta com mais de um curso na área da saúde. Apenas o estudo de Helmich et al. (2010) citou a integração, que permite o exercício da interdisciplinaridade. A inserção dos alunos nos cenários de prática, guiados pelos estágios curriculares, permite ao estudante aprender a valorizar o coletivo com um olhar mais reflexivo sobre os usuários e sobre os demais profissionais de saúde, pela importância da experiência do trabalho de equipe (PIMENTEL et al., 2015).

O cenário de emergência foi abordado apenas em um estudo (PELACCIA et al., 2009), realizado na França, e corrobora os dados interessantes referentes ao que tem sido observado no Brasil, de que há escolas em que tais atividades não constam da matriz curricular, havendo

referência de inadequados cenários de prática neste contexto (FRAGA et al., 2014). A área de urgência não tem merecido preocupação especial, apesar de sua importância na formação médica (AGUIAR et al., 2012).

O artigo de Stella et al. (2009) destaca os resultados relativos ao eixo Cenários da Prática, que, sendo um dos cinco eixos relevantes na formação do médico, mostrou a existência de uma diversidade desejável do campo oferecido ao ensino prático da assistência seguindo o que é preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014).

Durante a década de 1990, iniciou-se a mudança nas instituições de ensino superior no Brasil, na tentativa de aproximá-las dos serviços públicos, porém a efetivação dessas alterações nas matrizes curriculares só aconteceu com a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001 (BRASIL, 2001), como resultado da Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9394/96 e da Reforma Sanitária Brasileira, que incentivou a interação ensino-serviço-comunidade. Essas diretrizes têm como objetivo encorajar o reconhecimento de habilidades, atividades e conhecimento obtido fora do ambiente escolar, fortalecendo a interação da teoria com a prática dos serviços e

valorizando os estágios e participações em atividades da extensão.

O potencial da aproximação do estudante com a futura prática no seu processo de aprendizagem e consequente desenvolvimento da competência profissional como médico encontra estruturação conceitual nas discussões da aprendizagem como um processo de construção ativa pelo aprendiz e na relevância da problematização do ensino como caminho para concretizar o processo ensino-aprendizagem. Neste contexto, ter uma proposta formativa que privilegie a prática médica como eixo para aprendizagens significativas favorece a concretização dos compromissos com os desafios contemporâneos da graduação em Medicina comprometida com a consolidação do SUS (BATISTA; BATISTA, 2008).

Assim, na perspectiva de ampliação dos cenários de prática visando uma formação que se aproxime dos princípios e diretrizes do SUS, busca-se uma maior relação entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde no Brasil como cenários de práticas. Nos últimos anos, é perceptível um movimento de ampliação e fortalecimento da formação em saúde, indutor de mudanças a partir da aproximação entre o ensino e o sistema de saúde. A

integração ensino-serviço pode favorecer a diminuição da distância entre a formação universitária, a realidade local e as necessidades do SUS, ampliando o compromisso com seus princípios, além de desenvolver ações e projetos que aproximam objetivos pedagógicos das prioridades locais e, ainda, criar sinergias entre cursos e disciplinas que atuam nos serviços (ALBIERO; FREITAS, 2017).

Não foram abordados nos estudos brasileiros selecionados programas que contextualizam a diversificação dos cenários de aprendizagem acadêmica no Brasil, como o AprenderSUS, que engloba a produção de habilidades técnicas e o entendimento dos objetivos do SUS, o ProMed e, posteriormente, o Programa Nacional de Reorientação na Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), como instrumentos de incentivo à formação (CABRAL et al., 2008; FEUERWERKER, 2003). O Pró-Saúde tem três eixos para as ações desenvolvidas no sentido de orientar as instituições durante as ações de reorientação profissional, entre os quais os Cenários de Prática com os seus vetores (integração ensino-serviço, utilização dos diversos níveis de atenção e integração dos serviços próprios das IES com os serviços de saúde), que não foram abordados nos estudos selecionados.

Por outro lado, foi enfocado apenas em um estudo selecionado na presente revisão a metodologia ativa da Aprendizagem Baseada em Problemas, introduzida no ensino de Ciências da Saúde na McMaster University, no Canadá, em 1969, como uma proposta pedagógica que consiste no ensino centrado no estudante e baseado na solução de problemas, reais ou simulados, aliada à aplicação prática, e que constitui uma das propostas pedagógicas inovadoras empregadas em grau maior ou menor em muitas escolas ao redor do mundo (BORGES et al., 2012).

Referindo-se às indagações propostas para o presente estudo de revisão, que abordam as implicações importantes para a educação médica contemporânea, assim como as dificuldades e desafios postos, registrou-se que a maioria das pesquisas revisadas enfatiza a importância dos cenários de prática, mas ainda com significativa contextualização hospitalar nos estudos internacionais, e com maior enfoque na atenção primária nos estudos brasileiros. Por fim, enfatizam-se, ainda, a relevância dos cenários de práticas clínicas, cenários rurais de aprendizado prático e que investigaram o tema com objetivos predominantemente voltados à análise das percepções e

atitudes dos estudantes, buscando identificar e evidenciar sua resposta aos cenários empregados.

Referências

AGUIAR, H. D. G. et al. O ensino da medicina de urgência no Brasil. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 21, n. 4, Supl 6, p. S1-S143, 2011.

AKTÜRK, Z. The Role of Family Medicine in Undergraduate Medical Education. *In: **The World Book of Family Medicine***. European Edition. Liubliana: WONCA Europe, 2015. p. 21. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/natho/world-book-2015>. Acesso em: 20 ago. 2019.

ALBERT, M. Understanding the debate on medical education research: a sociological perspective. **Acad. Med.** [Online], v. 79, n. 10, p. 948-54, out. 2004. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2004/10000/Understanding_the_Debate_on_Medical_Education.9.aspx. Acesso em: 5 jun 2020.

ALBERT, M.; HODGES, B.; REGEHR, G. Research in medical education: balancing service and science. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**. [Online], v. 12, n. 1, p. 103-115, fev. 2007. Disponível e: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779425/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

ALBIERO, J. F. G.; FREITAS, S. F. T. Cenários de Prática Na Atenção Básica: Tipologia para Unidades Docente-Assistenciais. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-8, 2017.

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M. J. *et al.* Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

ATHAYDE, G. A.; SOUSA, T. T. S.; SOUSA-MUÑOZ, R. L. Relevância da Revista Brasileira de Educação Médica como periódico de publicações científicas originais. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA (COBEM), 47., 2009, Curitiba. **Anais...** Curitiba: 2009.

BAÑOS, J. E.; SENTI, M.; MIRALLES, R. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. **Educ. méd.**, v. 14, n. 1, p. 39-47, 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000100009. Acesso em: 5 jun. 2020.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. *In*: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L. O.; BATISTA, N. A. (Orgs.) **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Ed. Unifesp. 2008. p. 101-115.

BATISTA, S. H. S. S. *et al.* Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 19, Suppl. 1, p. 743-752, 2015.

BATISTA, N. A. *et al.* A abordagem qualitativa na pesquisa em educação médica. **Atas: Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 912-930, 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/837>. Acesso em: 15 mai. 2020.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 27-31, 2006.

BOET, S. *et al.* Review article: medical education research: an overview of methods. **Can J Anaesth** [Online], v. 59, n. 2, p. 159-70, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22215522/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://bit.ly/1Oz2lIE>. Acesso em: 27 mar. 2018

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014. Disponível em:

<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019

BORGES, M. C. *et al.* Ensino clínico em cenários reais de prática. **Rev. Med.**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 249-5, 2015.

BULCÃO, L. G. O ensino médico e os novos cenários de ensino-aprendizagem. **Rev bras educ med.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 61-72, 2004.

BURGESS, A. W.; MCGREGOR, D. M.; MELLIS, C. M. Applying Established Guidelines to Team-Based Learning Programs in Medical Schools: A Systematic Review. **Academic Medicine** [Online], v. 89, n. 4, p. 678-688, 2014. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885587> / Acesso em: 5 jun. 2020.

CABRAL, P. E. *et al.* Serviço e Comunidade, Vetores para a Formação em Saúde: o Curso de Medicina da Uniderp. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 375, n. 3, p. 374-382, 2008.

CAMPOS, G. V. S. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na Formação Médica – Diretrizes. **Cadernos ABEM**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 6-10, 2007.

CAMPOS, M. A. F.; FORSTER, A. C. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 83-89, 2008.

CASTRO, R. C. F. A estrutura das revistas científicas

brasileiras em saúde e os fatores determinantes de qualidade. *In: ENCONTRO DE EDITORES CIENTÍFICOS DE PERIÓDICOS DA ÁREA DA SAÚDE, BIREME/OPS/OMS, 2., São Paulo, 1999.*

CASTRO, R. C. F.; FERREIRA, M. C.; VIDILI, A. L. Periódicos latino-americanos: avaliação das características formais e sua relação com a qualidade científica. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 25, n. 3, 2006.

CASTRO, R. C. F, NEGRÃO M. B., ZAHER C. R. Procedimentos editoriais na avaliação de artigos para publicação em periódicos de ciências da saúde da América Latina e Caribe. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 25, n. 3, 1996.

CELESTINO, K. A. A. *et al.* Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica e Cenários de Prática Avaliação de Tendências de Mudanças em Cursos da Área da Saúde. **Contexto & Educação** [Online], v. 31, n. 98, p. 153-177, jan./abr. 2016.

Disponível em:

<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/5679>. Acesso em: 5 jun. 2020.

CHARALAMBOUS, A.; PANTELAS, G.; POULOUKAS, S. Preregistration programme for medical practice: a survey of Cypriot trainees (2000 and 2002). **East Mediterr Health J** [Online], v. 13, n. 1, p. 129-37, jan./fev. 2007. Preview disponível em;

<https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-34347363741&origin=inward&txGid=5e5d55fdd12070641885f642e4eccfce>. Acesso: 5 jun. 2020.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Produção científica em saúde pública e as bases bibliográficas internacionais. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 883-888, out./dez. 1999.

COOK, D. A.; BECKMAN, T. J.; BORDAGE, G. Quality of reporting of experimental studies in medical education: a systematic review. **Med Educ.**, [Online], v. 41, n. 8, p. 737-45, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2923.2007.02777.x>. Acesso em: 5 jun. 2020.

COOK, D. A.; WEST, C. P. Conducting systematic reviews in medical education: a stepwise approach. **Med Educ.**, [Online], v. 46, n. 10, p. 943-52, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04328.x>. Acesso em: 5 jun. 2020.

