



BIS

Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB:
Vivências em um Modelo de Formação Interprofissional



Aline Maria Peixoto Lima
Fabio Santos de Oliveira
Fran Demétrio
Jeiza Botelho Leal Reis
Mayara Melo Rocha
Marianne Neves Manjavachi
Micheli Dantas Soares
Sibele Oliveira Tozetto Klein
Vânia Sampaio Alves
(Organizadores)

B621 BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: vivências em um modelo de formação interprofissional / Organizadores: Aline Maria Peixoto Lima... [et al.]_ Cruz das Almas, BA: UFRB, 2019.
1484p.; il.

ISBN: 978-85-5971-105-9

1.Educação – Ensino superior. 2.Educação – Saúde. 3.Universidades e faculdades – Avaliação. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. II.Lima, Aline Maria Peixoto. III.Oliveira, Fabio Santos de. IV.Alves, Vânia Sampaio. V.Demétrio, Fran. VI.Reis, Jeiza Botelho Leal. VII.Rocha, Mayara Melo. VIII.Manjavachi, Marianne Neves. IX.Soares, Micheli Dantas. X.Klein, Sibele Oliveira Tozetto. XI.Título.

CDD: 378

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas – UFRB. Responsável pela Elaboração – Antonio Marcos Sarmiento das Chagas (Bibliotecário – CRB5 / 1615). Os dados para catalogação foram enviados pelos usuários via formulário eletrônico.



Santo Antônio de Jesus – Bahia
2019

SOBRE OS AUTORES

Abdias de Souza Alves. Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Mestrando em Estudos Interdisciplinares Sobre a Universidade pela Universidade Federal da Bahia.

Aianna Macedo de Oliveira Almeida. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Aline Maria Peixoto Lima. Graduada em Nutrição e Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Allina Leal Bringel. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Amélia Borba Costa Reis. Graduada em Nutrição e Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Ana Lúcia Moreno Amor. Graduada em Biologia pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Patologia Humana pelo Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz, Doutora em Biotecnologia em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação da Rede Nordeste em Biotecnologia, Universidade Estadual do Ceará, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Caillan Farias Silva. Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Mestre em Estudos Interdisciplinares Sobre Universidade pela Universidade Federal da Bahia.

Cíntia André dos Santos. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Daniele de Andrade Santos. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Diana Anunciação Santos. Graduação em Ciências Sociais – Sociologia, Mestre e Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Elen Maiana Lima Conceição da Silveira. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Elivan Silva Souza. Enfermeiro pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Mestrando em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília.

Emmanuelle Fonseca Marinho de Anias Daltro. Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social e Doutoranda em Administração na Universidade Federal da Bahia, Auditora do Sistema Único de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus.

Ende Iasmim Cruz Santos. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Erycles Paixão Barros. Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Fábio Costa da Anunciação. Graduado em Enfermagem, Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Fábio Santos de Oliveira. Licenciado em Química Aplicada pela Universidade do Estado da Bahia, Mestre em Química e Doutor em Química Analítica pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação nos cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Nutrição.

Fernando Vicentini. Graduado no Curso Superior de Tecnologia em Saúde pela Universidade Estadual Paulista, Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Campinas, Doutor em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Flávia Karine Pereira Nery. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Fran Demétrio. Graduada em Nutrição, Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da UFBA, Pós-doutorado em Filosofia pela Universidade de Brasília, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Francinei Anunciação do Nascimento. Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade do Estado da Bahia.

George Mariane Soares Santana. Graduado em Biologia pela Universidade Católica do Salvador, Mestre e Doutor em Patologia Humana pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Gleideson Cerqueira dos Santos Pereira. Graduando do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Graciete Maria Santos de Magalhães. Enfermeira pela Faculdade Maria Milza, Especialista em Preceptoría do SUS pelo Hospital Sírío Libanês/Ministério da Saúde, atuou como enfermeira na Atenção Básica do Município de Santo Antônio de Jesus.

Gustavo Amorim Modesto. Graduado em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal do Espírito Santo, Mestre em Gestão de Tecnologia em Saúde pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Espírito Santo, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Hermes Pedreira da Silva Filho. Graduado em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia, Mestre e Doutor em Patologia Humana pela Universidade Federal da Bahia/Fundação Oswaldo Cruz, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Ionara Magalhães de Souza. Graduada em Pedagogia pela Universidade do Estado da Bahia e em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Especialista em Estudos Étnicos e Raciais pelo Instituto Federal da Bahia, Especialista em Preceptoría no SUS pelo Hospital Sírío Libanês/Ministério da Saúde, Mestre em Saúde Coletiva e Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

Ismael Mendes Andrade. Licenciado em Geografia pela Universidade do Estado da Bahia e em Pedagogia pela Faculdade de Ciências Wenceslau Braz, Bacharel em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Mestre em Planejamento Territorial pela Universidade Estadual de Feira de Santana; Especialista nas áreas de Educação, Saúde e Meio Ambiente; Doutorando em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Universidade Federal da Bahia, Docente da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo.

Jamile Gomes Ferreira. Licenciada em Geografia pela Universidade do Estado da Bahia, Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Jeiza Botelho Reis. Graduada em Ciências Biológicas, Mestre e Doutora em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Estadual de Santa Cruz, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Joaquim Tosta Braga Neto. Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Jorge Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro. Graduado em Psicologia, Mestre em Linguística e Doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Jorge Sadao Nihei. Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo, Mestre e Doutor em Imunologia Celular e Patologia Experimental pelo Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

José Lucas Andrade Santos. Bacharel em Saúde, Graduando em Medicina e Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Juliane Pinto dos Santos. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Karoline Oliveira Souza. Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Lara Granja Santos. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Luana Maria Gabriel Barreto. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Maeli Sales Santana. Bacharela em Saúde e Graduanda em Psicologia na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Marcilio Delan Baliza Fernandes. Graduado em Ciências Biomédicas e Mestre em Genética pela Universidade Federal de Pernambuco, Doutor em Ciências (Biologia Molecular) pela Fundação Oswaldo Cruz, Pós-doutorado pela Universidade do Algarve – Portugal, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Maria Luiza Camurugi Macedo. Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Maria Thereza Ávila Dantas Coelho. Graduada em Psicologia, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Mariana Luiza Almeida Barbosa. Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Psicologia na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Marianne Neves Manjavachi. Graduada em Farmácia-Bioquímica, Mestre e Doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Micaele Gomes Moreira Angelim. Bacharela em Saúde pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Micheli Dantas Soares. Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.



Mithaly de Jesus Teixeira. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Núbia dos Reis Pinto. Graduada em Ciências Sociais e Mestre em Estudos Étnicos e Africanos pela Universidade Federal da Bahia, atuou como docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Paulo José dos Santos de Matos. Graduando do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Rafael Queiroz de Brito. Psicólogo pela Universidade Salvador (UNIFACS), atua no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Santo Antônio de Jesus.

Raylane Mendes de Souza. Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Psicologia na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Rebeca Correa Rossi. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Riane Rosa de Almeida. Graduanda do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Ricardo Mendes da Silva. Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Ciência Animal pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e Doutor em Biociência Animal pela Universidade Federal de Pernambuco, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Rodrigo Barbosa Alves. Graduando do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde com segundo ciclo em Nutrição na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Sabrina Souza Silva. Bacharela em Saúde e Graduanda de Enfermagem na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia .

Sheila Monteiro Brito. Graduada em Nutrição, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação nos cursos de Nutrição e de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Sibele de Oliveira Tozetto Klein. Graduada em Biologia do Desenvolvimento pela Eberhard Karls Universität Tübingen - Alemanha, concluiu o curso e diploma prático (Diplom Arbeit, correspondente ao Mestrado no Brasil), com ênfase em Desenvolvimento (Embriologia), Doutora em Biologia do Desenvolvimento pela Eberhard Karls Universität Tübingen, Pós-doutorado em Genética pela Universidade de São Paulo, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.





Simone Seixas da Cruz. Graduada em Odontologia pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Tainá Santos Oliveira. Bacharela em Saúde e Graduanda em Psicologia na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Tatiane Santos Couto de Almeida. Enfermeira e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Professora da Faculdade de Ciências e Empreendedorismo, Diretora da Atenção Básica do Município de Santo Antônio de Jesus.

Thiago Barcelos Soliva. Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal Fluminense, Mestre em Sociologia e Antropologia e Doutor em Ciências Humanas (Antropologia Cultural) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Ticiano Osvald Ramos. Graduada em Sociologia, Mestre e Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

Valmir Carlos Mota de Oliveira Júnior. Bacharel em Saúde e Graduando em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Vaneiza dos Santos Oliveira. Bacharela em Saúde e Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Vânia Sampaio Alves. Graduada em Psicologia, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com atuação no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.





EPÍGRAFE

“A mente que se abre para uma nova ideia,
jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein





SUMÁRIO

PREFÁCIO	13
APRESENTAÇÃO	17
1. CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE DISCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB	19
2. RELEVÂNCIA DO EIXO “PROCESSOS DE APROPRIAÇÃO DA REALIDADE” NA FORMAÇÃO ACADEMICA DE DISCENTES	33
3. VIVÊNCIA INTERPROFISSIONAL: METODOLOGIAS ATIVAS E APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA	43
4. USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO MÓDULO DA BIOINTERAÇÃO	59
5. INTEGRANDO TECIDOS BIOLÓGICO E SIMBÓLICO NA CONSTRUÇÃO DO CORPO: EXPERIÊNCIA DE UMA ABORDAGEM ANTROPOBIOLÓGICA	73
6. AVALIAÇÃO INTEGRATIVA: ALCANCES E DESAFIOS DE UMA METODOLOGIA AVALIATIVA INTERDISCIPLINAR	83
7. O DIÁRIO REFLEXIVO DE ENCONTROS INDIVIDUAIS E COLETIVOS NA FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE	95
8. MONITORIA DE ENSINO: CONTRIBUIÇÕES PARA O APRENDIZADO E VIVÊNCIAS NA DOCÊNCIA	109
9. GRUPO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES: RELATO DE VIVÊNCIAS	119
10. PROJETO SEMEANDO SABERES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	131
11. A EXPERIÊNCIA DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB NO PET-SAÚDE/GRADUA SUS	137



PREFÁCIO

É Preciso Sonhar e Caminhar...

O livro *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: Vivências em um Modelo de Formação Interprofissional* faz parte da coleção de obras publicadas pelo Observatório da Inclusão e Diversidade na Educação Brasileira – DIVERSIFICA e integra uma coleção que busca promover debates e socializar experiências no campo da produção teórico e prática no campo da diversidade e inclusão na educação. As experiências que compõem esta obra, que tem como foco a formação no campo da saúde, são coerentes com a missão do DIVERSIFICA de contribuir para difusão de práticas educativas que buscam romper com as bases da universidade tradicional excludente e nicho de conteúdos universais que não dialogam com as realidades e com outras formas de conhecimento.

A formação em saúde iniciou-se no Brasil colônia com instituições de nível superior, que eram vocacionadas para profissionalização de médicos. Mais tarde, com a instituição das Universidades, anos 30-40 do século XX, outros cursos deste campo surgiram. Todavia, as bases desta formação estavam estruturadas a partir do modelo biomédico de compreensão do processo saúde-doença, fragmentação das disciplinas e em modelos pedagógicos centrados na transmissão de conteúdos e no saber centrado na figura do professor. Além disso, por concentrar cursos de grande prestígio social (ex: Medicina), o perfil dos estudantes era e, ainda permanece, caracterizado por apresentar maior concentração de estudantes pertencentes ao topo da pirâmide social e autodeclarados brancos, incompatível com a realidade étnico-racial e social da população brasileira.

Em contraponto a este modelo hegemônico, foi criado no de 2009 o curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia no Centro de Ciências da Saúde (UFRB/CCS), espaço de produção pedagógica que proporcionou a realização das experiências relatadas neste livro. O projeto deste curso visava atender a uma das diretrizes do Plano REUNI que versa sobre a revisão da estrutura acadêmica, com reorganização dos cursos de graduação e atualização de metodologias de ensino-aprendizagem, buscando a constante elevação da qualidade.

Pode-se assinalar que a ampliação do acesso ao sistema de ensino superior no Brasil foi o principal legado do Plano REUNI¹. Destaca-se, também, a diversificação do campus universitário da rede federal, além de mudanças territoriais provenientes da criação de campus universitários no interior do país. As discrepâncias regionais na distribuição de instituições federais de ensino superior ainda permaneceram, todavia, registra-se que nas regiões menos favorecidas (Norte e Nordeste) e nas cidades do interior, houve uma ampliação do número de universidades. Logo, na última década, o acesso ao ensino superior para todos os alunos, incluindo os de baixa renda, foi maior do que nunca; mas compreender este subsistema em função do acesso é não passar da superfície da questão.

Neste sentido, foram criadas políticas estruturantes, tais como, o Programa Nacional de Assistência Estudantil (Pnaes) e como já citado anteriormente, as inovações acadêmicas instituídas representadas pelos cursos de Bacharelado Interdisciplinar implantados em 17

1 REUNI – A partir de 2007, ocorreu uma ação indutora da expansão das universidades com a criação do Programa de Apoio aos Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) (BRASIL, 2007). Todas as universidades federais aderiram ao programa e elaboraram seus planos de reestruturação, que foram aprovados nos respectivos conselhos universitários para, posteriormente, se transformarem em acordos e metas com o MEC (MEC/SESu/DIFES, 2009).

universidades federais. Assim, elementos podem ser convocados para apontar mudanças na rede federal de ensino como produto das metas e diretrizes propostas pelo REUNI.

A Secretaria de Educação Superior do MEC (SESU/MEC) divulgou um relatório que teve como objetivo fazer um balanço das ações desenvolvidas no âmbito do ensino superior no período entre 2003-2014. O relatório apresentou um conjunto de políticas, programas e projetos com potencial para contribuir com inclusão e permanência com sucesso dos estudantes, tais como: Programa Nacional de Extensão Universitária (Proex), Programa de Educação Tutorial (PET), Ciências sem Fronteiras e Idiomas sem Fronteiras, Reconhecer (Programa de incentivo e apoio a experiências de práticas coletivas, dialógicas e transformadoras, vinculadas a um projeto institucional de caráter ético humanista), INCLUIR (acessibilidade no ensino superior) e UNIAFRO (Programa de Ações Afirmativas para a População Negra nas Instituições Públicas de Educação Superior). O documento também sinalizou como importante ação para garantir a qualidade do ensino nas IFES, a ampliação do quadro de docentes efetivos e o crescimento relevante de percentual de mestres e de doutores. Em 2003, o percentual de professores com título de mestrado era 50,95%; e ocorreu uma redução de 25,54%, em 2013.