DENTON, G. D. *et al.* A Prospective Controlled Trial of the Influence of a Geriatrics Home Visit Program on Medical Student Knowledge, Skills, and Attitudes Towards Care of the Elderly. **J Gen Intern Med.**, [Online], v. 24, n. 5, p. 599-605, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669870/> / Acesso em: 5 jun. 2020.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de Competências: a Necessidade de Avançar numa Perspectiva Formativa. **Formação** [Online], v. 1, n. 2, p. 27-38, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/eps-1413>. Acesso em: 5 jun. 2020.

DIEMERS, A. D. *et al.* Students' opinions about the effects of preclinical patient contacts on their learning. **Adv Health Sci Educ Theory Pract.** [Online], v. 13, n. 5, p. 633-47, dez. 2008. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17629786/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

DIXON, R. P. *et al.* Medical students' attitudes to psychiatric illness in primary care. **Med Educ.** [Online], v. 42, n. 11, p. 1080-7, nov. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18992000/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

DORNAM, T. *et al.* Experience-based learning: a model linking the processes and outcomes of medical students' workplace learning. **Med Educ.** [Online], v. 41, n. 1, p. 84-91, jan. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17209896/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUERA, C. B. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **Rev bras Educ med**, Brasília, v. 52, n. 1, p. 52-59, 2007.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Rev ABENO**, Londrina, v. 3, p. 24-7, 2003.

FRAGA, G. P.; PEREIRA JÚNIOR, G. A.; FONTES, C. E. R. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. *In*: LAMPERT, J. B.; BICUDO, A. M. **10 anos das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina**. Rio de Janeiro: ABEM, 2014.

FILISBINO, M. A.; MORAES, V. A. A Graduação Médica e a Prática Profissional na Perspectiva de Discentes. **Rev Bras Educ Med**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 540-548, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998.

GARCIA, J. A. P. N. M. *et al.* Medical students' assessment of the course on observation of medical practice at the Unifesp School of Medicine. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, 2010; 34(4): 542-548.

GRISWOLD, K., *et al* Refugees and medical student training: results of a programme in primary care. **Med Educ**. [Online], v. 40, n. 7, p. 697-703, jun. 2006. Disponível em: Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16836544/5> jun. 2020.

HAMAMOTO FILHO, P. T., *et al.* Produção científica sobre educação médica no Brasil: estudo a partir das publicações da Revista Brasileira de Educação Médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 477-482, 2013.

HELMICH, E., *et al.* Medical students' professional identity development in an early nursing attachment. **Med Educ**. [Online], v. 44, n. 7, p. 674-82, jul. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20636586/> Acesso em: 5 jun. 2020.

JONES, P.; DONALD, M. Teaching medical students about children with disabilities in a rural setting in a school. **BMC Med Educ**. [Online], p. 7, n. 12, mai. 2007. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1884153>
/ Acesso em: 5 jun. 2020.

KRZYZANOWSKI, R. F.; FERREIRA, M. C. G. Avaliação de periódicos científicos e técnicos brasileiros. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 165-175, mai./ago. 1998.

LAACK, T. A., *et al.* A 1-week simulated internship course helps prepare medical students for transition to residency. **Simul Healthc.** [Online], v. 5, n. 3, p. 127-32, jun. 2010.

Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20651473/> Acesso em: 5 jun. 2020.

LAMPERT, J. B., *et al.* Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 33, suppl.1, p. 19-34, 2009.

LEUNG, K. K., *et al.* Factors affecting students' evaluation in a community service-learning program. **Adv Health Sci Educ Theory Pract** [Online], v. 12, n. 4, p. 475-90, nov. 2007.

Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16841239/> Acesso em: 5 jun. 2020.

MARENTES, M. E. C.; ARGÜELLES, R. A. F.; MICHELENA, M. A. A. El aprendizaje de estudiantes de Medicina durante su internado en tres hospitales en Nayarit, México. **Educ Med Super.**, Habana, v. 25, n. 3, p. 242-254, jul./set. 2011.

MASSOTE AW, BELISÁRIO AS, GONTIJO ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 445-453, out./dez. 2011.

MEGALE L, GONTIJO ED, MOTTA JAC. Avaliação de competência clínica em estudantes de medicina pelo Miniexercício Clínico Avaliativo (Miniex). **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 166-175, 2009.

MOURA DTD, FOLTRAN RS, FRAIZ IC, NOVAK EM. Articulação Entre os Ciclos Básico e Profissionalizante: Percepção dos Alunos da UFPR. **Rev Bras Educ Med**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 224-234, 2018.

MURGATROYD H, JONES J, KOLA S, GEORGE D. Cumulative sum scoring for medical students. **Clin Teach** [Online], v. 9, n. 4, p. 233-7, ago. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22783855/>. Acesso em: 5 jun. 2020.

NOGUEIRA MI. Retratos da formação médica nos novos cenários de prática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 29, n. 4, p. 833-835, 2013.

NORMAN, G. Research in medical education: three decades of progress. **BMJ**. [Online], v. 324, n. 7353, p. 1560-1562, jun. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12089095/> Acesso em: 5 jun. 2020.

OLIVEIRA, J. S., *et al.* Representatividade temática dos trabalhos apresentados no 46º congresso brasileiro de educação médica. **Rev bras educ med.**, Brasília, v. 33, 4 Supl. 4, 2009.

OLIVEIRA, N. A.; ALVES, L. A.; LUZ, M; R. Iniciação Científica na Graduação: O que diz o estudante de Medicina? **Rev**

Bras Educ Med., Brasília, v. 32, n. 3, p. 309-314, jul./set. 2008.

PELACCIA, T., *et al.* Impact of training periods in the emergency department on the motivation of health care students to learn. **Med Educ.** [Online], v. 43, n. 5, p. 462-9, mai. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19422494/> Acesso em: 5 jun. 2020.

PIMENTEL, E. C., *et al.* Ensino e Aprendizagem em Estágio Supervisionado: Estágio Integrado em Saúde. **Rev Bras Educ Med**, Brasília, v. 39, n. 3, p. 352-358, 2015.

REED, D. A., *et al.* Predictive validity evidence for medical education research study quality instrument scores: quality of submissions to JGIM's Medical Education Special Issue. **J Gen Intern Med.** [Online], v. 23, n. 7, p. 903-907, jul. 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18612715/> Acesso em: 5 jun. 2020.

ROBERTS C., *et al.* A longitudinal integrated placement and medical students' intentions to practise rurally. **Med Educ.** [Online], v. 46, n. 2, p. 179-191, fev. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22239332/> Acesso em: 5 jun. 2020.

RUIZ, D. G.; FARENZENA, G. J.; HAEFFNER, L. S. B. Internato regional e formação médica: percepção da primeira turma pós-reforma curricular. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 34, n. 1, p. 21-27, 2010.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão

sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev, 2007. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013. Acesso em: 5 jun. 2020.

SCHAEDLER, L. I. Sistema Único de Saúde como Rede em Prática Pedagógica. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Brasil: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf. Acesso em: 23 mar. 2018.

SILVA, L. F. F.; BARACAT, E.C. Medical education: historic perspective and future. **Rev Med**, São Paulo, v. 95, Special Issue 1, p. 28-36, jul./ago. 2016.

SILVA, R. F., *et al.* Análise das situações simuladas da prática médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 55-62, abr./jun. 2012.

SILVA, C. M. S. L. M. D.; SANTOS, N. M. P. Os cenários de aprendizagem: espaços de cuidado, conhecimento, poder e cidadania na formação do enfermeiro. **Revista Portuguesa de Educação**, Braga, v. 23, n. 2, p. 173-189, 2010. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-91872010000200008 Acesso em: 5 jun. 2020.

SISSON, M. C. Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 33, 1 suppl. 1 p. 92-103, 2009.

SOMERS, G. T.; SPENCER, R. J. Nature or nurture: the effect of undergraduate rural clinical rotations on pre-existent rural career choice likelihood as measured by the SOMERS Index. **Aust J Rural Health** [Online], v. 20, n. 2, p. 80-7, abr. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22435768/> Acesso em: 5 jun. 2020.

SOUSA, D. A., *et al.* Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Aval. psicol.**, Itatiba, v. 12, n. 3, p. 397-410, dez. 2012.

STELLA, R. C. R., *et al.* Cenários de prática e a formação médica na assistência em saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 33, 1 suppl. 1, p. 63-69, 2009.

VAN DER ZWET, J. V. D. , *et al.* Workplace learning from a sociocultural perspective: creating developmental space during the general practice clerkship. **Adv Health Sci Educ Theory Pract.** [Online], v. 16, n. 3, p. 359-373, ago. 201. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21188514/> Acesso em: 5 jun. 2020.

VARGA, C. R. R., *et al.* Relato de experiência: o uso de simulações no processo de ensino-aprendizagem em medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 291-297, 2009.

WALTON, J. M.; STEINERT, Y. Patterns of interaction during rounds: implications for work-based learning. **Med Educ.** [Online], v. 44, n. 6, p. 550-8, jun. 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20604851/> Acesso em: 5 jun. 2020.

YOUNG, L.; KENT, L.; WALTERS, L. The John Flynn Placement Program: evidence for repeated rural exposure for medical students. **Aust J Rural Health**. [Online], v. 19, n. 3, p. 147-53 jun. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21605228/> Acesso em: 5 jun. 2020.

YUEN, J., *et al.* Reflections of medical students on visiting chronically ill older patients in the home. **J Am Geriatr Soc**. [Online], v. 54, n. 11, p. 1778-1783, nov. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17087708/> Acesso em: 5 jun. 2020.

ZAORSKY, N. G., *et al.* Assessing the value of an optional radiation oncology clinical rotation during the core clerkships in medical school. **Int J Radiat Oncol Biol Phys**. [Online], v. 83, n. 4, e465-9, jul. 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22704704/> Acesso em: 5 jun. 2020.

ZAYAS, O. G.; PÉREZ, A. M. S.; GARCÍA, L. H. Evaluación de habilidades clínicas en estudiantes del Nuevo Programa de Formación de Médicos. **Educ Med Super** [Online], v. 25, n. 4, p. 486-495, out./dez. 2011. Disponível em: https://imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=78346&id_seccion=570&id_ejemplar=7769&id_revista=61 Acesso em: 5 jun. 2020.

CAPÍTULO 12

CURRÍCULO E REFORMA CURRICULAR NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFPB

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa

O currículo é uma questão educativa determinante, e a qualidade de sua implementação constitui um bom indicador da eficácia educacional da instituição. É o currículo que responde à pergunta sobre o que os egressos de um curso devem ter adquirido em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes. O currículo possui esta especificidade. Todos os docentes, gestores, estudantes e estudiosos do tema do currículo médico, e que participam ou têm ingerência sobre o currículo, não o fazem de maneira neutra. Trata-se de uma área impregnada de valores, ideologias, interesses e necessidades.

O termo currículo vem do latim *curriculum* e significa “caminho”, ou seja, o currículo organiza o processo de formação. Segundo Batista e Batista (2004, p. 34), o currículo deve ser visto como uma

[...] construção social que delimita o espaço e o tempo em que vão ocorrer as atividades de ensino-aprendizagem realizada pelos estudantes, visando ao processo de formação.

As teorias críticas surgiram para repensar o papel do currículo tradicional, da pura transmissão de conhecimentos. Contudo, muitos docentes não têm a devida compreensão do novo conceito nem do quanto essa nova concepção pode contribuir para as suas práticas educativas (PESSOA; NONATO 2013).

A implementação das diretrizes curriculares, pelo lado da educação, e a adoção da 'integralidade' como eixo orientador dos processos de formação, pelo lado da saúde, são os nortes da política interministerial (Ministérios da Saúde e da Educação) para a mudança na graduação das profissões de saúde (ALBUQUERQUE; GIFFIN, 2008).

A formação de médicos em países pobres e em desenvolvimento representa um importante investimento social que deveria ser revertido para a melhoria da qualidade de atenção à saúde, embora diversos fatores tenham contribuído para que esse investimento social não reverta para os sistemas locais de saúde (PIERANTONI et al., 2013).

Na área da Saúde, e especificamente na Medicina, o Brasil tem vivido um período de revisão de currículos médicos, a partir da discussão e publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), além das políticas para a diversificação dos cenários de prática e estímulo à ampliação das atividades educacionais baseadas na Atenção Básica, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (BOLLELA et al., 2014).

O mundo da educação médica no Brasil não poderia deixar de absorver essas tendências mundiais, diante das novas necessidades profissionais requeridas pela sociedade. Nesse sentido, a formulação das DCN dos Cursos de Saúde no país, fixadas pelo Ministério da Educação em 2001, é um importante marco nacional, por terem levado à reformulação curricular em todas as escolas médicas brasileiras, originando os novos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos de medicina nos últimos 15 anos.

A implantação do novo Projeto Político-Pedagógico do Curso de Medicina (PPP) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) deu-se a partir da turma de ingressantes no primeiro semestre de 2007. Através desse novo currículo, formaram-se, até o presente, 12 turmas de médicos pela

UFPB (2013-201). Estas 12 turmas de egressos vivenciaram a mudança curricular, marcada sobretudo pela inserção precoce dos estudantes na atenção primária e na comunidade, desde o primeiro período do curso, com grande avanço no ensino baseado na comunidade, o que não ocorria antes de 2007, quando se deu a reforma e a implantação do novo PPP.

O Curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba – que pertenceu ao Centro de Ciências da Saúde até 2007 – tem 65 anos de fundação e sofreu mudanças nesse período de mais de seis décadas de existência, quando começou a formar médicos paraibanos para suprir as necessidades de profissionais comprometidos com o bem-estar da comunidade e preservação da saúde, através de ações de prevenção, assistência primária, secundária e terciária à população (BRASIL, 2007).

A criação de novas disciplinas para os primeiros anos da graduação, com enfoque na promoção e educação em saúde, permitiu uma compreensão precoce das circunstâncias ambientais, socioculturais e econômicas das quais emergem as condições de saúde e seus agravos, além de uma interação ativa dos estudantes com usuários e

profissionais da atenção primária desde o início de sua formação. Contudo, no ciclo clínico e no internato de clínica médica, a mudança proposta não foi totalmente traduzida para a prática. Não houve diversificação nos cenários de prática da maioria das unidades curriculares, os métodos inovadores de ensino-aprendizagem foram adotados apenas parcialmente, e ainda há um contingente considerável de aulas expositivas teóricas. Por outro lado, o ensino ficou preso aos conteúdos, o que pode ter levado a uma abordagem compartimentalizada, apenas justapondo as disciplinas, sem relacioná-las. A importância do emprego de metodologias diversificadas, incluindo as ativas, assim como da contextualização da aprendizagem, foram aspectos pobremente reformulados, com exceção das disciplinas da Atenção Básica.

É preciso destacar, conforme Batista e Batista (2004), que a diversidade do processo de aprendizagem, seja no campo das motivações ou opções político-educativas, pode influenciar de forma marcante as mudanças de currículo pelo Brasil.

Quando se trata do perfil médico especificamente, formado pós-DCN de 2001, não se encontram na literatura pesquisas que abordem o perfil do novo médico brasileiro,

exceto o estudo de Guerra et al. (2013), cujo objetivo foi identificar a aquisição de competências e habilidades previstas no Projeto Político Pedagógico do curso de medicina nos egressos do curso de uma universidade do Mato Grosso do Sul. Espera-se que o perfil dos egressos/profissionais e os objetivos dos cursos apresentem-se mais condizentes com as DCN e as políticas indutoras de reorientação na formação profissional após as reformas curriculares (MORAES; COSTA, 2015).

À luz das mudanças no ensino médico, das diferentes exigências colocadas aos médicos e da evolução das necessidades do sistema de saúde brasileiro, surgiu a necessidade de avaliar se o perfil dos médicos formados mudou a partir da reforma curricular através de um estudo da relação existente entre o currículo médico e a inserção no mercado de trabalho.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001,

O perfil do formando egresso/profissional médico deve ser o de formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações

de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (BRASIL, 2001).

Esse ambicionado perfil do graduado deriva do conceito de educação baseada na comunidade para a formação de profissionais da saúde, construído na segunda metade do século 20, mais precisamente da década de 1970. Desde sua proposição, este tem sido um tema que vem ganhando importância crescente nos últimos anos, já que é um referencial para o modelo curricular de todos os cursos da área da saúde, constando como recomendação de diretrizes e recomendações para currículos em praticamente todo o mundo (BOLLELA et al., 2014). No Brasil, formalmente, integra todas as diretrizes curriculares dos cursos da graduação da área da saúde desde o ano de 2001, tendo sido reafirmado, mais recentemente, na publicação das novas diretrizes dos cursos de graduação em medicina publicadas em 2014. Esta renovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos superiores de Medicina, ocorrida em 2014, deu-se em decorrência do Programa Mais

Médicos, criando a necessidade de atualização. Entretanto, não houve uma avaliação consistente do perfil dos egressos após a mudança curricular da década passada, a partir das DCN de 2001.

O relatório geral com os resultados da avaliação realizada pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1997) apontou a necessidade de reformulação do modelo pedagógico, compreendida em seu sentido amplo, abarcando a totalidade do processo de formação médica. O modelo pedagógico vigente nas escolas médicas do Brasil na década de 1990 refletia modelos do início do século 20, e criava um descompasso entre a incorporação de um volume crescente de tecnologias e conhecimentos, as demandas sociais e o perfil do médico recém-formado. Estas contradições se refletiam na incapacidade de as instituições formarem um profissional adequado às demandas da sociedade e ao modelo assistencial vigente no país, representado pela Estratégia de Saúde da Família, com foco na atenção primária e secundária. O curso, na época, caminhava com uma tendência hospitalocêntrica, induzindo o estudante precocemente à especialização, em virtude da fragmentação

do conhecimento, com foco na doença (MARASHIN; DAMETTO, 2016).

Estas características partem de suas origens na proposta do Relatório Flexner, nos Estados Unidos, no início do século passado, de sua implantação no Brasil durante décadas e da ênfase nas disciplinas básicas, ensinando-se nos mínimos detalhes as disciplinas da morfologia, sem articulações horizontais ou verticais entre disciplinas (BATISTA; BATISTA 2004). Tais características curriculares predispõem à formação de profissionais que anseiam em ser especialistas.

Avaliando a percepção dos estudantes e médicos sobre a formação médica atual, Chehuen Neto et al. (2014) verificaram que 93,1% dos médicos e 85,6% dos estudantes de medicina entrevistados na cidade de Juiz de Fora (MG) concordaram com a necessidade da formação generalista, mas 96,8% dos estudantes pretendiam se especializar e 75,5% dos médicos já eram especialistas. Além disso, o referido estudo mostrou também que 63% dos estudantes de medicina entrevistados e 40,6% dos médicos se mostraram favoráveis a uma atuação temporária como generalistas (CHEHUEN NETO et al., 2014). É importante salientar que os estudantes entrevistados nesse estudo

estavam em um curso que havia sofrido a reforma curricular de acordo com as novas DCN, com maior envolvimento com a comunidade e enfoque na relevância do generalista para o sistema de saúde. Nessa linha, cogita-se a possibilidade de o insucesso dessas reformas se dever à inadequação prática de sua implementação, ou ainda se a mudança curricular não direciona os formandos em busca do perfil desejado do egresso de medicina.

O novo perfil profissional que se espera com a reforma curricular é o de um médico mais afinado com competências que extrapolam o domínio exclusivamente técnico para poder enfrentar adequadamente os problemas de saúde da população, nas esferas individual e coletiva, e não apenas no âmbito hospitalar. A demanda predominante atualmente é a de modelos curriculares baseados na interdisciplinaridade, que possam favorecer o desenvolvimento de profissionais hábeis em abordar a complexidade dos problemas, a partir da “ação-reflexão-ação” no cotidiano da sua prática (BATISTA; BATISTA, 2004).

Considerando estes dados empíricos, questiona-se se os esforços prévios de integração do processo de ensino-aprendizagem com a Atenção Básica têm baixa

sustentabilidade, pois também dependem de uma adesão ideológica de docentes e estudantes, ou se há necessidade de que se passem várias gerações de graduados em medicina para se obter uma predominância de médicos seguindo carreira nesse nível de atenção. Até o momento, as políticas estatais de valorização do médico generalista têm se mostrado insuficientes para a fixação e seguimento de sua carreira na Atenção Básica.

Há opiniões dissonantes em relação à compreensão de que a Atenção Básica seja priorizada à luz dos norteadores da formação em saúde no Brasil. De acordo com Gotardelo e Gaspar (2012), por exemplo, os objetivos da formação profissional sugeridos pelas DCN para a graduação em Medicina, ao se restringir à preparação de médicos de família ou voltados para a Atenção Básica à Saúde pode ser um equívoco. Este pensamento destoante provavelmente contribuiu para que apenas uma pequena quantidade de professores tenha se mobilizado para participar do processo da reforma na UFPB, o que se deu por meio de um fórum denominado Comissão Permanente de Pesquisa em Educação Médica (COPPEM), composto por estudantes e professores (GOMES et al., 2018).