Outras ações importantes, específicas para a formação universitária no campo da saúde, tem sido capitaneadas pelo Ministério da Saúde (MS). No ano de 2005, por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o MS buscou estimular a reconfiguração dos currículos na área da saúde por meio do apoio técnico e financeiro para cursos que optassem por adotar um novo modelo de formação em saúde, assegurando o emprego de abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, com vistas a produzir transformações na prestação de serviços à população.

Tal mudança de paradigma na formação do profissional de saúde implica num processo formativo capaz de conhecer e compreender as necessidades sociais, levando em conta as dimensões sociais, econômicas e culturais da população. Para além disto, a formação em saúde, entendida como um processo contínuo, deveria estar atenta à dinâmica de transformação do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social.

Deste modo, partiu-se de um entendimento de que para o fortalecimento do SUS e, sobretudo da Política Nacional da Atenção Básica, seria preciso repensar a formação em saúde, a fim de garantir uma atenção efetivamente integral, centrada nos usuários, com uma equipe que trabalhasse de forma colaborativa, interdisciplinar e integrada, fornecendo uma assistência qualificada à população. Para tanto, fez-se necessário superar uma série de obstáculos, dentre eles o modelo de formação dominante no campo da saúde. Neste contexto, a proposta da Educação Interprofissional (EIP) apresenta-se como uma estratégia em relação à formação de profissionais com foco no aprendizado compartilhado e colaborativo, de modo a ampliar o olhar acerca das multideterminações do fenômeno saúde-doença.

Atualmente, na região das Américas, tem-se avançado na EIP com incentivos em políticas de recursos humanos para saúde por parte da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). A OPAS/OMS tem incentivado seus países membros a aderirem e apoiarem ações e políticas que promovam estratégias de recursos humanos para o acesso e cobertura universal de saúde, encorajando o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços por meio da EIP e a diversificação dos cenários de aprendizagem, com enfoque na pesquisa, no intercâmbio de experiências e na cooperação.

A partir do ano de 2016 a OPAS/OMS realiza reuniões técnicas anuais com o propósito de estimular o debate teórico/metodológico da EIP; propiciar espaço de compartilhamento de experiências em relação às práticas na formação e cuidado em saúde; fomentar articulação e cooperação técnica entre instituições educacionais, organizações profissionais e Ministérios da Saúde e Ministérios da Educação, visando a promoção da educação interprofissional e a prática colaborativa em atenção à saúde. A partir destas reuniões foram criadas redes de colaboração, a exemplo da Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (Reip - <https://www.educacioninterprofesional.org/>) e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), bem como elaborados documentos com diretrizes e planejamento estratégico para o avanço da EIP. Fruto destas reuniões, pelo menos 18 países, dentre eles o Brasil, apresentaram planos de ação a serem implementados entre 2018 e 2019, destacando o compromisso dos governos em definir políticas nacionais que estimulem ações de EIP pelas instituições de educação e saúde. Dentre estas ações, destacam-se a revisão de currículos e práticas educativas e a capacitação docente para que sejam aptos a trabalhar com os princípios e práticas da EIP.

É neste contexto que o BIS/UFRB/CCS destaca-se em seu projeto pedagógico, por apresentar eixos norteadores que privilegiam a interdisciplinaridade, interprofissionalidade, ênfase no estudante como sujeito do processo de aprendizagem e adoção de metodologias ativas de ensino. Deste modo, estes eixos se constituem como estruturantes para radicalizar o processo de democratização e, assim, de fato promoverem uma efetiva igualdade de oportunidades de permanência e de sucesso, uma vez que o acesso à universidade não garante, por si só, a permanência e a qualidade das aprendizagens que nela são realizadas. Em outras palavras, a massificação do sucesso na universidade implica em aprimorar a qualidade das aprendizagens para todos e todas.

A divulgação de experiências inovadoras no ensino superior faz-se oportuna e necessária por seu potencial em promover reflexões sobre as práticas pedagógicas no campo da saúde, que permitam colocar em tela elementos fundamentais para uma educação de qualidade, ou seja, a inclusão no seu sentido amplo, que abarca o acesso, a permanência e a conclusão com sucesso. Os textos alinhados neste volume, que representam um extrato das ações desenvolvidas neste cenário de formação em saúde, buscam-se contribuir como o pensamento e o fazer crítico e libertário, em construção no Recôncavo da Bahia em um processo de interação com o lugar e ao mesmo tempo com o olhar global para questões que envolvem o processo saúde-doença. Tais textos tem como referência a aprendizagem pautada na apropriação do conhecimento científico, mas também, com o mesmo grau de importância incorpora as dimensões da cultura, da sociedade, dos valores da instituição, do serviço, das pessoas e das coletividades.

Assim, como organizadores do primeiro livro sobre o BIS/CCS/UFRB publicado no ano de 2016 (Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: Inovações Curriculares, Formação Interprofissional Integrada e em Ciclos), nós convidamos os leitores a sonhar juntos a partir dos caminhos relatados nesta produção rumo a uma imagem objetivo que concretize novos arranjos formativos no campo da saúde.

Luciana Alaíde Alves Santana, Everson Meireles e Roberval Passos de Oliveira.



APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos este novo livro, após a primeira publicação (2016), cujo argumento principal foi o registro da experiência de implantação inovadora do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Ao completarmos 10 anos desde a criação do curso, e 03 anos da 1ª publicação, trazemos aos leitores uma seleção das vivências decorrentes de atividades pedagógicas e integrativas, dos processos metodológicos e avaliativos desenvolvidos no Curso do BIS.

O BIS/UFRB foi implantado no ano de 2009, com projeto político pedagógico inovador, de natureza modular, tendo por princípio a interdisciplinaridade, com integralização própria e garantia de acesso aos cursos profissionalizantes. O currículo organizado por eixos, de natureza horizontal e vertical, composto por módulos, dentre estes, um de natureza prática transversal, com inserção nas comunidades de Santo Antônio de Jesus (SAJ). Tal inserção ocorre a partir do 1º semestre, no intuito de propiciar a vivência interdisciplinar in loco, integrando os saberes advindos dos módulos teóricos nos eixos verticais.

A partir do ano de 2012 caminhamos para a alteração deste modelo de formação da área de saúde, de linear para ciclos, constituindo a entrada para todos os cursos de saúde pelo Bacharelado Interdisciplinar como o 1º Ciclo de formação e o 2º ciclo pela formação profissionalizante em Enfermagem, Medicina, Nutrição ou Psicologia.

Contudo, elementos do contexto institucional local, motivaram a alteração de uma das características da proposta do Bacharelado Interdisciplinar – a etapa da escolha profissional ao final do 1º ciclo formativo. Assim mantivemos a arquitetura curricular modular, interdisciplinar, incorporando ao modelo a dimensão interprofissional, adotando-se a escolha prévia para acesso ao segundo ciclo, no Sistema de Seleção Unificada (SISU).

A coletânea que integra esta obra apresenta as vivências decorrentes desta nova arquitetura curricular, que não foi contemplada na 1ª publicação sobre o BIS/UFRB. Nesta 2ª publicação pretendemos socializar um conjunto de vivências no âmbito do curso tendo por norteadores os elementos estruturantes presentes no Projeto Político – Pedagógico do Curso.

Os organizadores deste livro são os integrantes do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do BIS, que considerando a relevância em colaborar com a consolidação deste modelo de formação em saúde inovador, voltado para a ampliação do cuidado, pretendeu reunir as vivências articuladas aos princípios do Projeto Pedagógico. Para tal, no intuito de ampliar e diversificar os olhares e perspectivas, definiu pela publicação de um edital convidando a comunidade acadêmica para a submissão de capítulos em processo seletivo, para compor um livro de vivências da implementação do modelo de formação em saúde interdisciplinar e interprofissional. Apresentamos a seguir os capítulos que compõe esta coletânea e uma breve descrição destes:

Iniciamos esta coletânea apresentando no primeiro capítulo, as Concepções de Saúde dos discentes do BIS/UFRB, cujo objetivo foi descrever e analisar as concepções de saúde dos discentes recém-ingressos e formandos, com a intenção de colaborar para a reflexão sobre a contribuição do BIS para a (re)construção das concepções de saúde entre seus discentes.

No segundo capítulo, a vivência a ser retratada é a Relevância do eixo “Processos de Apropriação da Realidade” na formação acadêmica dos discentes do bis, no qual, os autores descrevem, a partir de relatos de experiências, a contribuição do PAR na vida acadêmica

e profissional dos egressos do BIS.

O terceiro capítulo discute a configuração e a proposta didático-pedagógica do Componente Curricular “Vivência Interprofissional” que compõe o itinerário formativo para o Curso de Medicina, abordando as metodologias ativas para uma aprendizagem significativa.

O quarto capítulo também aborda o uso de metodologias ativas, contudo, na perspectiva da área básica da saúde, no módulo da Biointeração cujo objetivo é apresentar o relato dos docentes nas práticas pedagógicas do módulo Biointeração no contexto acadêmico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS).

O quinto capítulo se propõe a relatar a experiência docente sobre o processo de ensino-aprendizagem de socioantropologia e saúde, a partir do uso metodológico de construção de imagens sobre o corpo por meio de ferramentas artísticas.

O sexto capítulo tem o intuito de compartilhar as experiências e os desafios vivenciados pelas docentes da Unidade de Produção Pedagógica II (UPP II)¹, do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), no que tange, em especial, à construção, aplicação e análise da Avaliação Integrativa (AI), enquanto constituinte do processo avaliativo integrador.

O sétimo capítulo tem por objetivo analisar o uso pedagógico do Diário Reflexivo de Encontros Individuais e Coletivos (DEDICO) como estratégia metodológica e avaliativa para o ensino e aprendizagem no componente curricular “Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida”.

O oitavo capítulo se propõe a contribuir com a discussão sobre monitoria de ensino, a partir da descrição das experiências dos docentes e monitores que atuaram em componentes curriculares do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na área de conhecimento Ciências Básicas da Saúde.

O nono capítulo apresenta contribuições para a discussão sobre os grupos de estudo, a partir do relato de vivências do Grupo de Estudos Interdisciplinares (GEI), na perspectiva de docentes e discentes.

O décimo capítulo tem por objetivo discorrer sobre a trajetória de uma turma de discentes do BIS/UFRB, no eixo transversal PAR e suas repercussões para uma comunidade no município de Santo Antônio de Jesus – BA.

Por fim, finalizando a coletânea sobre as vivências no BIS, apresentamos o décimo-primeiro capítulo que retrata a experiência do PET-GRADUA SUS, a partir do olhar de docentes, discentes e trabalhadores da rede de saúde do município.

Desejamos uma leitura proveitosa e que as nossas vivências contribuam com as reflexões e a práxis em modelos de formação em saúde.

1 O currículo do BIS “[...]organiza-se a partir de eixos integrativos horizontais e verticais, que funcionam como elementos centrais, em torno dos quais os saberes, de forma integrada, promovem um movimento de crescente complexidade. Nesse sentido, os semestres do curso são considerados como Unidades de Produção Pedagógica (UPP), estruturados em seis eixos temáticos [...]. Esses eixos articulam módulos, os quais são constituídos a partir da integração de núcleos de saberes da mesma área de conhecimento ou de áreas diferentes”.

Curso de graduação desenvolvido no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE DISCENTES DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB

*Caillan Farias Silva
Jorge Luiz Lordêlo de Sales Ribeiro
Maria Thereza Ávila Dantas Coelho*

INTRODUÇÃO

Ao ingressar na universidade, o discente já traz consigo sentidos e concepções de saúde, doença e cuidado emergidos da sociedade em que vive, do pensar e do fazer cotidiano. Ao longo da graduação, na medida em que adquire novos conhecimentos e experiências, presume-se que seus pensamentos e valores vão progressivamente se modificando (GONÇALVES et al., 2014; TORRES et al., 2011).

Segundo Almeida Filho (2000), o conceito de saúde constitui um dos pontos cegos paradigmáticos da ciência epidemiológica. Esta lacuna não é exclusiva da epidemiologia. Em todas as disciplinas que constituem o chamado campo da saúde nota-se um desinteresse, desde a Grécia antiga, em construir conceitualmente os objetos saúde, doença e cuidado (BATISTELLA, 2007; COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003; MINAYO, 1997). Porém, segundo Batis-tella (2007, p. 26) observa-se uma recente discussão desses conceitos devido à “[...] necessidade de mudanças no atual modelo de atenção à saúde, do movimento da promoção da saúde e pela própria crise do setor”.

Por esses motivos, este estudo pretende contribuir com a redução da referida lacuna na produção científica, que tem se concentrado na (re)produção de modelos biomédicos de patologia (ALMEIDA FILHO, 2011; BATISTELLA, 2007; TEIXEIRA et al., 2013). Nessa perspectiva, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) nasce em contraponto à formação superior predominante no Brasil, que enfatiza a profissionalização precoce, a especialização e sub-especialização, contribuindo para tornar os profissionais formados dependentes tecnologicamente e carentes de capacidade crítica diante das transformações na situação de saúde, no pensar e no problematizar a saúde em seu caráter mais amplo (DEMÉTRIO et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2013).

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo descrever e analisar as concepções de saúde dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS da UFRB. Pretende-se, com ele, colaborar para a reflexão sobre a contribuição do BIS para a (re)construção das concepções de saúde entre seus discentes. Considerando que essas concepções servirão de referência na prática de saúde desses futuros profissionais.

O BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE – BIS

Baseada no modelo educacional de Bolonha e no Colleges estadunidenses e através do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras (REUNI), a Universidade Federal da Bahia (UFBA) criou e implantou o primeiro BIS do Brasil, em 2009. No segundo semestre desse mesmo ano, a Universidade Federal do Recôncavo (UFRB) também implantou essa modalidade de graduação. Mesmo com di-

ferências em seus Projetos Político-Pedagógicos, ambos os cursos se comprometeram com uma formação interdisciplinar, com um currículo flexível e alicerçado na concepção positiva de saúde (COELHO et al. 2016; DEMÉTRIO et al., 2016; TEIXEIRA et al., 2013; UFRB, 2014).

O BIS possui como princípios norteadores, a articulação entre os campos do saber através da interdisciplinaridade, a dinâmica do conhecimento, a responsabilidade social e cidadania e a flexibilidade curricular (UFRB, 2014). Em 2014, passou por uma reestruturação para que possibilitasse a implantação da formação em ciclos no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFRB.