As reformas curriculares na área da Saúde não são realizadas para produzir uma formação exclusiva na atenção básica, mas um reordenamento das práticas formativas. A atenção básica é “um espaço privilegiado de formação para os profissionais de saúde, de acordo com os pressupostos orientadores do SUS” (PEIXOTO et al., 2019, p. 2), uma vez que esse é o cenário caracterizado como porta de entrada preferencial da rede de atenção à saúde.

A configuração do Projeto Pedagógico do Curso da UFPB passou a ser constituída de oito semestres compostos de módulos (fases pré-clínica e clínica), seguidos de dois anos de internato. O período inicial, de quatro anos, se estruturou em três conjuntos modulares: (a) os módulos interdisciplinares verticais (MIV), que envolvem disciplinas anteriormente distribuídas entre os ciclos básico e profissional, para abordagem dos sistemas orgânicos em seus aspectos morfofuncionais e patológicos mais comuns, assim como suas terapêuticas clínicas e cirúrgicas; (b) os módulos horizontais técnico-reflexivos (módulos horizontais A - MHA), que ocorrem horizontalmente durante os oito semestres dos ciclos pré-clínico e clínico, com enfoque na formação humanística e ética; e (c) os módulos horizontais prático-integrativos, de inserção horizontal

(módulos interdisciplinares A - MHA) que têm como eixo pedagógico a problematização da vivência dos estudantes que se inserem em serviços de saúde ao longo dos oito primeiros semestres (GOMES et al., 2018).

Este projeto político pedagógico vigente na UFPB, e prestes a ser reformulado novamente, prevê como um dos eixos estruturantes do curso o eixo ético-humanístico, com apresentação de temas relativos à bioética e demais humanidades, em consonância com a perspectiva de transversalidade.

Em estudo documental realizado com o objetivo de analisar o currículo posto em prática na UFPB a partir de 2007, e vigente até 2019, Simon (2012) observou que esse projeto político-pedagógico tem um caráter abrangente, mas fragmentado, contendo preceitos de saúde tanto mecanicistas quanto dialéticos, ou seja, um currículo híbrido, considerando-se que os diferentes eixos pedagógicos utilizam diferentes epistemologias e concepções político-ideológicas. O referido autor destaca que a escola médica é um campo de intensas disputas políticas e ideológicas e, nesse sentido, a reforma curricular de 2007 foi “[...] uma farsa estratégica, em vista dos avanços pontuais que ocorreram em meio a uma ‘colcha de retalhos’,

onde se colocaram lado a lado proposições antagônicas” (SIMON, 2012; p. 142), o que, conforme o autor comprometeu sua coerência teórico-metodológica.

Um avanço pontual da grade curricular de medicina na UFPB a partir de 2007 foi a expansão do internato para dois anos, por este representar um momento em que o estudante está prestes a ingressar no mercado de trabalho e a enfrentar de forma autônoma inúmeras situações novas e, muitas vezes, difíceis. Nesse sentido, não se pode considerar que houve uma inconsistência teórico-metodológica. A reforma curricular de 2007, com currículo vigente até 2019, foi orientada pela necessidade de adequação do curso à legislação nacional, e guiada pelas as DCN.

O desenvolvimento de um novo currículo em educação médica é um processo que combina teoria e metodologia educacional com conteúdo específico e posterior avaliação do seu impacto. O processo de mudança centra-se não apenas no conteúdo e nas estratégias de ensino mais eficazes para o aprendizado, mas também sobre o que mudar. O arcabouço pedagógico preconizado por Thomas (2015) inclui seis etapas essenciais para o planejamento curricular na educação médica, sendo uma

delas a de avaliar o novo currículo e implementar um *feedback*.

Há estudos empíricos com enfoque na dimensão operacional da implantação das reformas curriculares no ensino médico (FOTY et al., 2018). Contudo, o processo de transformação curricular pode se prolongar por, no mínimo, uma geração de estudantes, ou seja, o tempo de realização de transformações não é necessariamente ajustado para beneficiar os indivíduos que as promovem (RIBEIRO, 2005).

Há poucas evidências de estudos observacionais de uma avaliação formal do impacto do currículo de medicina implantado desde 2007 na UFPB, exceto pelas avaliações institucionais formais realizadas pelo Ministério da Educação e pela Associação Brasileira de Educação Médica. Porém, há estudos que mostram evidências indiretas, que não podem ser atribuídas à reforma curricular em si. Por exemplo, observou-se que a satisfação dos estudantes com o internato médico da UFPB foi baixa sete anos após a referida reforma curricular, embora se tenha constatado também que o regimento interno do internato não estava sendo cumprido adequadamente (PONTES; SOUSA-MUÑOZ, 2014). Por outro lado, em estudo realizado com o objetivo comparar os perfis dos egressos quanto à escolha da área de

atuação médica e inserção profissional antes e após a adoção do Projeto Político-Pedagógico do curso da UFPB em 2007, evidenciou-se que a mudança curricular associou-se a mudanças no perfil dos médicos formados, com maior frequência de egressos elegendo carreira na atenção básica à saúde.

Um dos desafios parece ser a integração dos saberes e a estimulo do pensamento crítico e complexo, tendo como base as reflexões sobre a prática médica tanto do ponto de vista clínico-terapêutico quanto ético no perfil desenvolvido pelo futuro médico. Para tanto, será necessário acrescentar um aspecto imprescindível que parece faltar: o emprego efetivo de abordagens e metodologias pedagógicas adequadas em todas as disciplinas, de forma integrada, para o desenvolvimento das competências essenciais necessárias ao egresso. Esta estrutura pedagógica necessitará tomar o estudante de forma ativa, incentivando e permitindo a reflexão, o debate, a confrontação de ideias e opiniões, relacionando os conteúdos em questões e problemas da vida real (MARCH et al., 2005).

Esta mudança não é apenas uma alteração programática, mas de paradigma, o que demanda a inclusão de novas atitudes em face do conhecimento e de valores por

professores, alunos e gestores (AMORIM; ARAÚJO, 2013). Isso indica como é crítico o momento de revisão curricular. Para March et al. (2005), é necessário inovar, o que significa superar relações conservadoras e verticalizadas entre os diferentes agentes envolvidos no processo.

Não há um currículo único “melhor”. Entende-se que deveria haver oportunidades de aprendizagem mais flexíveis, por meio de um currículo adaptativo, em que as diferentes necessidades de aprendizagem de cada aluno fossem reconhecidas, talvez identificando uma forma de adaptação para atender a essas necessidades. O desafio também é para atender as necessidades de saúde cada vez mais complexas pelo crescimento e envelhecimento da população no século 21.

Referências

AMORIM, K. P. C.; ARAÚJO, E. M. Formação Ética e Humana no Curso de Medicina da UFRN: uma Análise Crítica. **Rev Bras Educ Méd**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 138-148, 2013..

ANDRIOLA, W. B. Estudo de egressos de cursos de graduação: subsídios para a autoavaliação e o planejamento institucionais. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 54, p. 203-219, 2014.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em Saúde: Temas e Experiências**. São Paulo: Senac, 2004

BOLLELA, V. B. *et al.* (Org.) **Educação baseada na comunidade para as profissões da saúde: aprendendo com a experiência brasileira**. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Diário Oficial da União, 9 nov. 2001, Seção 1, p.38.

BRASIL. Universidade Federal da Paraíba. Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão. **Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina**. 2007. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2019.

CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 1, p. 15-25, 2014.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Avaliação do ensino médico no Brasil: 1991-1997**. Rio de Janeiro: Ed. Comissão Interinstitucional Nacional do Ensino Médico, 1997.

FOTY, R. G. *et al.* Thinking Critically: How to teach translational medicine. **Frontiers in Public Health** [Online], v. 6, p. 284, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6191507/>. Acesso em: 15 mai. 2020.

GIUSTA, A. S. Concepções de aprendizagem e práticas pedagógicas. **Educ. rev.**, cidade, v. 29, n. 1, p. 20-36, 2013.

GUERRA, T. *et al.* Aquisição de Competências e Habilidades Previstas no Perfil Profissiográfico do Curso de Medicina da Universidade Anhanguera-Uniderp: Percepção do Egresso. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 17, n. 4, p. 59-75, 2013.

GOMES, L. B.; SAMPAIO, J.; LINS, T. S. Currículo de medicina na Universidade Federal da Paraíba: Reflexões sobre uma experiência modular integrada com ênfase na atenção básica. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2015.

ITIKAWA, F. A. *et al.* Dilemas em um currículo. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 4, p. 438-441, 2012.

MARASCHIN R, DAMETTO J. A parresía como experiência formativa voltada aos profissionais da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 993-1003, 2016.

MARCH, C. *et al.* Ampliando saberes e práticas sobre a formação em saúde: processos de inovação e caminhos para a transformação. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, B.; MATTOS, R. A. (Org.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde** Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESQ/ABRASCO, 2005.

MORAES, B. A.; COSTA, N. Análise Documental de Currículos da Área da Saúde no Brasil. **Atas: Investigação Qualitativa na Saúde**, [Online] v. 1, p. 224-234, 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/52/50>. Acesso em: 21 jul. 2019.

OZUAH, P. O. Undergraduate medical education: Thoughts on future challenges. **BMC Medical Education**, [Online], v. 2, p. 8, 2002. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-2-8>. Acesso em 15 mai. 2020.

PEIXOTO, M.T. et al. Formação médica na Atenção Primária à Saúde: experiência com múltiplas abordagens nas práticas de integração ensino, serviço e comunidade. **Interface (Botucatu)** [Online] v. 23, supl. 1, e170794, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/icse/v23s1/pt_1807-5762-icse-23-s1-e170794.pdf. Acesso em: 07 jun. 2020.

PESSOA, J. B.; NONATO, E. M. Currículo: Elemento básico de articulação das práticas educativas. **Revista Formação Docente**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 35-42, 2013.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. **Cadernos RH saúde**, s. v., s. n., p. 87-98, 2013. Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/16_5_2013_0_A_formacao_medica.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

PONTES, O. D. A.; SOUSA-MUNOZ, R. L. O internato médico no novo currículo de uma universidade pública: a apreciação do estudante. **Rev. bras. educ. med.** [Online].

v.38, n.4, p.519-531, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em:
07 jun. 2020.