Dentre as principais mudanças na matriz curricular do curso, pode-se apontar a adesão total ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares e Formação Geral (NUVEM), responsável pela oferta de componentes curriculares que possibilitem ações integradas de ensino, pesquisa e extensão e que são vinculados à formação geral e à filiação acadêmica dos estudantes. [...] E a reformulação do eixo que integra componentes optativos, intitulado de 'Itinerário Formativo'. Os componentes que integram esse eixo são responsáveis pela formação básica na área da saúde, mais relacionada aos cursos de segundo ciclo profissionalizante ofertados no Centro. (SANTANA et al., 2016, p. 156)

Assim, o BIS passa a se configurar como curso do 1o ciclo de formação geral em saúde, que visa qualificar a formação em saúde e ampliar o enfoque para além da aquisição de saberes, habilidades técnicas e biomédicas necessários para atender às demandas do mercado (SANTANA et al., 2016; UFRB, 2014). Os estudantes dispõem de uma formação geral e interdisciplinar no campo da saúde, articulada a saberes concernentes à cultura humanística, artística e científica, com vistas ao desenvolvimento de competência política e ética. Esse curso desponta como uma experiência inovadora na formação em saúde e se estrutura a partir “da promoção da saúde e com a proposta de reforma cultural e epistemológica do modelo biomédico” (DEMÉTRIO et al., 2016, p. 66).

Há uma complexidade ao se conceituar a saúde e a doença, pois elas “estão diretamente relacionadas a questões que fazem parte da condição humana, como é o caso da reflexão sobre a vida e a morte” (PRATTA, SANTOS 2009, p. 203). Segundo Batistella (2007), a intenção de conceituar a saúde objetivamente na construção do conhecimento científico vem-se mostrando insuficiente, tendo em vista que a saúde não é constituída apenas por fatores biológicos.

Nesta perspectiva, o BIS possui como objetivo formar sujeitos capazes de formar um conceito de saúde para além da visão biomédica, através da problematização de um conceito amplo da saúde que considere os aspectos culturais, históricos, sociais, econômicos, epidemiológicos, dentre tantos outros que estejam relacionados à saúde (UFRB 2014).

ASPECTOS TEÓRICOS DO CONCEITO DA SAÚDE

Na Antiguidade, a sociedade se utilizava de interpretações mitológicas e mágico-religiosas para explicar a saúde e a doença. Concomitantemente foi-se desenvolvendo uma concepção mais racional, com a medicina hipocrática, que entendia a saúde como homeostase dos quatro fluidos do organismo: bile amarela, bile negra, linfa e sangue. Com o advento do Cristianismo, na Idade Média, a doença passou a ser considerada como um castigo do pecado, a cura como consequência da fé e a saúde como resultante de uma vida santa, sem pecados (BATISTELA, 2007; PRATTA; SANTOS, 2009; SCLIAR, 2007).



Diante do estabelecimento do Renascimento, a Igreja Católica perdeu gradativamente parte de seu poder e influência sobre a sociedade. Em consequência, nessa época houve um grande avanço científico, possibilitando o nascimento da ciência moderna. No século XVII, Descartes elaborou o conceito de dualismo mente-corpo. Dessa forma, o corpo passou a ser considerado como uma máquina, o qual pode ser estudado e explorado, colaborando para o desenvolvimento da anatomia, que influenciou a percepção de saúde desde aquela época. A partir de então, a saúde passou a ser entendida também como o silêncio dos órgãos (CRUZ, 2009; PRATTA; SANTOS, 2009; SCLIAR, 2007). “Além disso, a divisão entre corpo e mente proposta por Descartes levou os médicos a direcionarem sua atenção para máquina corporal, para o biológico, deixando de lado aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença” (PRATTA; SANTOS, 2009, p. 205). Assim, nasce o modelo biomédico, que possui como perspectiva a fragmentação do corpo, a correlação causa-efeito e a explicação da doença (CRUZ, 2009; BARROS, 2002).

Em contraponto a essa linha de pensamento reducionista, biomédico e mecanicista dos conceitos de saúde e de doença, Canguilhem (2009) propõe um entendimento dinâmico desses conceitos, a partir dos quais o corpo é entendido como produtor de normas e a vida, como variação de formas. Portanto, o conceito de doença não pode ser o oposto lógico do conceito de saúde, pois a vida no estado patológico não é ausência de saúde ou de normas, mas simplesmente presença de outras normas, diferentes das normas anteriores. Dessa forma, são as normas que condicionam a média (estatística) e não o contrário. Logo, pode-se afirmar que é possível ser saudável mesmo vivenciando uma patologia ou enfermidade (CANGUILHEM, 2009; SILVA et al., 2016; RODRIGUES; PEIXOTO JÚNIOR, 2014).

[...] Se o indivíduo é normativo e se sente predominantemente bem, pode-se afirmar que ele está com saúde, mesmo que apresente índices que desviam do que se considera como um funcionamento regular, porte algum grau de sofrimento ou revele, até mesmo, sinais de uma doença. Sob esse prisma, a norma, em última instância, é sempre individual. Cada indivíduo tem a sua própria concepção de normalidade. A normalidade deixa de se restringir a um único padrão, deixa de ser conforme um modelo predefinido de saúde e passa a se expressar de diferentes formas. (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 108)

Todavia, essa perspectiva de normatividade e de convivência entre a saúde e a doença não são viáveis na teoria de Christopher Boorse. Em sua perspectiva, o normativismo define esses conceitos através do juízo de valor. Segundo o naturalismo boorseano, esses conceitos podem ser essencialmente descritivos quando fundamentados na biologia evolutiva e na normalidade estatística. A partir desses pressupostos, a teoria boorseana define a saúde como ausência de doença, refutando as proposições de Canguilhem (2009) (ALMEIDA FILHO, 2011; ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

Criada em 7 de abril de 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua carta de princípios, reconhece o direito à saúde e responsabiliza o Estado como instituição encarregada da sua promoção e proteção. No Brasil, a saúde só ganha o status de direito universal em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, que, no seu artigo 196, preconiza que a:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2017, p. 74).





Segundo a OMS (1946, p. 1), a saúde é “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Esse conceito demonstra um grande avanço, pois expressa uma concepção bastante ampla da saúde, para além de enfoques centrados em aspectos biológicos, individuais e tecnológicos. A OMS instituiu um conceito universal de saúde e superou a definição negativa de saúde como ausência de doença, incluindo os domínios físico, mental e social (BUSS, 2007; HUBER et al., 2011; SCLIAR, 2007).

Esse conceito da OMS sofreu várias críticas devido ao seu caráter ideal, estático, utópico e/ou inalcançável. A maioria das críticas diz respeito ao poder absoluto da palavra “completo” em relação ao bem-estar, que, involuntariamente, contribui para a medicalização da sociedade e a impossibilidade da operacionalização desse conceito. Além disso, a definição da OMS não acompanhou as mudanças sociais e nem as transições epidemiológicas e demográficas sofridas nas últimas décadas (BATISTELA, 2007; DEJOURS, 1986; HUBER et al., 2011; SCLIAR, 2007).

Inúmeras propostas foram feitas para adaptar a definição de saúde da OMS. A mais conhecida é a Carta de Ottawa, fruto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986. Essa proposta considera que “a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas [...]” (BRASIL, 2002, p. 19). Segundo Almeida Filho (2011, p. 29),

[...] a saúde tem sido definida negativamente ou positivamente. Na concepção negativa, o termo saúde implica mera ausência de doenças, riscos, agravos e incapacidades. Na vertente positiva, saúde pode denotar desempenho, funcionalidades, capacidades e percepções.

O modelo de História Natural da Doença proposto por Leavell & Clark, em 1976, “representa um grande avanço em relação ao modelo biomédico clássico, na medida em que reconhece que o estado de saúde ou de doença implica processo de múltiplas e complexas determinações” (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 50). Contudo, o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e esse modelo evidencia o preventivo ao social. Além de naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente (modelo ecológico), fundamenta-se no modelo biomédico e estabelece apenas relações quantitativas entre os fatores causais (ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; PALMEIRA, 2004).

Diante das críticas ao modelo da história natural da doença, propôs-se um tratamento mais amplo do processo saúde-doença, que o concebesse como produzido social e economicamente. O modelo da determinação social da saúde considera que

[...] as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde [...] são os fatores sociais, econômicos, culturais, éticos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78).

Nesse modelo, todos esses fatores que influenciam no processo saúde-doença são relacionados sistematicamente e integralmente. Entre os diversos modelos propostos para uma compreensão sistemática da relação desses fatores, destaca-se o modelo de Dahlgre-





en e Whitehead, que contém os determinantes sociais da saúde organizados em camadas distintas, a começar de uma mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais. Desta forma, este modelo propõe uma nova prática médica que vise não apenas a cura, mas a promoção da saúde e a qualidade de vida. (BATISTELA, 2007; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

A promoção da saúde possui diversas interpretações, porém em geral, identifica-se duas vertentes predominantes. Uma relacionada ao estilo de vida e no comportamento individual e a outra nas condições de vida e no incremento de políticas públicas saudáveis. O enfoque no estilo de vida visa à transformação dos hábitos individuais tidos como não saudáveis. Nessa perspectiva, a promoção da saúde prioriza ações educativas com base nos fatores de riscos comportamentais individuais transformando o sujeito como único responsável pela sua saúde e por vezes, o culpabilizando pelo seu processo de adoecimento. Enquanto que o outro enfoque prioriza a relação entre os determinantes sobre as condições de saúde relacionando-os com a qualidade de vida individual e coletiva (VERDI, CAPONI, 2004).

Considerando que os fenômenos de saúde e doença não podem ser definidos apenas no âmbito subindividual ou socioambiental, e que esses fenômenos são plurais, multifacetados, transdisciplinares e simultaneamente ontológicos, Almeida Filho (2013, p. 447) propõe um conceito integrador do complexo saúde-doença-cuidado.

A saúde é um objeto-modelo unificado formado pelo conjunto sintético dos modos de ser, emergindo da articulação de todos os padrões, compreendendo domínios, níveis e lógicas, bem como modelos, produtos e objetos relacionados (e desenhados por referência) aos fenômenos da vida, função, desempenho, produção, sofrimento, aflição, doença, cuidado, cura e morte em sujeitos humanos, grupos e instituições sociais.

Percebe-se a complexidade de conceituar a saúde devido a suas singularidades e a suas relações com a percepção de doença, com o ambiente, com a cultura, com a religião, com as relações sociais, dentre outros aspectos. Portanto, tendo em vista que as concepções influenciam as práticas de saúde, faz-se necessário a sua problematização com o objetivo de superar os modelos reducionistas, negativos e biomédico-centrados (ALMEIDA FILHO, 2013; BATISTA, 2007).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório e analítico, de abordagem qualitativa, que foi realizado na UFRB, instituição que, desde 2009, disponibiliza o curso de graduação BIS no Centro de Ciências da Saúde (CCS), no bairro Cajueiro, do município de Santo Antônio de Jesus.

Este estudo integra uma pesquisa mais ampla, denominada “Concepções e práticas pessoais e profissionais ligadas a processos de saúde-doença”, vinculada ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde, Violência e Subjetividade (SAVIS), do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos/UFBA. A pesquisa mais ampla foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, conforme Parecer no. 741.187, respeitando os dispositivos da Resolução no 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre Pesquisas com Seres Humanos.

A referida pesquisa utiliza, como instrumento de coleta de dados, um questionário es-



truturado, composto de 58 perguntas entre abertas, fechadas e de múltipla escolha, sobre as concepções e práticas de saúde e doença, além de questões sociodemográficas. Para este artigo, foram utilizadas apenas as respostas à pergunta aberta 'O que é saúde para você?' e as questões relativas aos dados sociodemográficos.

A produção de dados foi dividida em duas etapas. Na primeira foi realizada a identificação dos discentes junto ao colegiado do BIS, onde foram identificados 90 alunos matriculados no primeiro semestre e 28 no último semestre do curso, em 2016.2. Na segunda etapa, procedeu-se a aplicação do questionário em sala de aula, o qual foi respondido manualmente pelos discentes, no período de setembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Estavam aptos a participar da pesquisa os discentes que estavam devidamente matriculados no primeiro ou no último semestre do BIS. Os que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram da pesquisa 70 discentes recém-ingressos de um universo de 90, ou seja, 78%, e 18 dos 28 formandos (64%). Cada questionário recebeu um código de identificação para preservar a identidade dos participantes. Utilizou-se a letra R e F para identificar os questionários dos estudantes recém-ingressos e formandos respectivamente.

Os dados produzidos foram inseridos no software Microsoft Excel e analisados conforme a análise temática proposta por Bardin (2009). Optou-se pela contagem de um ou vários temas ou itens de significação, numa unidade de codificação determinada após a leitura das respostas dos discentes.

Esta análise compreendeu, inicialmente, a fase de leitura flutuante das respostas, com a finalidade de estabelecer contato com os questionários, de conhecer e buscar as primeiras impressões sobre as concepções de saúde desses estudantes. Após novas leituras mais precisas e aprofundadas, buscou-se as unidades de significação a codificar, analisando-as na perspectiva do conceito positivo de saúde. Dessa forma, foram emergiram as seguintes categorias: bem-estar, equilíbrio/harmonia, qualidade de vida, ausência de doenças, estilo de vida e normalidade. Sendo que algumas respostas abrangiam mais de uma unidade de codificação.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 70 recém-ingressos entrevistados, 83% são do sexo feminino e 17% do sexo masculino, com média de idade de 21 anos, variando entre 18 e 58 anos. Todos os participantes se identificavam com o sexo de nascimento. Em relação à orientação sexual, 93% se declararam heterossexuais e 7% bissexuais. No que se refere à cor/etnia, 59% se autodeclarou como parda, 27% preta e 14% branca. Quanto à religião, 79% afirmou possuir religião, dentre os quais 55% são evangélicos, 44% católicos e 1% ligados à umbanda. Em relação à graduação prévia, 91% dos respondentes não possuíam outra formação, enquanto 9% possuía graduação em outra área do conhecimento.

Dentre os 18 formandos entrevistados, 61% são do sexo feminino e 39% do sexo masculino, com idade média de 23 anos, variando entre 26 e 58 anos. A maioria se declarou heterossexual (89%) e 11% homossexuais conforme Tabela 1. Em relação à cor/etnia, 66% se autodeclara parda, 22% preta, 6% amarela e 6% branca. Quando questionados se tinham religião, 72% afirmaram ter religião, dentre os quais 69% são católicos, 23% evangélicos e 8% adventistas do 7o dia; apenas 6% possuía outra graduação.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE

A Tabela 2 mostra a distribuição dos resultados após a análise temática e a categorização das repostas dos discentes em relação às suas concepções de saúde.