RIBEIRO, V. C. N. Discutindo o Conceito de Inovação Curricular na Formação dos Profissionais de Saúde: O Longo Caminho para as Transformações no Ensino Médico. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 91-121, 2005.

SILVA, M. B. L.; SOUSA-MUÑOZ, R. L. **Perfil de Médicos Egressos da UFPB: Análise Comparativa da Área de Atuação e Inserção Profissional antes e após Reforma Curricular**. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Medicina da Universidade Federal da Paraíba. No Prelo. 2019.

SIMON, E. **Saúde & Educação: o projeto político pedagógico do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

SOARES, R. S. *et al.* Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-8, 2018.

SCHULTZ, K. W. *et al.* Medical Students' and Residents' preferred site characteristics and preceptor behaviours for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. **BMC Medical Education**, [Online], v. 4, n. 12, p. 20-24, 2004. Disponível em: . Acesso em: 15 mai. 2020.

THOMAS, P. A. **Curriculum Development for Medical Education**: a Six-Step Approach. 3rd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2015. Disponível em: <http://twixar.me/M8z1>. Acesso em: 20 ago. 2019.

CAPÍTULO 13

ABORDAGEM CLÍNICA CENTRADA NA PESSOA

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Veluma de Sousa Wanderley

A relação médico-paciente é considerada um aspecto-chave para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, desdobrando-se em diversos componentes importantes da assistência, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (OLIVEIRA et al., 2014). Contudo, os modelos de prática clínica observados na Medicina influenciaram de modos diversos a relação do doente com o médico ao longo dos tempos. O denominado modelo biomédico, de natureza cartesiana e com enfoque na doença, persiste como abordagem predominante na prática clínica ocidental, embora tenha se revelado insuficiente (KOIFMAN, 2001).

Após questionamentos ao modelo biomédico, surgiu o modelo biopsicossocial, que passou a influenciar aspectos centrais da prática, educação e pesquisa na área da saúde. George Engel questionou o modelo biomédico,

historicamente dominante na medicina, pelo qual se interpretava a doença em termos do quadro clínico de referência, muitas vezes possuindo pouca relação com a experiência real do doente. Ele delineou as limitações dessa abordagem biomédica e afirmou a necessidade do “Modelo Biopsicossocial” (ENGEL, 1977), expressão que criou para designar uma abordagem médica fundamentada na teoria geral dos sistemas: todas as entidades (sistemas), do menor sistema discernível da física ao maior sistema do cosmos, são estrutural e funcionalmente interconectadas. No âmbito filosófico, esta é uma maneira de entender como o sofrimento, a doença e a experiência de estar doente são afetados por múltiplos níveis de organização, do molecular ao social (FARRE; RAPLEY, 2017). Para Engel, essa abordagem conceitual tinha o potencial de enfraquecer o reducionismo, assim como de promover a multidisciplinaridade, ao se considerar a experiência subjetiva do paciente como um componente essencial para o diagnóstico e o atendimento humanizado (BORRELL-CARRIÓ et al., 2004).

Contudo, o modelo biopsicossocial também recebeu críticas, devido ao seu escopo muito genérico para ser colocado em prática, e também por não indicar que nível de

análise (biológico, psicológico ou social) priorizar (JULL, 2017). A falta de coerência filosófica, a insensibilidade à experiência subjetiva dos pacientes, assim como a ausência de coesão à teoria geral dos sistemas em que Engel alegou estar enraizada sua teoria, são outras críticas ao modelo biopsicossocial (BENNING, 2015). Contudo, como afirma Adler (2009), o modelo de Engel ainda é relevante hoje, pelo menos em teoria.

Na década de 1990, a medicina de família e comunidade, como afirma Burkett (1991), adequou o Modelo Biopsicossocial levando em conta uma abordagem das interrelações sistêmicas entre o biológico, o psicológico e o social em saúde e doença. Apesar de todos os seus pontos fortes, parecia questionável a adequação desse modelo, segundo o referido autor, à centralidade da cultura na experiência humana da doença. A cultura não seria apenas um fator opcional que influencia a saúde, mas um pré-requisito para toda experiência humana significativa, incluindo a experiência de estar doente (BARTZ, 1999).

Incorporando o caráter subjetivo e psicossocial da doença preconizado no Modelo Biopsicossocial, e contemplando a pessoa, surgiu, então, uma das abordagens atualmente propostas para alcançar essa compreensão, o

Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP). Este é considerado um “novo método clínico” (RIBEIRO; AMARAL, 2008) e identificado como elemento central dos cuidados de saúde de qualidade no século 21 (DAALEMAN et al., 2014), representando também um imperativo ético para a atenção em saúde (MEZZICH; SALLOUM, 2015). Com essa nova tendência, vem ocorrendo uma mudança no papel atribuído aos pacientes, que passam a ser o foco da atenção, paralelamente à existência de uma parceria com os profissionais de saúde, ao invés de aqueles serem vistos apenas como receptores passivos do cuidado (ALHARBI et al., 2014).

Embora não haja consenso sobre a definição do MCCP, a sua essência consiste na tentativa de entender a experiência da doença a partir do ponto de vista do doente. Stewart et al. (1995) desempenharam um papel importante na conceitualização do MCCP, que foi desenvolvido inicialmente na década de 1980 e descrito em 1995, como um tipo de abordagem mais estudada na área de medicina de família e comunidade (STEWART et al., 2005; STEWART et al., 2000). Em sua última atualização (STEWART et al., 2017), propõem-se quatro dimensões no MCCP: (1) explorando a saúde, a doença e a experiência de doença; (2)

compreendendo a pessoa como um todo; (3) elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas; e (4) intensificando a relação entre a pessoa e o médico.

Portanto, o conceito de MCCP desenvolveu-se principalmente na área de medicina de família e comunidade, enquanto o conceito de abordagem centrada na pessoa foi definido e desenvolvido principalmente na psiquiatria. A diferença de ênfase sugerida por esses termos pode ser atribuída às suas origens, embora não exista uma definição universalmente aceita de prática centrada na pessoa. São usados muitos termos na literatura de assistência médica e de saúde para descrever tal abordagem (LOUW et al., 2017). De agora em diante, no presente texto, será empregada a expressão “abordagem centrada na pessoa” (ACP).

Os princípios da ACP remontam à antiga medicina grega, com Hipócrates, embora nem sempre tenha sido uma prática comum. Por exemplo, nas décadas de 1950 a 1970, a maioria dos médicos considerava desumano e prejudicial aos pacientes a comunicação de más notícias em casos de prognósticos mais sombrios (HA; LONGNECKER, 2010). O modelo médico evoluiu mais recentemente do paternalismo para o individualismo, em que a troca de informações passou

a ser compreendida como modelo de comunicação mais eficiente, levando à tomada de decisão compartilhada e comunicação centrada na pessoa.

Ao longo do último meio século, as abordagens paternalistas e focadas na doença passaram a ser fortemente criticadas, tornando-se cada vez maior o volume de textos sobre medicina centrada no paciente (RIBEIRO; AMARAL, 2008), medicina centrada na pessoa (BARBOSA; RIBEIRO, 2016), método clínico centrado na pessoa (STEWART et al., 2017), abordagem centrada na pessoa (LOPES, 2005) e cuidado centrado na pessoa (CHIBANTE et al., 2017), para enfatizar o cuidado para com seres humanos completos, trabalhando-se respeitosamente com preferências, necessidades e valores individuais (MEZZICH et al., 2016).

Mesmo que os termos “paciente”, “cliente”, “usuário” e “pessoa” sejam frequentemente usados para expressar o mesmo conceito na literatura, ou seja, a ideia de atender a pessoa por trás do paciente, que abriu caminho para intervenções em termos de capacitar e encorajar os doentes a trazerem seus conhecimentos, preferências e valores para a tomada de decisões, assim como no planejamento de cuidados em saúde.

Desse modo, “centrado na pessoa” é a expressão reconhecida como mais adequada (NALDEMIRCI et al., 2017). Foi um psiquiatra inglês de origem húngara que cunhou o termo “medicina centrada no paciente”, em 1970 (BALINT et al., 1970), para contrastar com a abordagem hegemônica “medicina centrada na doença”, com diversos autores contribuindo desde então para construção desta abordagem.

Por outro lado, desde 2001, os profissionais da saúde brasileiros passaram a ser formados de acordo com orientações políticas voltadas para práticas mais humanizadoras, capacitados para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotores da saúde integral do ser humano. Especificamente a Medicina, o Brasil tem vivido um período de revisão de currículos médicos, a partir da discussão e publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001), embora a medicina centrada na pessoa, ainda que valorizada, não seja abordada explicitamente, de forma ampla, nas escolas médicas ou durante os programas de residência (GARNEAU et al., 2016). No entanto, a introdução de modelos inovadores de cuidados em saúde não significa

necessariamente que sejam incorporados prontamente na prática clínica diária de forma integral.

Quando a oposição é entre doença e doente, a medicina centrada no paciente é mais abrangente, buscando entender as necessidades e desejos da pessoa, não se restringindo à doença (RIBEIRO; AMARAL, 2008). Para abordar o adoecimento, deve-se incluir na abordagem do indivíduo a investigação de quatro principais aspectos (que podem ser lembrados com o mnemônico SIFE): a) os sentimentos do paciente diante da doença – tranquilidade, tristeza, raiva, culpa, medo; b) suas ideias em relação ao padecimento – relações causais, explicações místicas; c) as implicações em sua funcionalidade – no trabalho, nas atividades de vida diária; d) e suas expectativas – em relação ao tratamento, evolução, cura e papel do médico (STEWART et al., 2017).

A categoria 1 da ACP, que consiste na abordagem da experiência do adoecimento, significa explorar não só a doença em si, que o paciente apresenta no momento, mas tudo o que se refere a ela na sua vida: medos, crenças, pensamentos. O foco, nesse caso, sairia do corpo única e exclusivamente e seria transferido para a pessoa que passa pela experiência da doença. Tal abordagem exige o

desenvolvimento de diversas habilidades interpessoais, dentre elas a comunicação é considerada uma das mais importantes, mas ocorrem problemas desde a coleta da história até o momento da discussão com o paciente sobre a conduta no caso, que podem estar relacionados à falta de habilidade interpessoal, tanto da parte do médico quanto do paciente, ocasionando prejuízo no diagnóstico e no tratamento.