Tabela 2 – Concepções de saúde dos discentes recém-ingressos e formandos do BIS/UFRB no semestre 2016.

Concepções	Categorias	Recém-ingressos		Formandos	
		n	%	n	%
Saúde	Bem-estar	47	50,5	14	56
	Equilíbrio e/ou Harmonia	14	15,1	7	28
	Qualidade de vida	12	12,9	4	16
	Estilo de vida	7	7,5	-	-
	Ausência de doença	7	7,5	-	-
	Normalidade	6	6,5	-	-

Fonte: Elaborada pelos autores

Observa-se que os discentes recém-ingressos possuem uma maior variedade de concepções de saúde do que os formandos. Essa uniformidade presente no grupo dos formandos pode ser explicada pela vivência na academia e pelas discussões que estudantes tiveram sobre a saúde durante a graduação. Segundo o Plano Político Pedagógico do BIS/UFRB, o bacharel em saúde da UFRB é “capaz de compreender o campo da saúde a partir do contexto ambiental, nas dimensões social, econômica, cultural, epidemiológica, biológica, patológica, política e organizacional [...]” (UFRB, 2014, p. 28). Portanto, era de se esperar que uma maior porcentagem desses formandos tivesse uma concepção de saúde que englobasse as condições de vida, ou seja, ligada à qualidade de vida. Mas apenas a minoria dos formandos entrevistados (16%) apresentou em sua resposta, essa concepção.

Quando comparados com os calouros, nota-se que nenhum formando considerou a saúde como ausência de doença ou como estilo de vida. De certa forma, pode-se considerar que a experiência da graduação no BIS e as problematizações contribuíram para a superação dessas concepções negativas e reducionistas da saúde.

Bem-estar

Nesta primeira categoria foram alocadas as repostas dos discentes que relacionaram a saúde com o bem-estar físico, mental e social.

É um conceito bastante amplo que não envolve só ausência de doenças, mas também um bem-estar psíquico e social (R06).

Saúde seria o conjunto de práticas que promovem o bem-estar num indivíduo, bem como em toda uma sociedade [...] (R35).

Observa-se que as repostas desses discentes se assemelham ao conceito formulado pela OMS em 1948, que, mesmo com tantas críticas, evidencia um esforço para superar a

visão negativa de saúde, quando incorpora outros fatores na saúde (LUZ, 2006). Resultados semelhantes foram encontrados por Coelho e colaboradores (2014), em um estudo realizado com os estudantes do 1o semestre do BIS da UFBA. Quando perguntados sobre suas concepções de saúde, 36% dos participantes recorreu a conceitos semelhantes ao da OMS para defini-la; do mesmo modo fizeram os formandos (50%), neste estudo.

É um bem-estar psicológico, emocional e religioso. O aspecto físico não se encaixa em primeiro plano, mas também é essência (F13).

Para mim saúde é um estado de bem-estar mental e psicossocial. Havendo também uma esfera de bem-estar biológica. Porém, acredito que um indivíduo possa se considerar saudável independente do seu estado biológico (F16).

Na análise das falas dos formandos, pode-se observar que grande parte adicionou aspectos psicossociais ao conceito da OMS, em relação às falas dos recém-ingressos. No trabalho de Torres e colaboradores (2011), estudantes do 1o semestre de odontologia e de ciências sociais remeteram ao conceito de saúde da OMS, sendo que os termos “bem-estar” e “sentir-se bem” foram os que apareceram com maior frequência. Enquanto isso, os discentes do último semestre de odontologia incluíram aspectos de natureza socioeconômica em sua concepção.

Equilíbrio e/ou Harmonia

Relacionou-se aqui as falas que continham uma concepção de saúde que referenciava o equilíbrio e/ou a harmonia como seu fator principal. A ideia de equilíbrio/harmonia surgiu a partir da medicina hipocrática. Hipócrates foi pioneiro na utilização da racionalidade para explicar o processo saúde-doença, rompendo com as superstições e as concepções mágico-religiosas que até então predominava. Segundo Hipócrates, a saúde é resultante do equilíbrio entre o homem e o seu meio, ou seja, a homeostase (BARROS, 2002; BATISTELA, 2007; PRATA; SANTOS, 2009; SCLIAR, 2007).

Essa categoria representou 15,1% das falas dos discentes do 1o semestre, sendo assim a segunda concepção mais referida.

É o estado de equilíbrio entre o ser humano no meio em que vive (R29).

A saúde não se limita a uma perspectiva biológica de bem estar, mas envolve uma harmonia entre o bem estar físico, mental e espiritual (R35).

Percebe-se que essas falas estão permeadas pelo conceito positivo de saúde. Pois, os discentes relacionam a saúde com o meio em que o indivíduo vive, sendo necessário um equilíbrio e uma harmonia entre o bem-estar físico, mental e espiritual. Supera-se, portanto, algumas limitações do conceito da OMS do pós-guerra. A saúde deixa de ser “o completo bem-estar” e passa a se configurar como o equilíbrio e a harmonia dos fatores elencados pela OMS, tornando-se um pouco mais tangível.

Entre os formandos, essa também foi a segunda concepção mais utilizada. Cerca de 28% dos que responderam esta questão mencionaram o equilíbrio e a harmonia em suas concepções, referindo-se à fluidez da saúde.

Saúde é um estado de equilíbrio biológico, psicológico e social (F02).

É um equilíbrio entre os diversos aspectos sociais, ambientais, psíquicos, fisiológicos e emocionais (F07).

Portanto, constata-se que as concepções de saúde de alguns dos discentes, tanto do primeiro quanto do último semestre, associam-se com a medicina hipocrática criada há séculos. Percebe-se que não há uma evolução histórica do conceito de saúde, no sentido de que, com o tempo, certos conceitos não sejam mais utilizados. De certo, há uma ampliação do conceito. Observa-se que as concepções são permeadas por vários conceitos e que estes convivem até hoje, inclusive o formulado por Hipócrates.

Qualidade de vida

Esta categoria alocou as repostas dos estudantes que possuíam uma concepção ligada à qualidade de vida, ou seja, que relacionavam a saúde com as condições de vida. Dos calouros, 12,9% fizeram essa relação.

Estado no qual o corpo está provendo uma qualidade de vida estável (R03).

São junções de vários fatores que possibilite uma qualidade de vida, como: moradia, lazer e saneamento (R32).

A análise dessas falas evidenciou a correlação da saúde com a qualidade de vida. Nelas, os estudantes adicionaram novas facetas à saúde, considerando que a saúde é também de responsabilidade do Estado, e não apenas do indivíduo, como sugerem as ideias de saúde como bem-estar e equilíbrio/harmonia. Percebe-se também que para o discente R03 a qualidade de vida é dada pelo corpo e não pelo social, o corpo é que promove esse estado de vida estável. Porém, segundo Almeida Filho (2011) a qualidade de vida e a saúde são essencialmente dinâmicas. Dentre os formandos, 16% considerou também a qualidade de vida como relacionada à saúde.

Saúde é o bem estar físico, mental e social. Abrange aspectos relacionados às condições de vida, como condições de emprego, moradia, acesso aos bens culturais (inclui lazer) (F08).

Para além da definição de equilíbrio entre os aspectos biopsicossociais, saúde ou se saudável é a capacidade do indivíduo viver bem ou manter a qualidade de vida independente de estar ou não vivenciando uma doença (F10).

Verifica-se que essas repostas corroboram com a perspectiva de Buss (2002) no entendimento de que a saúde é produto de vários fatores relacionados com a qualidade de vida, tais como: alimentação e nutrição adequada, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação de qualidade, apoio social, estilo de vida responsável e cuidados de saúde, ou seja, os determinantes sociais da saúde. Para tanto, faz-se necessário políticas públicas que visem condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das coletividades, ou seja, políticas de promoção da saúde. A promoção da saúde desponta como uma nova e ampla prática ligada a uma concepção de saúde não centrada na doença, mas na capacitação da comunidade para

atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, segundo a qual a saúde é resultado de um processo de produção social que é expressa na qualidade de vida. (BUSS, 2002; BRASIL, 2002; HEIDMANN, 2006)

Em um estudo realizado com o movimento estudantil da área de saúde, que compunha a diretoria da União Nacional dos Estudantes (UNE), observou-se que poucos estudantes possuíam uma concepção de saúde ligada à determinação do processo saúde-doença; a maioria propôs a responsabilização do indivíduo pela manutenção das suas condições de vida. As autoras relacionaram esse resultado com o fato do espaço reduzido da Saúde Coletiva nos cursos de graduação da área da saúde (REIS et al 2010). Haja vista que o BIS da UFRB possui suas bases alicerçadas na Saúde Coletiva, era de se esperar uma maior porcentagem dos formandos com uma percepção de saúde na perspectiva da qualidade de vida, da promoção da saúde e de seus determinantes sociais.

Estilo de vida

Nesta categoria, 7,5% dos discentes recém-ingressos no BIS identificaram a saúde como resultado do estilo de vida que o indivíduo possui. Entende-se estilo de vida como o conjunto de ações que o indivíduo realiza que afeta a sua saúde, tais como, hábitos alimentares, atividade física e de lazer (HEIDMANN, 2006).

[...] Para quem se considera saudável é necessário manter-se com uma boa alimentação e práticas de atividades físicas, pois auxilia na saúde e trata de doença. (R14).

É sentir-se bem, disposto no trabalho/escola em geral. Manter boa alimentação, prática de esportes [...](R44).

Constata-se, na leitura das respostas, a culpabilização do indivíduo como agente único da sua saúde, e a responsabilização por suas doenças e agravos, cujas causas estão fora de sua alçada. Nessa compreensão de saúde, observa-se uma redução do conceito de saúde, pois desconsidera as condições de vida como fator determinante da mesma.

A concepção de saúde como estilo de vida ganhou ascensão com o movimento de promoção da saúde desencadeado no Canadá através do Informe Lalonde em 1974, que decompôs o campo da saúde em quatro componentes: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde. Porém, na prática essa concepção se traduziu apenas em ações individuais voltadas para mudanças dos estilos de vida. Negligenciando o contexto político e socioeconômico em que está imerso o indivíduo (BUSS, 2000; HEIDMANN, 2006).

Ressalta-se que nenhum dos formandos associou a saúde ao estilo de vida. Por isso pode-se inferir que, provavelmente, esse resultado se deveu à vivência e problematização do tema durante todo o curso, que é centrado no conceito ampliado da saúde.

Ausência de doença

Nesta categoria encontram-se os estudantes que relataram que a saúde existe devido à ausência de doença, de acordo com a teoria boorseana (ALMEIDA FILHO, 2011). Dos recém-ingressos no curso, 7,5% afirmaram que a saúde e a doença não podem coexistir em um mesmo tempo, espaço e indivíduo.

A falta de doenças [...] (R13).

A saúde do indivíduo está ligada a exclusão de doenças e/ou saúde mental [...] (R24).

Trata-se de uma das concepções mais restritas e reducionistas do conceito de saúde, que desconsidera todo o contexto social, econômico e cultural em que o indivíduo vive. Evidencia-se que nenhum formando possui essa concepção de saúde. Dessa forma pode-se inferir que o BIS possui alguma responsabilidade nisso, ao promover debates acerca do conceito de saúde.

Em consonância com esse resultado, em um estudo realizado com estudantes de fisioterapia, constatou-se que a preocupação com a saúde melhorou lenta e progressivamente quando se comparou as concepções de saúde dos estudantes do 1º ano com os do 3º ano; observou-se uma redução de 11% entre os discentes que entendem a saúde como ausência de doença. O autor relacionou essa redução à implantação do modelo de ensino Problem-Based Learning (PBL), centrado na aprendizagem do aluno e no desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo (HEMES et al, 2016), muito próximo da metodologia de problematização utilizada no BIS da UFRB (UFRB, 2014).

Normalidade

Nesta categoria, 6,5% dos discentes recém-ingressos associou a saúde com a normalidade das funções orgânicas, enquanto que nenhum dos formandos fez tal associação.

É quando o organismo e seus sistemas exercem suas funções normalmente. Ter saúde é ter um bom desenvolvimento do corpo e das atividades num todo (R31).

É quando o indivíduo consegue viver normalmente [...] (R48).

Nota-se que essas respostas se aproximam muito do pensamento de Canguilhem (2002), no que tange à concepção da saúde como uma norma. Nessa perspectiva a saúde não possui uma concepção estritamente biológica, “estes conceitos correspondem a parâmetros ou médias consideradas ‘normas’ de adaptação e equilíbrio com o meio ambiente” (BATISTELLA, 2007, p. 62). A saúde ultrapassa a viabilidade de viver em harmonia e equilíbrio com o ambiente, incluindo a competência de instaurar novas normas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, pela análise das respostas dos estudantes, que persiste uma diversidade de conceitos sobre a saúde. Tal diversidade fica mais evidente entre os discentes recém-ingressos no BIS, do que entre os formandos. Observa-se que nenhum dos formandos possuía uma concepção negativa e reducionista da saúde, demonstrando que uma formação superior interdisciplinar pode superar essas concepções.

Considerando essa formação, presumia-se que a maioria dos formandos tivesse uma concepção ligada à qualidade de vida, o que não aconteceu. Porém, constatou-se uma uniformização das concepções de saúde dos formandos, pois grande parte deles concebeu a saúde como bem-estar psicossocial e preteriu os determinantes sociais da saúde na formulação de sua concepção.

Tendo em vista que as concepções de saúde poderão nortear e subsidiar a prática des-

ses futuros profissionais, são necessários novos estudos que procurem entender porque a maioria os formandos vincularam suas concepções de saúde ao conceito da OMS, que não reproduz o debate conceitual mais atual acerca da saúde, mas, ainda assim, está muito presente no discurso dos discentes, calouros ou formandos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia?. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 4-20, 2000.

ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA-FILHO, N. Towards a Unified Theory of Health-Disease: I. Health as a complex model-object. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 433-450, 2013.

ALMEIDA-FILHO, N.; JUCÁ, S. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. rev. e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2009.

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.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/92 a 95/2016, pelo Decreto legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 51. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2002. p. 1-56.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, DF, 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163,177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais, **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COELHO, M. T. Á. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; GOMES, M. H. de A. & MARSIGLIA, R. M. G. (Orgs.) **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

COELHO, M. T. A. D. et al. Concepções e práticas de saúde e doença entre alunos da primeira turma do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. In: TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D (Org.). **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014. p. 111-126.

COELHO, M. T. A. D.; SANTOS, V. P.; ROCHA, D. M. P. Concepções e práticas de saúde e doença de alunos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFBA. In: COELHO, M.T.A.D.; TEIXEIRA, C. F (Org.). **Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado em saúde**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 117-128.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, R. G (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun. 1986.

DEMÉTRIO, F.; ALVES, V. S.; BRITO, S. M. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: A concepção positiva de saúde como referencial teórico (re)orientador do modelo de formação. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P de.; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 57-76.

GONÇALVES, D. V. C. et al. Percepção sobre o Adoecimento entre Estudantes de Curso da Área da Saúde. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 102-111, mar. 2015.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. de 2006.

HERMES, F. C et al. A concepção de estudantes de fisioterapia que participam do ensino baseado em problemas sobre o processo saúde-doença. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 627-634, 2016.

HUBER, M. et al. How should we define health? **British Medical Journal**. Londres, v. 343, n. 4163, p. 1-3, 2011.

LUZ, M. Saúde. (verbete) In: EPSJU & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJU, 2006.

MINAYO, M.C S. Saúde: concepções e políticas públicas. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G. B (Org.). **Saúde, trabalho e formação**

profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 31-39.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO), Nova Iorque, p. 1-9, 1946.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Orgs.) **Informação e diagnóstico de situação.** Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004. (Série Material Didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar)

PRATTA, E.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, jun. 2009.

REIS, A. M. dos; SOARES, C. B; CAMPOS, C. M. S. Processo saúde-doença: concepções do movimento estudantil da área da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 347-357, 2010.

RODRIGUES, J. M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p 291-310, 2014.

SANTANA, L. A. A. et al. O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. In: SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P de.; MEIRELES, E. (Org.). **BIS Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos.** Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. p. 31-56.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SILVA, C. F., et al. Sentidos sobre saúde e doença atribuídos por homens que vivenciam o diabetes mellitus tipo2: “ Sim, é possível ser saudável na presença de doença”. In 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2016, Cuiabá. **Anais do 7º CBCSHS.** Cuiabá: Abrasco, 22 dez. 2016. 506 p. p. 343.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1635-1646, 2013.

TORRES, M. F. M.; CARVALHO, F. R.; MARTINS, M. D. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1409-1415, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.** Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Centro de Ciências da Saúde. 2014.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto enfermagem**, Santa Catarina, v. 14, n. 1, p.82 -88, 2004.

RELEVÂNCIA DO EIXO “PROCESSOS DE APROPRIAÇÃO DA REALIDADE” NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS DISCENTES

Paulo José dos Santos de Matos

Raylane Mendes de Souza

Mariana Luiza Almeida Barbosa

Karoline Oliveira Souza

O PAR, O BIS E A PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) é um curso de graduação ofertado pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no Centro de Ciências da Saúde (CCS). Segundo o Projeto Pedagógico do BIS (2014), o objetivo geral deste curso é promover para o discente uma formação mais abrangente na área da saúde, que esteja articulada a saberes culturais, artísticos e científicos, visando à promoção do desenvolvimento de competências políticas, éticas e humanísticas.

Para Morin (2000, p.36):

[...] existe inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre, de um lado, os saberes desunidos, divididos, compartimentados e, de outro, as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários.

Nesse sentido, pode-se evidenciar a necessidade de uma educação que integre os diversos campos do saber, que propicie aos discentes uma perspectiva ampliada da realidade e que contribua para o crescimento pessoal do indivíduo, como também para sua prática profissional (SILVA, 2003; LIMA; MELO; MENEZES, 2015).

No BIS, um dos componentes curriculares que se destacam para a construção de uma formação interdisciplinar é o Processos de Apropriação da Realidade (PAR). O PAR é um módulo de componentes curriculares obrigatórios que está presente em cinco das seis Unidades de Produção Pedagógica (UPP) do BIS. O PAR oferece ao discente diferentes experiências no âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão, a partir do eixo orientador de cada UPP, permitindo que o discente se aproxime de um contexto local e reconheça sua comunidade a partir de diferentes perspectivas, o que permite um olhar ampliado para a problemática social, além de lhe conferir a possibilidade de transformar-se em um possível agente modificador da realidade (PPC-BIS, 2014).

No que tange os processos avaliativos do PAR, pode-se observar que são realizados gradualmente e, na maioria dos casos, os discentes são avaliados coletivamente. Cada UPP conta com seus próprios métodos avaliativos, mas, existem três atividades que são comuns a todas: o Seminário Integrativo (SI), a Avaliação Integrativa (AI) e a construção processual do Portfólio Reflexivo Integrador (PRI) (PPC – BIS, 2014).

Uma das mais importantes características do PAR é a inserção dos estudantes em comunidades. A cada turma é designado um bairro de Santo Antônio de Jesus (BA), em que

se deve permanecer durante toda a sua trajetória no PAR. A permanência da turma no mesmo bairro por toda a trajetória percorrida nos componentes Processos de Apropriação da Realidade pode favorecer a criação de vínculos com a comunidade e pode propiciar trocas mútuas de saberes e experiências entre a comunidade e a universidade (PPC-BIS, 2014).

Em cada UPP há um objetivo a ser cumprido na comunidade que, geralmente, envolve atividades de pesquisa e extensão (PPC-BIS, 2014). Para Sleutjes (1999), a atividade de extensão universitária é chave para sanar o maior problema das universidades brasileiras: o relacionamento da universidade com a sociedade. Nesse sentido, as atividades extensionistas realizadas no PAR contribuem para o rompimento do paradigma de centralização do saber científico na universidade, fazendo com que a academia adentre novos espaços e estabeleça uma relação dialógica com a sociedade.

Considerando a proposta do PAR, explicitada no PPC do BIS (2014), o objetivo deste capítulo é descrever, a partir de relatos de experiências, a contribuição do PAR na vida acadêmica e profissional dos egressos do BIS.

PROCESSOS METODOLÓGICOS DO PAR

O PAR possui a maior parte de sua carga horária destinada a atividades de cunho prático. Entretanto, há momentos de estudos destinados aos conteúdos que norteiam o trabalho com a comunidade dentro do seu contexto social, mediante aos conceitos de saúde que os rodeiam. Nas ocasiões práticas, os discentes realizam ações com a comunidade, podendo, desta forma, se apropriar das dimensões que envolvem os assuntos estudados na academia, em relação ao que está posto na realidade.

Nesse contexto, as 05 das 06 UPP do BIS que tem o PAR em sua estrutura curricular são organizadas em eixos temáticos vinculados com as metodologias de ensino empregadas por esse componente, sendo estes: Ser Humano e Realidade; Saúde, Cultura e Sociedade; Saúde e seus Determinantes; Saúde e Qualidade de Vida e Sistemas e Políticas de Saúde. Esses eixos temáticos encadeiam saberes, integrando e estabelecendo interação entre os conhecimentos existentes no mesmo campo do saber e/ou de áreas diferentes.

Em cada Unidade de Produção Pedagógica é proposto pelo PAR uma metodologia que referente ao eixo temático que a compreende. Sendo assim, no PAR I, os esforços são direcionados para a construção do Estudo de Meio, que se realiza a partir de observações da realidade do bairro onde é desenvolvida a prática desse componente, tendo como base teórica os conteúdos estudados dentro do eixo temático em questão.

Em seguida, no PAR II, as metodologias aplicadas são voltadas para a criação de vínculos com a comunidade, a fim de possibilitar a aproximação e o conhecimento acerca dos aspectos culturais e biológicos que circundam àquele meio. Atrelado a isso, é proposto nessa UPP a prática etnográfica, constituindo-se como meio técnico-prático utilizado para afirmação de vínculo com a comunidade.

No PAR III, os estudos e práticas são guiados para a realização de um diagnóstico da situação de saúde existente na comunidade, a partir de ferramentas e técnicas que tornem possível a produção de dados que reflitam os indicadores de saúde daquela população. Ademais, é enfatizado nas discussões em sala os determinantes do processo saúde-doença, ocorrendo interações com o eixo temático dessa UPP.

Já no PAR IV, a metodologia adotada visa a construção de um diagnóstico de saúde com uma visão mais ampliada, integralizando as vertentes objetivas e subjetivas que envolvem os processos de saúde-doença-cuidado, promovendo um percurso que perpassa as abordagens epidemiológicas e etnográficas, viabilizando o direcionamento de um olhar

mais sensível para os aspectos presentes nos contextos sociais que implicam na saúde.

E, por último, no PAR V, os procedimentos empregados destinam-se a intervenções na comunidade, orientado através da gestão em saúde, mediante as práticas de educação popular, tendo como norteador os diagnósticos etnoepidemiológicos da comunidade. Dessa forma, proporcionando uma intervenção participativa e transformadora para a comunidade, a qual recebeu as práticas desse componente, mediante os resultados encontrados por meio do trabalho desenvolvido.

Um fator pertinente do PAR na formação do discente em saúde é a oferta da proposta interdisciplinar, uma vez que a mesma se inicia com a integração dos diferentes cursos durante a trajetória do BIS, sendo estes: Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia. Por sua vez, a interdisciplinaridade surge com discussões em salas de aula, expandindo-se para as práticas em campo que são realizadas na comunidade a qual estão inseridos. Desse modo, o desenvolvimento no processo de formação, pauta-se no trabalho multidisciplinar, pois envolve graduandos de itinerários formativos diferentes, que se debruçam por áreas de estudo discrepantes. Mas, podendo viabilizar à realização de uma prática interdisciplinar, quando suscitadas as atividades de integração e não fragmentação do saber, visto que os processos do cuidado ao indivíduo englobam tamanha complexidade, perpassando os aspectos biopsicossociais. (VILELA; MENDES, 2003; CHAVES, 1998).

Sendo assim, a proposta central do curso e desse bloco de componentes é a consolidação da interdisciplinaridade na construção de uma visão crítica e integrada dos educandos, proporcionando espaços para a problematização de temas sociais que repercutem na saúde, demonstrando que há ligação entre tais temáticas. Nesse sentido, a palavra interdisciplinaridade deve compreender o grau de interação que ocorre entre diferentes áreas do conhecimento levando a integrações efetivas, proporcionando reciprocidade no processo da troca entre os distintos saberes e acarretando uma relação de mutualidade, onde uma área beneficia a outra (PIAGET, 1973 apud CHAVES, 1998).

No que se refere aos processos avaliativos, dentro do PAR, existem três avaliações que servem como instrumentos para analisar o desempenho dos discentes perante o que foi estudado em sala e ao que foi desenvolvido na prática com a comunidade. Essas avaliações são: Avaliação Integrativa, Seminário Integrativo e o Portfólio Reflexivo Integrador.

A Avaliação Integrativa consiste em uma atividade que visa à integração de um tema existente no eixo formativo da UPP, sendo associado aos assuntos estudados no PAR e nos outros componentes que compõe a estrutura curricular do semestre letivo. Dessa forma, essa avaliação possui flexibilidade em relação à forma de aplicação e a maneira de correção de acordo com a UPP em que é executada, considerando que ela pode ser realizada a partir de diferentes metodologias acordadas entre os docentes da UPP.

Ademais, o Seminário Integrativo também objetiva a promoção da interdisciplinaridade em uma construção lúdica que intenta associar os conteúdos teóricos relacionados à saúde com o que foi desenvolvido no PAR, dentro da comunidade, constituindo uma atividade com fins avaliativos que reúne ludicidade, conhecimento, exibição de trabalhos e criticidade diante de tudo que foi desenvolvido.

Além disso, o Portfólio Integrativo Reflexivo é uma produção coletiva dos estudantes do BIS, que é construído processualmente ao longo das cinco UPPs, apresentando de forma integrada os resultados das atividades realizadas na comunidade atrelado aos conhecimentos científicos, como também, respalda-se no exercício da produção científica. Esta avaliação deve ser entregue a coordenação do curso em uma versão física e outra mídia eletrônica.

CONTRIBUIÇÃO DO PAR PARA FORMAÇÃO DO BACHAREL EM SAÚDE

A inserção dos discentes em uma determinada comunidade visa proporcionar-lhes o papel de sujeito ativo no processo de aprendizagem; apropriando-se da realidade vivenciada pelos indivíduos, e compreendendo, de fato, quais as suas demandas. Desse modo, o processo de formação desses profissionais de saúde, é constituído por uma ruptura da visão cristalizada do tradicional modelo biomédico, sendo que este, domina, ainda, em algumas das universidades brasileiras; as quais limitam-se a estudar a sociedade somente com um olhar tecnicista. Em virtude dessa ruptura, os discentes do BIS-UFRB possuem a oportunidade de voltar-se a considerar o indivíduo numa perspectiva do modelo biopsicossocial, o qual não atém apenas nas técnicas, mas na também na valorização de visualizar o adoecer de forma integral (MARCO, 2006).

A oferta do contato direto do discente com a comunidade visa também proporcionar o reconhecimento e a adoção da postura de responsabilidade social a ser adquirida pelo indivíduo, desde o início do processo da sua formação profissional. A responsabilidade social é, portanto, parte inerente da Educação Superior, que deve ser discutida e posta em prática nos diversos espaços universitários; produzindo e socializando o conhecimento, a fim de evidenciar a existência de seu valor para além do científico, mas também, instrutivo e social (CAIXETA; SOUSA, 2013).

Ao estabelecer tal dialética com a comunidade, a Universidade oportuniza que o discente atue como agente de transformação da realidade a partir de sua percepção das necessidades da mesma, logo, a escuta qualificada se faz de extrema importância nesse momento. O desenvolvimento dessa ferramenta da escuta desde a sua formação permite que o indivíduo coloque em prática uma atitude interativa, o que para Cadete e Raimundo (2012); é o ponto crucial do relacionamento do profissional e o usuário de saúde.

Em suma, os módulos “Processos de Apropriação da Realidade” são pontos relevantes da interdisciplinaridade ofertada no BIS, que através de seus métodos avaliativos, tais como: o Seminário Integrativo ao final de cada semestre, a Avaliação Integrativa e o Portfólio Integrativo; permitem a socialização do trabalho realizado, buscando fazer do discente protagonista no seu processo formativo, desenvolvendo um olhar crítico-reflexivo, colaborativo, social e, sobretudo, permitindo o rompimento das barreiras com a comunidade, conscientizando-se da realidade e de que o mais importante de todo seu processo, é o respeitar e o compartilhar os diversos saberes, seja ele o científico ou espontâneos, sendo este último, apr(e)endido na comunidade externa, por meio da interação ensino-extensão que é proporcionada.