Para esse primeiro componente, é imprescindível diferenciar os termos doença e adoecimento. A doença é uma construção teórica com base em observações objetivas que tentam explicar o problema, enquanto o adoecimento é a experiência pessoal e subjetiva de quem está doente, sendo expressa de modo diferente para cada indivíduo (FERREIRA et al., 2014). A doença e o adoecimento nem sempre coexistem, pois pessoas com doenças assintomáticas nem sempre se sentem doentes, e pessoas deprimidas podem se sentir doentes, embora possam não ter comprometimento orgânico aparente. Escutá-las sobre sua experiência de adoecimento, além de poder ser esclarecedor para o diagnóstico e ajudar na decisão de quais estratégias clínicas serão mais eficazes, também faz com que o paciente se sinta

ouvido e, assim, estreite a relação médico-pessoa (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Assim, é pela narrativa da vivência que se pode ter contato com os sentimentos e significados que ela desperta e, neste sentido, aceita-se que o discurso do sujeito que vive a experiência é que a torna conhecida e a análise deste discurso é a expressão verbal da experiência vivida (HA; LONGNECKER, 2020).

O segundo componente, que consiste em entender a pessoa por inteiro, pode ser dividido em duas partes: entender o indivíduo singularmente e sua relação com a família, assim como entender o contexto no qual vive esse paciente (trabalho, relações sociais, fatores culturais etc.), ou seja, o contexto de vida e pertencimento da pessoa emergem, indicando que as relações familiares e sociais envolvem ou estão sendo afetadas pelo adoecer (BARBOSA; RIBEIRO, 2016).

Os médicos lidam com a integração de conhecimentos teóricos, aprendidos em instituições acadêmicas, com as realidades da prática clínica, e muitas vezes fatores contextuais como restrições de tempo, e aumento da carga de trabalho dificultam sua capacidade de cuidar dos pacientes de forma a trazer satisfação. Por outro lado, os

múltiplos aspectos socioculturais e comportamentais envolvidos na questão do atendimento médico têm sido objeto de estudo de diversos ramos das ciências sociais e sua aplicação à área da saúde, como é o caso da antropologia médica.

Paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina, foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que os acompanham, em grau maior ou menor. Mesmo que muitos profissionais admitam a existência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva, os quais exercem influência mesmo em casos de doentes em que as evidências orgânicas sejam mais explícitas, não se sentem, com frequência, à vontade para lidar com eles (RIBEIRO; SILVEIRA, 2015).

O modelo biomédico hegemônico estimula os médicos a aderirem a um comportamento cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado. Proclama-se a necessidade de um “distanciamento objetivo”, visto como uma qualidade que cabe preservar ou mesmo incrementar, por mais que seja inerente ao ato médico uma interação significativa e mais ou menos intensa entre médico

e paciente, e que esta interação seja fundamental para o sucesso terapêutico (LOUW et al., 2017). A intensificação da divisão do indivíduo em partes contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo. Até mesmo quando a comunicação se restringe ao âmbito terminológico, os médicos têm dificuldades em descrever o todo, a não ser por meio das partes (HA; LONGNECKER, 2020). Desta maneira, por mais que alguns profissionais queiram visualizar seu paciente como um todo e situá-lo, de algum modo a maneira, no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo mecanicista, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação na escola médica (BARROS, 2002).

O terceiro componente do ACP propõe que médico e paciente encontrem um terreno comum, ou seja, entrem em acordo com a agenda e as prioridades do atendimento, as metas do cuidado, para elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas, identificando nele os papéis assumidos por ambos (BARBOSA; RIBEIRO, 2016). Contudo, a escolha da melhor opção de tratamento disponível deve levar em conta as preferências do paciente, único capaz de torná-lo efetivo (STEWART et al., 2017). O fornecimento de informações sobre as opções de cuidados, os benefícios e malefícios de cada opção, os resultados relevantes

esperados e a posterior escuta da opinião do paciente sobre o que foi exposto constitui uma estratégia para a tomada de decisão compartilhada.

Mesmo quando o discurso médico ultrapassa os aspectos biológicos e avança em direção aos fatores psíquicos e sociais do processo saúde-doença, estes, quase sempre, orbitam ao redor da doença. A medicina dá uma configuração concreta à sua prática constituindo um “sujeito-da-doença”. Esta expressão reflete, segundo a referida autora, o exercício de um poder sobre o corpo do doente. Nessa perspectiva, é para a doença que o saber médico se dirige, e não para o indivíduo. Ainda de acordo com essa perspectiva, o paciente compartilha da “crença” dos médicos, que exigem simplesmente a obediência aos seus preceitos, levando o indivíduo a se colocar sob sua tutela (HERZOG, 1991).

O quarto componente, talvez o mais subjetivo de todos, requer que o médico empregue a alteridade para se aproximar e cultivar uma relação com seu paciente que vá além do diagnóstico e da prescrição de medicamentos. Esse componente depende do envolvimento do médico com a experiência do adoecimento e com o ciclo de vida do paciente. Neste quarto componente, é ressaltada a

importância de se fortalecer a relação médico-pessoa/paciente-pessoa, um processo que deve ser construído durante todo o atendimento e ser aprimorado em todas as visitas, em uma assistência longitudinal (STEWART et al. 2017).

Este é outro aspecto a ser considerado, pois o adoecimento leva os pacientes a um estado de regressão para situações vivenciadas anteriormente ao longo da vida, sobretudo referentes aos relacionamentos interpessoais. A importância da figura do médico para os pacientes pode fazer com que transfiram para o profissional as expectativas boas de relacionamentos vivenciados antes. Por outro lado, os pacientes podem não ter condições de relatar fielmente sua percepção sobre o médico, pois seu estado emocional os impede e tendem a não se expor, afirmando o que realmente pensam, por causa de sua situação de dependência ou por frustrações precedentes na comunicação paciente-médico (HA; LONGNECKER, 2020).

Tendo em vista as duas primeiras dimensões da ACP acima comentadas, valeria nos debruçarmos sobre certos aspectos da formação médica que fazem da implantação da ACP um desafio. Os médicos lidam com a integração de conhecimentos teóricos, aprendidos em instituições

acadêmicas, com as realidades da prática clínica, e muitas vezes fatores contextuais como restrições de tempo, e aumento da carga de trabalho dificultam sua capacidade de cuidar dos pacientes de forma a trazer satisfação.

Por outro lado, os múltiplos aspectos socioculturais e comportamentais envolvidos na questão do atendimento em saúde têm sido objeto de estudo de diversos ramos das ciências sociais e sua aplicação à área da saúde, como é o caso da antropologia médica. Paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina, foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que os acompanham, em grau maior ou menor. Mesmo que muitos profissionais ainda cheguem a admitir a existência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva, os quais exercem influência mesmo em casos de doenças em que as evidências orgânicas sejam mais explícitas, não se sentem, com frequência, à vontade para lidar com eles (RIBEIRO; SILVEIRA, 2015).

O modelo biomédico hegemônico estimula os médicos a aderirem a um comportamento cartesiano na separação entre o observador e o objeto observado.

Proclama-se a necessidade de um “distanciamento objetivo”, visto como uma qualidade que cabe preservar ou mesmo incrementar, por mais que seja inerente ao ato médico uma interação significativa e mais ou menos intensa entre médico e paciente, e que esta interação seja fundamental para o sucesso terapêutico. A intensificação da divisão do indivíduo em partes contribui sobremaneira para dificultar a valorização do todo. Até mesmo quando a comunicação se restringe ao âmbito terminológico, os médicos têm dificuldades em descrever o todo, a não ser por meio das partes. Dessta maneira, por mais que alguns profissionais queiram visualizar seu paciente como um todo e situá-lo, de algum modo a maneira, no seu contexto socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo mecanicista, pois este foi o modelo em que foi pautada sua formação na escola médica (BARROS, 2002).

O modelo biomédico geralmente explica o processo saúde-doença de uma forma unicausal, pressupondo o reconhecimento de um agente etiológico que deverá ser reconhecido e combatido. Em torno desse aspecto, tem-se o biologicismo (reducionismo que enfoca a existência apenas de um agente biológico que provoca a doença), a fragmentação (o corpo humano fragmentado em diversas

partes que são cuidadas separadamente), o mecanicismo (o corpo humano é visto com uma máquina imperfeita que deve ser investigada e revisada, buscando erros em seus processos), o hospitalocentrismo (centralização do cuidado nos hospitais), o tecnicismo (ênfase nos procedimentos técnicos) e a especialização (visão focada mais nas partes do que no paciente como um todo) (CUTOLO et al., 2006).

Dois estudiosos europeus, influenciados pela psicanálise e pela filosofia, propuseram três modelos conceituais de relação médico-paciente: no tipo de relação chamada de “atividade-passividade”, o paciente abandona-se por completo e aceita passivamente os cuidados médicos, sem mostrar necessidade ou vontade de compreendê-los. Na relação de “direção-cooperação”, o médico assume seu papel de maneira, até certo ponto, autoritária, mas o paciente compreende e aceita tal atitude, procurando colaborar. No tipo de relação de “participação mútua”, o médico permanece no seu papel de definir os caminhos e os procedimentos, mas o paciente compreende e atua conjuntamente, assumindo a corresponsabilidade.

Tais relações - atividade-passividade e direção-cooperação - são consistentes com o modelo paternalista, baseado na tradição hipocrática, que coloca a relação

médico-paciente nos termos em que o médico decide que testes ou intervenções são melhores para o paciente. Nesse caso, o médico apresenta ao paciente informação selecionada, que encorajará o consentimento da intervenção considerada a melhor por ele. Em modos extremos, o médico meramente avisa o paciente sobre a intervenção que será iniciada, sem considerar a opinião do paciente. Isso não está em consonância com a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (BRASIL, 2006), que preconiza que sejam fornecidas informações sobre o seu estado de saúde, extensivas aos seus familiares e/ou acompanhantes, de maneira clara, objetiva, respeitosa, compreensível e adaptada à condição cultural, respeitados os limites éticos por parte da equipe de saúde sobre, entre outras, hipóteses diagnósticas, diagnósticos confirmados, exames solicitados e terapêuticas propostas.

Concluindo, a abordagem centrada na pessoa dedica-se à promoção da saúde como um estado de bem-estar físico, mental, sociocultural e espiritual, bem como à redução de doenças, e baseia-se no respeito mútuo pela dignidade e responsabilidade de cada pessoa. A prática centrada na pessoa na medicina pode fornecer soluções para vários problemas prementes nos cuidados em saúde. É também um

imperativo ético em si. Considerando evidências crescentes do valor da abordagem centrada na pessoa, bem como de seu imperativo ético, as instituições de ensino devem garantir que estudantes e profissionais de saúde sejam instruídos de acordo com tais preceitos. Portanto, é necessário identificar e praticar as intervenções de educação profissional da abordagem centrada na pessoa, ou pelo menos em algumas das suas principais dimensões.