O PAR PELO OLHAR DOS DISCENTES

Para compor esta sessão, alguns relatos das experiências dos autores deste capítulo, que são discentes do 5º semestre letivo do BIS, foram aqui expostos e analisados, com a finalidade de que o leitor tenha uma percepção individual das contribuições acadêmicas e profissionais que o PAR oferta, bem como dos aspectos metodológicos que o tangem. A utilização de relatos de experiências constitui-se como uma metodologia eficaz para conferir à obra maior credibilidade/confiança (CESED, 2015). A seguir, estão dispostos os auto relatos das experiências dos autores deste capítulo, que tiveram a seguinte pergunta norteadora para relatar, de forma sucinta, suas experiências: “De que forma o PAR contribuiu para sua formação acadêmica e profissional?”

Auto relato 01: *Na perspectiva acadêmica e profissional, o BIS pôde contribuir para aprimorar o meu senso crítico e fazer com que eu passasse a enxergar a realidade na qual estou inserido por outras lentes. Por perceber que as ações do PAR, tanto as de pesquisa, quanto as de trabalho em campo, não aplicam uma metodologia clara, objetiva e rigorosa, me senti instigado a ser mais criterioso nas ações que eu me dispuser a fazer, principalmente em comunidade. Uma das contribuições positivas foi o desenvolvimento de habilidades comunicativas, possibilitando para mim o aprimoramento das relações interpessoais que eu desenvolvia. Além disso, ter vivenciado o PAR foi indispensável para o aperfeiçoamento de várias competências profissionais, acadêmicas e pessoais. Entendo que, no decorrer da experiência, ocorreram muitas situações desgastantes com múltiplos atores sociais, porém elas foram transformadas em combustível para intensificar e problematizar a realidade que estava sendo apresentada para nós, somando-a ao processo gradual de apropriação do conhecimento. Hoje percebo a importância de oportunizar essas experiências para alunos de graduação, a fim de buscar que estes compreendam os múltiplos arranjos sociais dentro de determinada realidade e reflitam de que forma isso influencia na saúde das populações, além de inseri-los desde o 1º semestre em atividades de pesquisa e extensão. A identificação de agravantes que influenciam diretamente no processo saúde-doença de um indivíduo e de uma comunidade, atrelados a um contexto socioeconômico e cultural, foi de extrema relevância para delinear minhas práticas como futuro profissional de saúde, tendo sempre como base a empatia, o respeito, a escuta sensível e a benevolência, que são alguns dos pilares do PAR.*

De acordo com o auto relato 01 o PAR tem uma grande relevância no desenvolvimento do senso crítico dos discentes, fazendo com que os egressos do BIS encarem a realidade por outras perspectivas, ou seja, o BIS, através do PAR e dos seus outros componentes curriculares, confere ao seu egresso uma visão emancipatória. Segundo Silva (2003), o desenvolvimento do senso crítico tornou-se um dos objetivos fundamentais que estão presentes nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), pois, neles, o intuito de gerar um ensino voltado para a formação de cidadãos é claro. Além disso, trabalhar com a argumentação, com a finalidade de desenvolvê-la, é um importante exercício de cidadania. A investigação da realidade dirige o indivíduo para o conhecimento, ao mesmo tempo em que pode problematizar o meio em que está inserido e questionar a realidade que lhe é imposta cotidianamente (LIMA; MELO; MENEZES, 2015).

As relações interpessoais, referidas no auto relato 01, se dão em decorrência dos processos de interação por duas ou mais pessoas que desenvolvem atividades coletivas e pré-determinadas, tais como a comunicação, a cooperação, o respeito e a amizade. Na medida em que as atividades e interações se realizam, inevitavelmente, os sentimentos positivos de afinidade gerarão aumento na interação e na cooperação, repercutindo, favoravelmente, nas atividades e ocasionando maior produtividade. Em vista disso, o auto relato 01 ainda ressalta a importância da sensibilidade e da empatia, que são considerados, no mesmo, como pilares do PAR. Estes pilares referidos contribuem para que as relações interpessoais se desenvolvam de forma mais harmoniosa e eficaz (CHANLAT, 1993 apud SILVA et al, 2008).

Auto relato 02: *Os Processos de Apropriação da Realidade foram os componentes mais surpreendentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Aquilo que parece completamente sem sentido no início, acaba, ao mesmo tempo, se desenrolando como um grande pilar de sustentação do curso. O PAR não é sobre o que nós, discentes, vamos levar para a comunidade em questão, mas sobre o quê aquela comunidade nos ensina. É durante o contato com as pessoas que podemos entender*

melhor as questões de saúde, que estão longe de serem puramente biológicas, mas sim biopsicossociais. É dialogando com essas pessoas que percebemos que ali está um aprendizado tão (ou mais) enriquecedor quanto aquele da sala de aula. O PAR nos proporciona o contato com gente e é com gente que o profissional de saúde trabalha. Só ressalto a importância de que os docentes que ministram os componentes estejam mais integrados com eles e saibam, de fato, conduzir seus discentes para receberem toda essa enxurrada de experiências.

Retomando o que foi dito no auto relato 01, o auto relato 02 traz pontos interessantes sobre o PAR. Um dos pontos que merecem destaque é o que se refere à importância da didática dos docentes no Ensino Superior. De acordo com Bastos (2017), Souza e Santo (2013), um dos grandes desafios dos docentes, em todos os níveis do ensino, consiste na constante ressignificação da efetividade das ações pedagógicas praticadas no cotidiano da sala de aula, que podem ser refletidas no aprendizado significativo dos discentes. Encarar a didática como uma ferramenta que possibilita a consolidação da teoria, poderá culminar na realização daquilo que o professor organizou no decorrer do seu planejamento, atendendo, desta forma, as distintas maneiras de educar, as diferentes visões pedagógicas e as reflexões advindas do campo da docência, considerando que os processos de ensinar e aprender estão inseridos em um ciclo de constantes mudanças. Faz-se necessário, portanto, considerar que a didática é uma ferramenta norteadora teórico-científica, indispensável ao campo pedagógico e que, como extensão dela, deve-se proporcionar um canal mais acessível para o diálogo direto entre discentes e docentes (BASTOS, 2017; SOUZA; SANTO, 2013).

Auto relato 03: *O PAR contribuiu para a minha formação acadêmica e profissional ao possibilitar que mesmo ainda enquanto estudante de graduação, eu já pudesse, de alguma forma, estar inserida na comunidade, compreendendo a realidade dela. A compreensão da realidade de determinada comunidade pode permitir ao estudante se inserir na comunidade e passar a vivenciar a cultura daquele local, não com um olhar de superioridade ou imposição de conhecimento, mas de forma a somar com tal realidade. Além disso, o PAR me possibilitou o primeiro contato a nível comunitário e social na universidade, além de contribuir para o meu desenvolvimento pessoal enquanto membro de um grupo que precisa estar coeso e integrado em prol de um objetivo. Para além disso, um aprendizado que levo/levarei pra minha vida acadêmica e profissional é que nem sempre o que você identifica enquanto um problema de saúde, condiz com o que o outro enxerga como tal e quando esse outro é seu paciente, você deve não só respeitar, como integrá-lo a sua conduta.*

Auto relato 04: *O PAR, apesar dos diversos problemas enfrentados, foi essencial por contribuir com uma formação ativa, na qual, desde o primeiro semestre, nós, graduandos, somos colocados a pensar e agir para além da sala de aula. Assim, aprendemos a lidar com uma saúde livre de preconceitos e paradigmas idealizados, passando a dar importância para a necessidade de compreender a realidade de cada comunidade e/ou de cada indivíduo. Para mim, o PAR foi, na verdade, uma surpresa quando ingressei no BIS. O nome desse componente por extenso no meu comprovante de matrícula me deixou intrigada, principalmente, quando me questionei de qual realidade se tratava. Com o passar do tempo, percebi o quão importante se tornava essa proposta diferenciada de componentes dentro do BIS. Não posso deixar de comentar sobre os grandes vazios que o PAR, infelizmente, possui. Entretanto, válido sua inteligente proposta de transcender os muros da UFRB para construção de um conhecimento coletivo, com a comunidade. O PAR me levou para*

outro nível de sensibilidade, como profissional e acadêmico, pelo fato de me tirar da zona de conforto, fazendo com que eu presenciasse e sentisse na pele a realidade de um bairro de Santo Antônio de Jesus - BA. Entender as dificuldades/anseios das famílias de determinada comunidade me colocou em um papel de possível agente transformador/sensibilizador dos espaços que circundam a UFRB. Por fim, o PAR me ensinou o que é escuta qualificada, acolhimento e transdisciplinaridade.

Os relatos 03 e 04 trazem outros pontos de notória relevância, que contribuem para a compreensão da importância do PAR na vida acadêmica e profissional dos discentes do BIS. Os relatos versam sobre: a importância da Extensão Universitária atrelada ao Ensino; a importância das atividades grupais e suas contribuições; a importância da valorização e não hierarquização dos múltiplos saberes; o discente como agente crítico e transformador da realidade e sobre a importância de uma formação que forneça ao discente o desenvolvimento da escuta qualificada, das noções de acolhimento e de transdisciplinaridade.

O Plano Nacional de Extensão Universitária (PNEU) (2007) define que a Extensão Universitária é o processo de educação, científica e cultural que articula a Pesquisa e o Ensino, de forma interdisciplinar, indissociável e complementar, tornando viável uma relação entre a Universidade e a Sociedade, que, de certa forma, suscite transformações. Segundo Vicente e Souza (2016), a extensão universitária pode ser entendida como uma forma de “ponte” entre os diversos setores de sociedade e as instituições de ensino superior. Tais relações entre Sociedade e Universidade funcionam como uma via de mão dupla, pois possibilitam que os discentes levem conhecimentos e/ou algum tipo de assistência para a comunidade, sendo que, como resultado dessa relação, ambas as partes se enriquecem, de forma mútua, recíproca e de maneira harmoniosa (VICENTE; SOUZA, 2016; PNEU, 2007).

[...] o elo direto entre a universidade e a sociedade, permite uma produção coletiva de conhecimento com potencial para promover desenvolvimento econômico, social, cultural e político e avaliação/retorno à universidade sobre como as discussões mantidas em seu âmbito interno são capazes de atender às reais necessidades da sociedade, validando ou não o conhecimento para além de seus muros (MORAIS, 2011).

Assim como a Extensão Universitária, ressaltou-se, também, nos relatos, a importância do trabalho em grupo, que se apresenta como uma ferramenta imprescindível no processo de ensino-aprendizagem, proporcionando condições favoráveis para a absorção dos conteúdos e para o desenvolvimento de habilidades. Isso ocorre quando existem conflitos sócio cognitivos, provenientes de grupos sociais diferentes entre si. Para o desenvolvimento de qualquer tipo de trabalho é necessário que haja cooperação mútua entre os membros do (s) grupo (s) (COSTA, 2010).

Partindo desses pressupostos abordados acima, outra concepção importante que o PAR ajuda a desenvolver, de acordo com os autos relatos supracitados, é a da concepção interdisciplinar e multifatorial do mundo. Segundo Chaves (1998), a interdisciplinaridade é a visão que atrela conhecimentos de disciplinas distintas, fazendo com que as mesmas dialoguem entre si, de forma mútua e recíproca. Já a análise multidimensional possibilita uma visão mais clara e completa da realidade e proporciona, satisfatoriamente, a compreensão dos problemas (CHAVES, 1998). A atuação interdisciplinar suscita a necessidade de relações com base na comunicação autêntica, no respeito ao outro e ao seu conhecimento, acolhendo, desta forma, os indivíduos e respeitando as suas diversidades (MATOS, 2009).

O profissional que possui uma concepção interdisciplinar e multifatorial pode promo-

ver a horizontalização das relações interpessoais e sabe valorizar os múltiplos saberes e práticas culturais, podendo, desta forma, garantir a participação do outro indivíduo na tomada de decisões, conferindo-lhe autonomia no processo, com base na manutenção, elaboração e expressão de subjetividades (CHAVES, 1998; MATOS, 2009).

Segundo o Projeto Pedagógico de Curso do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (2014, p. 29), o egresso deve ter a competência de “estabelecer relações com o contexto político, econômico, cultural e ambiental no qual se inserem as práticas de saúde, atuando como agente crítico e transformador da realidade”. Segundo os relatos colhidos, este objetivo é cumprido pelo BIS, pois o mesmo oferece suporte teórico e prático para que essas habilidades sejam desenvolvidas e o PAR oferta uma grande contribuição para que essas competências sejam desenvolvidas (PPC/BIS, 2014).

A análise dos relatos foi realizada observando duas categorias: contribuições acadêmicas e contribuições profissionais. Estas categorias foram analisadas com base na descrição das experiências decorrentes do PAR, vivenciadas pelos autores deste capítulo, que, no momento da construção deste capítulo, estavam cursando o 5º semestre letivo do BIS (UFRB)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão proposta neste capítulo, foi possível evidenciar a relevância do PAR na formação dos discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (UFRB). Em síntese, destaca-se a importância do bloco de componentes PAR, uma vez que este oferece aos egressos do BIS um olhar ampliado em relação a problemática social, visto que sua metodologia propicia aos educandos espaços para desenvolvimento do senso crítico e de habilidades que são relevantes.

Nesse sentido, percebeu-se que, nessas circunstâncias, o PAR possibilita aos estudantes do BIS uma formação integrada e inovadora, viabilizando uma formação que vai além dos conteúdos tradicionais, ao agregar, a esse arcabouço de conhecimentos, questões socioculturais, econômicas e históricas que não se sobrepõem a área biomédica, mas que se comunicam horizontalmente com ela, possuindo enorme importância para os processos de saúde, doença e cuidado. Além disso, o método adotado no PAR busca instigar o discente a posicionar-se como agente ativo na construção do seu próprio conhecimento; sendo este processo realizado de forma dinâmica e interdisciplinar.

Conclui-se, portanto, que o PAR, através dos seus aspectos metodológicos que circundam o ensino, a pesquisa e a extensão, confere ao egresso do BIS experiências que contribuem no seu processo de formação, proporcionando a eles o desenvolvimento do senso crítico; noções de autonomia, acolhimento e dialogicidade no campo de trabalho; capacidade de reconhecer e traçar estratégias para contribuir com a resolução de questões sociais e a ampliação das habilidades de trabalho em grupo.

AGRADECIMENTOS

Na oportunidade, aproveitamos para agradecer, cordialmente, a Msc. Helene Paraskevi Anastasiou, docente do BIS (UFRB), pelo apoio prestado na elaboração deste capítulo.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, M. J. A Importância da Didática na Formação Docente. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, Rio de Janeiro; v. 14, n. 2, p. 64-70, 2017.

CAIXETA, J. E.; SOUSA, M. A. Responsabilidade social na educação superior: contribuições da psicologia escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá; v. 17, n. 1, p. 133-140, 2013.

Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED). **Sugestão para elaboração do relato de experiência**, 2015. Disponível em: <<http://www.cesed.br/portal/documentos/posgraduacao/roteiroelaboracaorelatoexperiencia.pdf>>. Acesso em 06 Abr. 2018.

CHAVES, M. M. **COMPLEXIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE: UMA ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL DO SETOR SAÚDE**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

COSTA, N. O. **Trabalho em grupo**: concepções de um professor de biologia e alunos do ensino médio de uma escola pública de São Paulo. Monografia. Universidade Presbiteriana Mackenzie: São Paulo, 2010.

LIMA, J. A. O.; MELO, E. A. A.; MENEZES, A. A. A necessidade do conhecimento filosófico para a formação humana. **Revista Contemporânea**; v. 12, p. 154-171, 2015.

MARCO, M. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. Bras. De Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.30, nº 1, jan/ abr. 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília; v. 62, n. 6, p. 862-869, 2009.

MORAIS, K. S. Um olhar sobre o diálogo entre universidade e comunidade a partir do projeto de extensão conexão sisal. **Anais do II Ecovale**; v. 1, n. 1, 2011.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do Futuro**. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya, 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2000.

SIEUTJES, M. H. S. C. Refletindo sobre os três pilares de sustentação das universidades: ensino-pesquisa- extensão. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro; v. 33, n. 3, p. 99-111, 1999.

SILVA, D. M. et al. A importância do Relacionamento Interpessoal no contexto Organizacional. **V CONVIBRA – Congresso Virtual Brasileiro de Administração**, 2008.

SILVA, E. R. O desenvolvimento do senso crítico no exercício de identificação e escolha de argumentos. **Rev. Brasileira de Linguística Aplicada**; v. 3, n. 1, p. 57-184, 2003.

SOUZA, S. M. V. C.; SANTO, E. E. Reflexão da Didática como mediadora entre a teoria e prática pedagógica. **Universitas Humanas**, Brasília; v. 10, n. 1, p. 67-73, 2013.

Plano Nacional de Extensão Universitária. Disponível em: <<http://www.ufal.edu.br/ensao/documentos/politicanacional-de-extensao>>. Acesso em 05 Abr. 2018,



Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2009. Disponível em: <<https://www.ufrb.edu.br/ccs/images/DIACOL/Cursos/PPC-BIS-2014.pdf>>. Acesso em 09 Abr. 2018.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo; v. 25, n. spe2, p. 61-67, 2012.

VICENTE, E. D. B.; SOUZA, S. Contribuições da Extensão Universitária na sociedade: primeira experiência do curso de Estética e Imagem pessoal do Centro Universitário Leonardo da Vinci no programa UNIEDU. **ABED**, Indaial/SC, 2016.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto; v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.



VIVÊNCIA INTERPROFISSIONAL: METODOLOGIAS ATIVAS E APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

*Ionara Magalhães de Souza
José Lucas Andrade Santos
Mithaly de Jesus Teixeira
Cíntia André dos Santos
Ende Iasmim Cruz Santos
Daniele de Andrade Santos
Valmir Carlos Mota de Oliveira Júnior
Francinei Anunciação do Nascimento*

INTRODUÇÃO

*A vida se descreve da forma que se entende
E quanto mais se vive muito mais se aprende
Entretanto, fazer parte de Vivência Interprofissional me surpreendeu
Porque sai da rede do SUS para uma rede que me teceu
Da rede SUS a rede da Vida.*

Tâmara Rios

A Constituição Federal Brasileira confere ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de prover à população os direitos básicos de saúde, por meio de atividades de prevenção de doenças e agravos, assistência integral à saúde e promoção da saúde, condizentes com a realidade social (BRASIL, 1990). Contudo, essa proposta vem se mostrando enfraquecida e inovações, particularmente, no campo da educação estão sendo formuladas como alternativas ou soluções para o enfrentamento desse problema.

No Brasil, o descompasso entre a formação dos profissionais na área de saúde em relação às diretrizes e princípios orientadores do SUS, e também, das instituições e serviços ofertados para atender as demandas dos diferentes territórios, caracterizam-se como causas para o distanciamento do setor saúde frente às necessidades sociais (GIL et al., 2008).

A operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS prescinde de novos perfis profissionais. Dessa forma, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) recomenda, dentre outras medidas, a mudança dos currículos mínimos conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde e ratificam a conveniência e o dever das Instituições de Ensino Superior (IES) de formar profissionais para atuarem nos diferentes níveis do Sistema de Saúde (CHIESA et al., 2007; MELLO et al., 2014).

A formação para o trabalho em saúde parte do reconhecimento de que as transformações e a produção do conhecimento nas sociedades contemporâneas tem se dado numa velocidade vertiginosa. Consequentemente, as verdades no saber-fazer científico são transitórias, provisórias, superadas, na medida em que as transformações se estabelecem (MITRE et al., 2008). Portanto, a formação de profissionais de saúde se revela como um dos

grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para CECCIM e FEUERWERKER (2004),

“Formar sempre foi muito diferente de informar, mas parece que facilmente caímos nessa armadilha. Como formar sem colocar em análise o ordenamento das realidades? Como formar sem colocar em análise os vetores que forçam o desenho das realidades? Como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?” (CECCIM e FEUERWERKER, 2004, p.47).

Essas reflexões têm provocado a reorientação das práticas pedagógicas, redimensionado o processo de ensino-aprendizagem e potencializado os domínios humanísticos, artísticos, científicos, tecnológicos, éticos e políticos da formação em saúde (FILHO et al., 2014). Nesse sentido, as práticas interdisciplinares, crítico-reflexivas e colaborativas são fundamentais. As novas iniciativas buscaram articular universidade e serviços, ligando os ambientes de formação com as várias condições da vida real e a construção de cuidados em saúde (ALBUQUERQUE et al., 2008; CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Desde a segunda metade do século XX, quando as instituições de Ensino Superior foram convocadas a colocar em análise seus métodos, técnicas e concepções de ensino, crescem preocupações com os processos de ensino-aprendizagem na área da saúde. A formação tradicional em saúde, ainda hoje hegemônica, decorre das recomendações elaboradas e amplamente difundidas por Flexner, nos Estados Unidos, em 1910 e que resultaram em uma espécie de “modelo” a ser assumido pelas instituições formadoras (ALBUQUERQUE et al., 2008).

O modelo de formação postulado convergia para o ambiente hospitalar, técnico, curativo, individualizado, baseado na sobrevalorização das especialidades médicas. Esse modelo foi assimilado como “centrado no procedimento”, por colocar a produção de procedimentos à frente das carências dos usuários, e ganhou força junto a uma crescente indústria farmacêutica, favorecendo a disseminação de aparelhos biomédicos (ALBUQUERQUE et al., 2008). Desde então, a formação em saúde adota um ensino organizado em disciplinas, centrado no professor, com atividades práticas em cenário eminentemente hospitalar, marcado pela unidirecionalidade na relação professor-estudante e pela fragmentação do corpo e da saúde das pessoas (GOMES et al., 2010).

VIVÊNCIA INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

O componente Vivência Interprofissional faz parte da matriz curricular do Curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Esse componente é cursado na última Unidade de Produção Pedagógica (UPP) do BIS. As UPP's equivalem a semestres e em cada uma delas existe um eixo norteador. Na última UPP, o eixo é denominado “específico”. Isso quer dizer que o discente deverá cursar os componentes específicos do curso que deseja ingressar após concluir o BIS.

O Componente Vivência Interprofissional é considerado componente optativo para diversos cursos e obrigatório para os discentes que irão ingressar no curso de medicina no segundo ciclo. O componente não requer pré-requisitos. A proposta do componente Vivência Interprofissional no currículo do BIS, ainda que seja obrigatória apenas para o itinerário da graduação em Medicina, é emergente e inovadora. Conforme o Projeto Político-Pedagógico (PPC) do BIS, a ementa do componente prevê:

“Estudo das Redes de Atenção; cartografia dos sistemas de cuidado em saúde e sua composição em diferentes modelos e níveis de atenção; vivências em diversos componentes da Rede de Atenção à Saúde; noções sobre as habilidades e as competências dos trabalhadores da saúde; potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional e das práticas interprofissionais colaborativas na atenção à saúde”. (PPC/ BIS, 2016).

Esse componente é formulado como uma das alternativas de aproximação dos estudantes com profissionais de outras áreas de formação, contribuindo para o fortalecimento do trabalho em equipe a partir do reconhecimento da importância de outros agentes nos serviços de saúde. No decorrer das atividades, busca-se a integração do discente com os usuários dos serviços, tendo como objetivo compreender que as atividades devem ser realizadas com foco nas necessidades da comunidade. Além disso, o componente possibilita uma imersão a partir de vivências na realidade do SUS, a fim de conhecer suas limitações, desafios e potencialidades.

Nessa perspectiva, os cenários de práticas que constituem territórios de aprendizagem são a Unidade de Saúde da Família, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Vigilância Epidemiológica, Unidade de Vigilância Sanitária, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Policlínica Municipal, Policlínica Regional, Hospital e Maternidade Luiz Argolo (HMLA), Central de Regulação, Avaliação e controle do SUS, Lar dos Idosos, Auditoria Municipal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Assistência Farmacêutica e vivência no Conselho Municipal de Saúde.

As vivências são sistematizadas em grupos. A todos os discentes é oportunizado vivenciar todos os cenários da Rede de Atenção à Saúde e, desse modo, compreender como a Rede se configura e como o princípio da integralidade se efetiva.

Discente 1: Ter contato com a operacionalização dos serviços da RAS me fez refletir sobre minha própria formação na área da saúde e sobre a importância de formar profissionais capazes de integrar práticas profissionais de diferentes áreas, mesmo com tantas limitações de ordem pública. Inclusive, nesse contexto, percebo que o processo de ensino-aprendizagem proporcionado pelo componente e pela visão epistemológica formativa ao longo do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) contribui diretamente para renovações necessárias das práticas no SUS.

Essas experiências visam proporcionar uma noção generalista, crítica e reflexiva sobre as habilidades e competência de cada profissional no serviço, bem como, as potencialidades e desafios enfrentados pelos trabalhadores e usuários da Rede de Atenção à Saúde.

Discente 2: Conhecer e compreender mais uma interface dessa Rede de Atenção à Saúde nos faz perceber, como estudantes do BIS, o quanto é necessário que os elos de ligação entre esses espaços não sejam quebrados, fortalecendo para que a nossa futura atuação nessa Rede seja contribuir como agentes transformadores das falhas e potencializadores das capacidades do Sistema Único de Saúde [...] É notório como o trabalho, em um nó dentre vários, depende dos outros nós para não desatar e continuar firme. Com o trabalho efetivo e interligado de todos os nós (estruturas e/ou órgãos que compõem o sistema), a rede consegue obter êxito dentro dos seus princípios.

Dessa forma, o Projeto Pedagógico do BIS (2016) propõe “metodologias ativas flexíveis e a aplicação de novas tecnologias de ensino-aprendizagem” em uma “formação que visa habilitar o estudante à busca de soluções, capacitando-o ao contínuo exercício de aprender a aprender durante e por intermédio de seu percurso acadêmico”.

Discente 3: As vivências realizadas neste componente tiveram um papel fundamental na minha formação. Ouvir falar que o Sistema Único de Saúde é isto ou aquilo é bem diferente de conhecer um pouco da prática das diferentes organizações e áreas do sistema, cada uma com uma função específica, compondo diferentes estratégias para solucionar diferentes problemas e compor a dinâmica desse sistema.

O aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve contemplar o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, como premissa para assegurar com qualidade, eficiência e resolutividade, a integralidade da atenção à saúde (FERNANDES et al., 2003).

Discente 4: Nesse contexto, o agir em saúde na relação profissional-usuário orientado por conceitos construídos a partir da racionalidade biomédica, pode se configurar como fator limitante da atuação profissional, uma tentativa de normatizar, enquadrar, encontrar uma inteira verdade, que só existe, se é que existe, no sujeito e para o sujeito, a qual jamais poderá ser percebida, sentida, captada na sua plenitude, considerando que esta é reconstruída em ato, na interação. Interação, que diferente da música nem sempre se dá de forma harmônica e/ou sincrônica, mas que de certa forma produz uma dada musicalidade que pode ser percebida, sentida. No entanto, é preciso considerar que a captação dessa, perpassa por uma quebra de paradigma, por uma reorientação das práticas, um outro modo de agir, pautado pela compreensão da constituição do sujeito e de seu modo de caminhar na vida, de “tocar o seu instrumento”. O componente Vivências Multiprofissional do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) é um potente instrumento de aprendizado para a vida.

Desse modo, os objetivos do Componente consistem em conhecer a Rede de Atenção e o processo de trabalho dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde local; desenvolver competências e habilidades políticas, técnico-científicas, sociais e afetivas para a atuação multiprofissional e interdisciplinar; desenvolver a inteligência coletiva e tecnologias sociais para a prática colaborativa; compreender a importância das dimensões ética, relacional e organizacional da vivência multiprofissional e interdisciplinar nos quatro níveis de atenção à saúde; e reconhecer a importância da vivência multiprofissional e interdisciplinar para a efetivação dos princípios do SUS.

Para cumprimento desses objetivos, durante o período em curso do componente além das vivências proporcionadas em locais da rede de atenção à saúde do município, são construídos diários cartográficos das vivências, realizados seminários temáticos sobre vivência interprofissional na atenção à saúde de grupos populacionais específicos, fomentadas discussões teóricas que possibilitem um olhar ampliado para a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e realizadas rodas de conversa com gestores e profissionais de saúde.

Discente 5: As rodas de conversa com profissionais, discutindo o cotidiano do am-

biente onde exercem suas funções foi instigante. A franqueza na discussão ao apresentar problemas, entraves, lutas, medos, trouxe-me a percepção que embora tenhamos uma ótima base teórica, a realidade traz elementos que nos transformam a partir das relações que desempenhamos no decorrer do trabalho profissional.

Além das atividades sinalizadas, são desenvolvidos Projetos Aplicativos na RAS como forma de contribuição aos serviços. O Projeto Aplicativo corresponde a uma ferramenta potente para a gestão da clínica e gestão do trabalho, fundamenta-se no desenvolvimento de competências para a intervenção e transformação da realidade.

VIVÊNCIA INTERPROFISSIONAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram da necessidade de reestruturação dos serviços e processos de saúde, antes hierarquizados e fragmentados. Nessa conjuntura, a implementação da RAS tem como desafio a construção de sistemas integrados por meio de serviços contínuos de cuidado à população, que visem prioritariamente a promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2009), as RAS são constituídas de três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. As vivências acontecem em nível das estruturas operacionais, que são constituídas por cinco componentes da RAS: a atenção primária à saúde; a atenção secundária e terciária à saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança. A estrutura operacional se efetiva mediante ligações materiais e imateriais.