Referências

ADLER, R. H. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. **J Psychosom Res.** v. 67, n. 6, p. 607-611, 2009.

ALHARBI, T. S. *et al.* Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. **BMC Nursing**, [Online] n. 13 p. 28, 2014. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-28>. Acesso em: 15 mai. 2020.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, Supl. 8, p. S216-S222, 2016.

BARROS, J. A. C. Pensando o Processo Saúde Doença: A que Responde o Modelo Biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BARTZ, R. Beyond the biopsychosocial model: new approaches to doctor-patient interactions. **J Fam Pract.** v. 48, n. 8, p. 601-607.

BENNING, T. B. Limitations of the biopsychosocial model in psychiatry. **Adv Med Educ Pract.** [Online] v. 6, s. n, p. 347-352, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4427076/>. Acesso em: 07 jul. 2020.

BORRELL-CARRIÓ, F.; SUCHMAN, A. L.; EPSTEIN, R. M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. **Ann Fam Med.** [Online] v. 2, n. 6, p. 576-582, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>. Acesso em: 08 jun. 2020.

BURKETT GL. Culture, illness, and the biopsychosocial model. **Fam Med.** 1991;23(4):287-291.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 2). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

CHIBANTE, C. L. P. *et al.* Saberes e práticas no cuidado centrado na pessoa com feridas. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, e20170036, 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000200208&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso 15 mai. 2020.

CUTOLO, L. R. A. Modelo biomédico, Reforma Sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf> . Acesso 5 mar. 2019.

DAALEMAN, T. P. *et al.* A method to determine the impact of patient-centered care interventions in primary care. **Patient Educ. Couns.** [Online], v. 97, n. 3, p. 327-31, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399114003802?via%3Dihub>. Acesso em: 15 mai. 2020.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**. v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

FARRE, A.; RAPLEY, T. The New Old and Old New Medical Model: Four Decades Navigating the Biomedical and Psychosocial Understandings of Health and Illness. **Healthcare (Basel)** [Online] v. 5, n. 1, p. 57-65, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5746722/> . Acesso em: 07 jun. 2020.

FERREIRA, D. C.; SOUZA, I. D.; ASSIS, C. R. S.; RIBEIRO, M. R. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre Saúde, Doença e Valores. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 38, n. 2, p. 283-288, 2014.

GARNEAU, K. *et al.* Cultivating person-centered medicine in future physicians. **Eur. J. Pers. Cent. Health** [Online], v. 1, n. 2, p. 468-477, 2013. Disponível em: <http://www.ejpch.org/ejpch/article/view/688>. Acesso em 15 mai. 2020.

HA, J. F.; LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: a review. [Online] **Ochsner J.** v. 10, n. 1, p. 38-43, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>. Acesso em: 07 jun. 2020.

HERZOG, R. A percepção de si como sujeito-da-doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 143-155, 1991.

JULL, G. Biopsychosocial model of disease: 40 years on. Which way is the pendulum swinging? **Br J Sports Med** [Online] v. 51, s. n., p. 1187- 1188, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28062465/>. Acesso em: 08 jun. 2020.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. cienc. Saúde**, Mangueiras, v. 8, n. 1, p. 49-69, 2001.

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do cuidado: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde.** 2005. 223f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, , Porto Alegre, 2005.

LOUW, J. M.; MARCUS, T. S.; HUGO, J. F. M. Patient- or person-centred practice in medicine? A review of concepts.

Afr J Prim Health Care Fam Med (Online) v. 9, n. 1, e1-e7.
Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675925/>. Acesso: 07 jun. 2020.

MEZZICH, J. E.; SALLOUM, I. M. Person Centered Medicine: Core and Diversity. **Int J Pers Cent Med**. [Online], v. 5, n. 4, p. 159-163, 2015. Disponível em:
<http://www.ijpcm.org/index.php/IJPCM/article/view/554>. Acesso em 15 mai. 2020.

NALDEMIRCI, Ö. *et al.* Deliberate and emergent strategies for implementing person-centred care: a qualitative interview study with researchers, professionals and patients. **BMC Health Services Research** [Online], v. 17, n. 1, p. 527, 2017. Disponível em:
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2470-2>. Aceso em 15 mai. 2020.

OLIVEIRA, J. F.; ALBERTIN, A. L. Uma análise na relação médico-paciente frente aos recursos das tecnologias da informação. **Revista de Administração e Inovação**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 132-153, 2014.

RIBEIRO, I.; SILVEIRA, M. G. C. C. Humanização hospitalar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Interd. Ciên. Saúde**, Teresina, v. 2, n. 3, p. 19-24, 2015.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 90-97, 2008.

STEWART, M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. **Br J Gen Pract.** v. 55, n. 519, p. 793-801, 2005.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa:** transformando o método clínico. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2017.

STEWART, M.; BROWN, J.; LEVENSTEIN, J. The patient-centred clinical method III. Changes in residents' performance over two months of training. **Family Practice**, Oxford, n. 3, p. 164-7, 1986.

STEWART, M. A. *et al.* **Patient-centered medicine:** transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.; 1995.

STEWART, M. *et al.* The impact of patient-centered care on outcomes. **J. Fam. Pract.** [Online], v. 49, n. 9, p. 796-804, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11032203/>. Acesso em: 15 mai. 2020.

CAPÍTULO 14

HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA SAÚDE

Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Eduardo Sérgio Soares Sousa

A palavra continua sendo uma das ferramentas mais importantes do exercício e do sucesso dos profissionais de saúde. É a base da comunicação, mas, muitas vezes, o médico esquece que o importante não é apenas o que ele fala. A maioria dos médicos não está preocupada em escutar os pacientes, mas em falar o que eles devem fazer.

Com frequência, o fato de o médico não saber escutar seus pacientes leva estes a se sentirem desamparados, porque é penosa a sensação de alguém que não se sente compreendido naquilo que quer transmitir sobre seu estado de medo e angústia (MAST, 2007). Também é importante que o médico saiba distinguir quando o paciente está falando muito, mas dizendo pouco. Por isso precisa estar atento à sua comunicação não verbal, que se manifesta por gestos, atitudes, somatizações, porque o “corpo fala”.

Não saber escutar o paciente é, muitas vezes, o primeiro erro de uma série que leva a muitos outros. É importante ouvir a abertura inicial do paciente sem interrompê-lo. Uma interrupção prematura, impaciente, geralmente leva o paciente a se calar, a intimidar-se, e não oferecer mais um relato completo. Em média, os médicos interrompem os pacientes apenas 18 segundos após eles começarem a falar (SILVERMAN; KINNERSLEY, 2010). Em geral, o médico pensa que o doente vai começar a falar de forma interminável. Contudo, não é o que ocorre com a maioria dos pacientes, que geralmente se cala um minuto, em média, após ter começado a falar (ZIMMERMAN, 2005). E mesmo depois de parar de falar, o paciente deve ser estimulado a dizer mais. A atitude de escuta do médico é que determinará as possibilidades de expressão do paciente. Isso não requer instrumentos caros, mas tempo e um ouvinte atento e interessado, treinado para apreciar o significado da história de seu paciente.

As habilidades básicas de comunicação isoladamente são insuficientes para criar e manter um relacionamento terapêutico médico-paciente bem-sucedido, que consiste em percepções e sentimentos compartilhados sobre a natureza

do problema, os objetivos do tratamento e o apoio psicossocial (HA; LONGNECKER, 2020).

O relato de que médico não escuta os seus clientes é uma constante em pesquisas sobre satisfação do paciente (SOUSA-MUÑOZ et al., 2017; SOUSA-MUÑOZ et al., 2012). A possibilidade do diagnóstico de transtornos psicossociais comuns, como ansiedade, depressão e abuso de drogas, por exemplo, é perdida entre 50 e 80% dos casos, sendo esta perda influenciada pelo fato de os médicos não estarem treinados a ouvir os fatores psicossociais da vida de seus pacientes (ALVARADO et al., 2011). Por outro lado, Caixeta (2005) discute a capacidade de o médico ser continente, ou ser capaz de conter, ou seja, ter condições de acolher as angústias e necessidades dos pacientes, contendo-as dentro de si tempo suficiente para entendê-las e não ser afetado pela angústia, o que o levaria à pressa em medicar sem ainda ter convicção daquilo que está prescrevendo.

O fato de ter o médico para escutá-lo e tratá-lo com atenção é, por si mesmo, um fenômeno único que proporciona ao paciente uma satisfação importante que raramente lhe oferecem outras relações humanas (CAIXETA 2005). O médico que se julga autossuficiente, ótimo observador, capaz de raciocínios rápidos e acertados, pode

ter pouca disposição para ouvir, acreditando ser de pouco valor investir esforço e tempo em continuar ouvindo o paciente com atenção (MOREIRA, 1979).

Para Scliar (1999), permitir que o paciente fale enquanto se lhe oferece toda a atenção favorece a coleta de dados clínicos e de diagnóstico, induz uma possibilidade de melhora clínica pelo potencial terapêutico da escuta, e fortalece a relação médico-paciente. Ele cita Scholem Aleichem, escritor ídiche que retrata uma consulta médica em um dos seus contos:

Faça-me um favor, doutor. Ouça-me até o fim. Não estou pedindo para escutar o meu coração ou coisa no gênero; sobre minha doença, falarei daqui a pouco, e direi tudo o que há de errado comigo. Eu só queria que o senhor ouvisse o que eu tenho a dizer. Nem todos os doutores permitem que seus pacientes falem. É um mau hábito deles - não deixam as pessoas abrirem a boca. Tudo o que sabem é escrever prescrições, olhar o relógio, tomar o seu pulso, a sua temperatura e o seu dinheiro. Mas disseram-me que o senhor é diferente. (SCLIAR, 1999, p. 74).

Não há dúvidas de que a comunicação verbal eficaz é a base da assistência de qualidade, centrada no paciente. Os profissionais de saúde e a equipe devem estar cientes da

ênfase e importância colocadas na comunicação verbal. No entanto, uma comunicação não verbal - expressões faciais, gestos, contato visual, postura e tom de voz - também é essencial. Pesquisas sugerem que a maior parte da comunicação é não verbal, o que enfatiza a importância que esse aspecto da comunicação desempenha nas interações humanas. Se as formas de comunicação verbal e não verbal são inconsistentes ou contraditórias, é preciso se deter mais naquele aspecto que parece inconsistente (VOGEL et al., 2018).

A comunicação é uma interação de mão dupla, onde informações, significados e sentimentos são compartilhados verbalmente e não verbalmente. Por essa razão, na literatura sobre cuidados em saúde, os termos comunicação e interação são usados de forma equivalente (NEWELL; JORDAN, 2015). A comunicação se dá de forma eficaz quando a mensagem que está sendo transmitida é percebida pelo paciente como aquela que é almejada pelo profissional de saúde que o está atendendo (MACDONALD-WICKS; LEVETT-JONES, 2012).

É muito importante que nos habituemos a observar a comunicação não verbal dos pacientes. A expressão corporal e as microexpressões faciais podem contradizer uma

mensagem na comunicação verbal. Os padrões de fala, a hesitação vocal, também são aspectos a valorizar. A comunicação não verbal ajuda a construir o relacionamento médico-paciente, fornece pistas para preocupações e emoções subjacentes não ditas e ajuda a reforçar ou contrariar nossos comentários verbais (SILVERMAN; KINNERSLEY, 2010).

Não é fácil adquirir o hábito de observar a comunicação não verbal. Treinamentos de comunicação são necessários para aprimorar as habilidades técnicas de comunicação. O ensino da comunicação clínica tornou-se um objetivo central para a educação profissional na saúde e as habilidades de comunicação podem ser ensinadas, embora estratégias de aprendizado apropriadas devam ser a base de qualquer ensino de comunicação. Macdonald-Wicks e Levett-Jones (2012) enfatizam que os próprios professores de habilidades de comunicação devem ser treinados e avaliados. As referidas autoras recomendam que o aprendizado de habilidades de comunicação devem ser antecipadas nos cursos de graduação da área da saúde, e que serão mais eficazes se continuado ao longo de todos o currículo, de forma longitudinal.

O ensino de habilidades de comunicação precisam ter um forte componente prático, e não apenas baseados exclusivamente em teoria ou discussão. Simulações e dramatizações são métodos instrucionais eficazes para o desenvolvimento de habilidades de comunicação, incluindo abertura e fechamento de consultas, realização de consultas, linguagem corporal, uso da linguagem no nível de entendimento do paciente e comunicação verbal e escrita clara (TEHERANI et al., 2008).

Uma estratégia específica considerada eficaz é o uso de consultas simuladas em vídeo com pacientes padronizados, seguidas de *feedback* construtivo (MACDONALD-WICKS; LEVETT-JONES, 2012). A avaliação por pares das habilidades de comunicação pode contribuir para o domínio dos critérios de avaliação, pois quando os alunos desenvolvem a capacidade de julgar o desempenho de seus colegas, eles podem melhorar sua capacidade de examinar seu próprio desempenho clínico (HULSMAN, et al., 2013). Essa estratégia deve ser multifacetada, ou seja, abordar os domínios de conhecimento, habilidade e atitude, bem como abranger as formas de comunicação verbal e não verbal. A reflexão e a auto-avaliação também são componentes essenciais da construção dessa habilidade em

consultas clínicas gravadas em vídeo, pois permitem que os alunos revisem seu próprio comportamento (ZICK et al., 2007).

Geralmente a comunicação verbal em consultas médicas é mais fácil de interpretar e analisar. Porém, ela está sob controle voluntário e comunica os pensamentos cognitivos mais do que nossas emoções. Em contraste, a comunicação não verbal é menos fácil de interpretar: é contínua, ocorre mesmo em silêncio, pode ocorrer de vários modos ao mesmo tempo, opera em um nível menos consciente, filtra pistas espontâneas, e é o canal por onde se dá a comunicação de atitudes e emoções.

Além do comportamento não-verbal dos pacientes, o dos médicos também é importante. Eles devem ter consciência situacional de sua comunicação não-verbal para que possam reconhecer uma linguagem corporal potencialmente problemática e alterá-la conscientemente. Quando o paciente percebe contradição, tendem a substituir as mensagens verbais pelas não verbais (VOGEL et al., 2018). Se nas relações interpessoais cotidianas, na nossa interação pessoal, podemos perceber quando alguém nos antagoniza ou até hostiliza, imagine-se então o paciente em situação de vulnerabilidade? Já se sabe que a maneira como o médico se

comporta (de forma não verbal) afeta a resposta clínica do paciente e sua satisfação. Já se sabe também que o comportamento não verbal afetivo (por exemplo, o olhar no olho, a proximidade, a expressão facial) do médico está relacionado à maior satisfação do paciente. Segundo Mast (2007), o processo de ensino e aprendizagem dos alunos e profissionais de saúde poderia ganhar muito com a incorporação de conhecimentos sobre o comportamento não verbal, tanto do médico quanto do paciente.

Por outro lado, poucos alunos do internato médico conseguem explorar declarações ambíguas, pois via de regra não estão realmente prestando atenção ao que o paciente fala. Geralmente, eles também não buscam sinais de comunicação não verbal. De outro modo, quando a situação é a do paciente que espera que falem para dar informações, eles então se tornam disfuncionais, por não darem a informação de que o paciente precisa.

Reconhecer que o objetivo final da atenção à saúde não é apenas melhorar a saúde física do paciente, mas seu bem-estar geral, é uma concepção simples, mas ao mesmo tempo complexa. Como o médico pode abarcar o entendimento de tanta complexidade cotidianamente? Para isso ele precisa trabalhar de forma multidimensional, em

uma abordagem física, psicológica, social e espiritual integrada, pois se uma parte não está funcionando corretamente, todas as outras partes serão afetadas. Por outro lado, para que o paciente seja tratado como um parceiro em seus próprios cuidados de saúde, é necessária sua voz em todas as decisões desde o primeiro contato, e a comunicação é fundamental aqui, pois o médico precisa conhecer suas preferências, crenças, objetivos, valores.

As organizações de saúde precisam aplicar recursos na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e pacientes, para que estes sejam verdadeiros parceiros em seus cuidados. Considerando a relevância e a complexidade do processo comunicativo no cuidado em saúde especialmente no que se refere à formação profissional, é importante dar ênfase a esta dimensão educativa. No Brasil, as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários estão entre os temas desafiadores para a reorganização dos serviços de saúde, portanto, para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois as interações estabelecidas nas práticas de saúde podem ter uma ação transformadora (SCHIMITH et al., 2011).

A comunicação humana é um tema complexo, sobretudo na área da saúde. Além dessa complexidade,

trata-se também de um fator crucial para a satisfação e resposta dos pacientes. A formação de profissionais nesta área necessita conter propostas de ensino e aprendizagem sobre comunicação eficaz, visando à promoção, manutenção e recuperação da saúde, tanto no sentido clínico propriamente dito, quanto nos sentidos humano, psicológico e cultural de sua existência.

Referências

ALVARADO, R.; ROJAS, G. Evaluation of the program for detection and treatment of depression in Chilean primary health care centers. **Rev. Méd. Chil.**, Santiago, v. 139, n. 5, p. 592-9, 2011.

BECKMAN, H. B. *et al.* The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. **Acad. Med.** [Online], v. 87, n. 6, p. 815-9, 2012. Disponível em: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2012/06000/The_Impact_of_a_Program_in_Mindful_Communication.28.aspx. Acesso em: 10 mai. 2020.

CAIXETA, M.; LITTLE, P.; BRITTEN, N. A consulta na perspectiva da psicologia médica. *In*: CAIXETA, M. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

HA, J. F.; LONGNECKER, N. Doctor-patient communication: a review. [Online] **Ochsner J.** v. 10, n. 1, p. 38-43, 2010. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>. Acesso em: 07 jun. 2020.

HULSMAN, R. L.; PETERS, J. F.; FABRIEK, M. Peer-assessment of medical communication skills: the impact of students' personality, academic and social reputation on behavioural assessment. **Patient Educ Couns.** v. 92, n. 3, p. 346-354, 2013.

MACDONALD-WICKS, L.; LEVETT-JONES, T. Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. **JBI Libr Syst Rev.** v. 5, Suppl. 28, p. 1-12, 2012.

MAST, M. S. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. **Patient Educ. Couns.** [Online], v. 67, n. 3, p. 315-8, 2007. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399107000973?via%3Dihub>. Acesso em: 10 mai. 2020.

MOREIRA, A. A. **Teoria e Prática da Relação Médico-Paciente.** Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

NEWELL, S.; JORDAN, Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. **JBI Database System Rev Implement Rep.** v. 13, n. 1, p. 76-87, 2015.

SCHIMITH, M. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trab. educ. saúde** [Online] v. 9, n.3, p. 479-503, 2011. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 jun. 2020.

SCLIAR, M. J. **Da Bíblia à psicanálise: saúde, doença e medicina na cultura judaica**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. Disponível em: http://www.moacyscliar.com/multimedia/docs/tese_de_doutorado_moacyr_scliar.pdf. Acesso em 07 jun. 2020.

SILVERMAN, J.; KINNERSLEY, P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. **British Journal of General Practices**, Reino Unido, v. 60, n. 571, p. 76-8, 2010.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. *et al.* Satisfação do paciente idoso com internação em um hospital universitário. **Rev. Adm. Saúde** [Online] v. 17, n. 68, s. p., 2017. Disponível em: <http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/50/67>. Acesso em: 07 jul. 2020

SOUSA-MUÑOZ, R. L. *et al.* Comunicação em saúde na atenção terciária: estudo exploratório sobre a informação retida pelo paciente. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde** [Online] v.6, n.1, p. 3-12, 2012. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/474/1125>. Acesso em: 07 jul. 2020.

VOGEL, D.; MEYER, M.; HARENDZA, S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. **BMC Med Educ**. [Online] v. 18, n. 1, p. 157, 2018. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029273/>. Acesso em: 07 jun. 2020.

TEHERANI, A.; HAUER, K. E.; O'SULLIVAN, P. Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. **Patient Educ Couns.** v. 71, n. 2, p. 148-152, 2008.

ZICK, A.; GRANIERI, M.; MAKOUL, G. First-year medical students' assessment of their own communication skills: a video-based, open-ended approach. **Patient Educ Couns.** v. 68, n. 2, p. 161-166, 2007.

ZIMMERMAN, D. A Saúde Mental na Formação do Médico. *In*: CAIXETA, M. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.



Este livro foi diagramado
pela Editora UFPB
em 2020