Na atenção primária à saúde (primeiro componente) propõem-se visitas à Unidade de Saúde da Família, considerada a porta de entrada dos usuários nas RAS ou, a ordenadora da rede e o centro de comunicação do sistema por impactar mais significativamente na saúde da população e se organizar a partir das necessidades desta (BRASIL, 2011). Desta forma, é necessário entender o desenvolvimento de atividades com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família, a fim de compreender o processo de matriciamento na Atenção Primária. O segundo componente da RAS corresponde à atenção secundária e terciária, representados pela Policlínica Municipal, o CAPS, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) / Serviço de Assistência Especializada em HIV / Aids (SAE), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e o Hospital e Maternidade Luiz Argolo, que são os pontos onde são ofertados determinados serviços especializados.

No sistema de apoio da RAS, as vivências estão prescritas na Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde do município. Os sistemas logísticos são os que garantem a organização dos fluxos de pessoas, serviços e informações na RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contra referência, e corresponde à Central de Regulação do município. No sistema de governança, advém a participação da turma em reunião do Conselho Municipal de Saúde.

Através das vivências, os discentes percebem que nessa nova conjuntura da saúde não deve haver relação de subordinação ou fragmentação do sistema, visto que todos são igualmente importantes para atingir o objetivo comum da RAS de provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada (BRASIL, 2010).

Discente 6: Percebo que o componente Vivência Multiprofissional contribuiu para a minha formação acadêmica e pessoal. Vi na prática como a Rede de Atenção em Saúde funciona, quais suas limitações e potencialidades. Conheci melhor muitos

serviços, o papel de cada um para a sociedade e a importância de uma equipe multiprofissional articulada e integrada. O componente concretizou alguns dos aprendizados de sala aula que ocorreram durante o BIS, tornando efetivo o caráter interdisciplinar do curso.

A aproximação dos estudantes aos serviços e comunidade proporciona a criação de contato e vínculos e, nesse ponto, se dá importância da escuta ativa para com as narrativas dos usuários, profissionais e trabalhadores da saúde. Através dos seus relatos, os graduandos podem vivenciar ou conhecer os serviços em diferentes perspectivas e por meio da transmissão das experiências, podem também explorar a situação das instituições, detectando os impasses e angústias do processo. Segundo Rodrigues et al. (2012), a apropriação do espaço local é significativa por suscitar práticas de saúde pertinentes com a realidade.

Discente 7: O componente de vivências me permitiu conhecer melhor cada território da rede de atenção à saúde e seu funcionamento. Mesmo já tendo feito um curso na área da saúde nunca tinha tido um contato tão próximo com alguns órgãos como Vigilância Sanitária, Centro de Especialidades odontológicas, SAMU, CEREST e Policlínica; e depois desse componente reconheci que sabia muito pouco sobre o funcionamento da rede de atenção à saúde.

Discente 8: “Compreender o funcionamento da rede, sua dinâmica, o quanto essa rede é ativa e o quanto ela depende de que todos os pontos funcionem de forma eficaz, assim como, perceber de perto as angústias daqueles que percorrem por essa rede, seja enquanto usuário ou enquanto profissional foi uma experiência extremamente pertinente. Em diversos momentos foi possível identificar frestas nessa rede e o quanto isso prejudicava o usuário.

Assim, o componente “Vivência Interprofissional” coloca em evidência os diversos desafios e estratégias que permeiam a efetivação do direito à saúde. Orienta-se, por meio desse componente, a necessidade de se ressignificar as concepções sobre as práticas e conceitos que envolvem o processo “saúde-doença-cuidado”, e a integração ensino-serviço-comunidade, uma vez que, a noção sobre o cuidado com um corpo humano é, em sua existência social, dependente da capacidade de simbolizar o mundo ao seu redor.

Discente 9: A experiência na Policlínica Regional me trouxe: uma chama de esperança para um SUS funcional e acessível. Uma senhorinha na sala de espera do local, esperando para ser consultada por profissionais muito capacitados num ambiente com aparelhos de ponta. Uma senhorinha com uma touca de pano na cabeça, com seu saco de mercado do lado e mulher preta, a quem foi e é negado tanto nessa sociedade, alcançando espaços que nunca antes foram alcançados, ocupando esses espaços e mostrando que aquilo ali também é delas. Essa imagem nunca vai sair da minha mente e do meu coração. Saí daquele lugar outro estudante e com certeza, muito mais energizado para seguir na linha de quebra da normatividade e de ocupação de espaços.

Diante das vivências, nota-se que o cuidado em saúde deve ir para além do aporte teórico necessário para se adentrar os dispositivos de saúde e direcionar melhor as questões que podem ser elucidadas nos variados contextos percorridos. Desta forma, o olhar do profissional de saúde deve propiciar tanto a prevenção de doenças e agravos quanto a promoção da saúde, de forma que a participação ativa e singular de cada sujeito seja útil

em seu próprio cuidado e na construção do seu itinerário terapêutico.

Discente 10: O Componente Vivência Interprofissional significou bastante, pois me permitiu ampliar o repertório de possibilidades relativo ao conhecimento acerca da dinâmica na Rede de Atenção a Saúde (RAS) de forma “in vivo”, digo, oportunizou momentos em que a práxis pedagógica valorizou o contato efetivo com as instituições ou setores que compõe a RAS”... Em cada unidade visitada os aprendizados foram multiplicados e potencializados, na medida em que a interação direta com os trabalhadores da saúde e, em algumas situações, também do público que estava sendo atendido propiciavam situações de indagações despertadas naquele exato instante, a partir do contexto local e sentimentos como angústia, tristeza, frustração, medo, dúvidas, alegrias.[...] Os debates em sala de aula permitiram beber da fonte (artigos) de grandes estudiosos e cientistas como Jairnilsom Paim e José Ricardo Ayres e, principalmente, para o que eu chamo de uma “vivência além do alcance” por meio da experiência prática na RAS.

Como resultado, o componente permite aos graduandos a vivência em espaços diversificados para além dos limites físicos da sala de aula, onde os planejamentos em saúde são firmados.

Discente 11: Cada vivência era como uma peça de um quebra-cabeça, que ia se juntando pouco a pouco, formando ao final um panorama do que é a Rede de Saúde. Cada lugar tem sua função, desafios, conquistas e atores sociais, pessoas empenhadas em fazer as coisas acontecerem da melhor forma possível.

Dessa maneira, os estudantes são estimulados ao desenvolvimento de uma visão plural sobre o modo de trabalhar em equipe e o cuidado que devem assumir em relação aos usuários. Para Ferreira et al. (2012) e Albuquerque et al. (2008), esses efeitos correspondem à necessidade de democratização dos espaços de trabalho, na busca de resultados inovadores para as adversidades enfrentadas e na prestação de um serviço humanizado.

VIVÊNCIA INTERPROFISSIONAL COMO METODOLOGIA ATIVA NOS PROCESSOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Para Freire (2006, p.14), “[...] ensinar exige rigorosidade metódica [...]”. A rigorosidade metódica é entendida enquanto condições ou estratégias para viabilizar o processo de ensino-aprendizagem. Nesse contexto, o componente Vivência Interprofissional se alicerça fazendo uso de metodologias ativas para consolidação de aprendizados numa lógica dialética que envolve os discentes e docentes.

Historicamente, os processos de ensino-aprendizagem que envolve os cursos de saúde, são moldados pelo viés do “encaixotamento” ou compartimentalização das disciplinas que permeiam a graduação em saúde. A fragmentação do processo pedagógico beneficia o apartheid dos conteúdos programáticos das diversas áreas de saber, bem como, exacerbadamente a teoria em detrimento da prática. Com efeito, tem-se demonstrado cada vez mais o despreparo de pessoas egressas dos cursos de saúde quando precisam lidar com os desafios do Sistema Único de Saúde. Com isso, não se pretende eliminar a teoria, porém entender a necessidade de maior integração no que tange à práxis pedagógica. Em outras palavras, um processo pedagógico que permita aliar a prática e a teoria.

Discente 12: O componente Vivência Interprofissional foi um verdadeiro “divisor de



águas” para minha formação nessa última etapa do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS).

Discente 13: Como avaliação geral do componente, eu diria que foi muito bom, principalmente por me aproximar ainda mais do SUS e entender sua importância na prática e não apenas na teoria. Possibilitou compreender a importância da atuação interprofissional e interdisciplinar na área da saúde, com base no respeito, na ética, na colaboração e na organização dos serviços, para que haja cada vez mais qualidade na assistência. Pode-se compreender também a importância da gestão em saúde, as dificuldades em lidar e superar os fatores que limitam o pleno funcionamento do SUS. No decorrer das vivências ficou evidente que já existem usuários, profissionais e gestores implicados, direcionando esforços para que se efetive um sistema cada vez mais consonante com os princípios e diretrizes do SUS.

Outro aspecto relevante que engendra este debate refere-se à autonomia dos discentes que participam das formações. Um processo de ensino-aprendizagem interessante pressupõe participação ativa dos/as educandos/as por meio do estímulo empregado por educadores de forma problematizadora, buscando consciência crítica da realidade e postura efetiva de ambos, de modo que não haja uma negação ou desvalorização do mundo que os influencia. Nessa direção, a educação é encarada como um ato político, e as relações estabelecidas entre discentes e docentes devem ser embasadas em interações de respeito entre sujeitos e cidadãos, de modo a construir conhecimento crítico e centrado na busca pela autonomia (CHIARELA et al., 2015). Freire (2006, p. 67) ressalta que “Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém”, uma vez que a autonomia é sempre resultado de um esforço individual que gera o próprio amadurecimento, e se constrói nas relações entre seres humanos e, somente nestas interações, ela se consolida. Para Mitre (2008),

“A reflexão coletiva, o diálogo, o reconhecimento do contexto e de novas perspectivas são a base para a reconstrução de novos caminhos, na busca pela integralidade entre corpo e mente, teoria e prática, ensino e aprendizagem, razão e emoção, ciência e fé, competência e amorosidade. Somente por meio de uma prática reflexiva, crítica e comprometida pode-se promover a autonomia, a liberdade, o diálogo e o enfrentamento de resistências e de conflitos”.

No bojo dessa discussão, sabe-se que as estratégias de ensino-aprendizagem, sobretudo no campo da saúde, têm se valido, e muito, das metodologias ativas. Estas, por sua vez, podem ser entendidas enquanto formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando as condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social em diferentes contextos (BERBEL, 2011).

Na área da saúde, a discussão sobre o uso de metodologias ativas de aprendizagem se faz presente na literatura internacional desde a década de 1960 (GOMES et al., 2010). Os estudantes que participam do processo de metodologias ativas de aprendizagem exercitam transformar os impasses, as impossibilidades, em trabalhos e ações possíveis. Os autores concluem que a prática educativa deve colocar questões em lugar de respostas e tornar a reflexão uma prática cotidiana do processo de aprendizagem.

Discente 14: A oportunidade de visitar os mais variados tipos de serviços que, de alguma forma se relacionam com aquilo que convencionou-se definir como saúde



foi, sem dúvida, o aspecto mais positivo do componente curricular Vivência Interprofissional. Positivo porque, talvez concluíssemos a graduação, ingressássemos na pós-graduação e, talvez, jamais tivéssemos tido a oportunidade de conhecer um órgão como o CEREST.

As metodologias ativas correspondem a estratégias de ensino-aprendizagem que possibilitam diante de determinado contexto, situação-problema, promover a reflexão, estabelecer relações, ressignificar aprendizagem e produzir conhecimento, desenvolvendo autonomia, competências para a vida, transformações sociais (Cyrino, 2004), e a prática reflexiva e emancipatória.

Discente 15: Que conflito saboroso nos oferece um componente que traz o sujeito à tona, que o retira de um papel coadjuvante e o recoloca no protagonismo dos processos, no centro das discussões, que transforma o paciente em interagente, este último com AUTONOMIA, NARRATIVA, DESEJOS, SENTIMENTOS, SONHOS, PROJETOS DE FELICIDADE, ALMA, CRENÇAS... E tudo isso pôde ser sentido num ambiente de troca de conhecimentos, com abordagens que trazem ponderações sobre o que é a perspectiva do cuidado em saúde, da necessidade de pensar o processo de saúde-doença na perspectiva do interagente, da importância da integração dos serviços de saúde oferecer, através de uma construção com o outro, a possibilidade de vida qualificada.

Nesse sentido, o componente Vivência Interprofissional em Saúde se utiliza, Segundo Cordioli (2011), de diversos elementos pedagógicos que valoriza o caráter social, a autonomia, o potencial criativo dos/as estudantes, tais como o/a moderador/a; a visualização móvel (recursos visuais, tais como, slides); a problematização (formulação de perguntas orientadas); o trabalho em grupo; as sessões plenárias (socialização dos resultados em subgrupos); o debate ativo (troca de experiências); a condução compartilhada (divisão de responsabilidades). Adiciona-se a esses elementos, as vivências in locu, nos espaços constitutivos da rede de saúde como medida impulsionadora para o que pode ser chamado de “apetite do saber” e, desta forma, destacando o papel do/a moderador/a no intercâmbio de conhecimento, nas práticas colaborativas e a aprendizagem significativa.

VIVÊNCIA INTERPROFISSIONAL, PRÁTICAS COLABORATIVAS E APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA

*Ora, que de todo teorema
A vivência encerra
Toda teoria
Mas a sensibilidade
Ah! Essa é pra quem pode
Pode ser pra quem quer
Mas isso requer avidez
Pela interprofissionalidade
Dessa vivência árdua
Que é viver.*

Leonardo O. N. Azevedo



Ao inserir o discente na dinâmica do mundo do trabalho, o componente Vivência Interprofissional aguça a sua atuação crítica, prática colaborativa e reflexiva para o desenvolvimento e promoção de uma visão global e integrada da saúde. Esse processo se dá de forma que o professor assuma um papel de mediador do processo de ensino-aprendizagem, o que possibilita que as diferenças pessoais sejam trabalhadas para o desenvolvimento de relações interpessoais e atividades que proporcionem um aprendizado significativo, em consonância com a promoção da saúde (TAVARES et al., 2016).

A aprendizagem significativa pode, assim, ser vista como uma pedra angular na construção de uma produção conjunta de conhecimentos que visem, para além de um trabalho multiprofissional, um trabalho que envolva uma colaboração participativa entre os profissionais, um exercício interdisciplinar e, portanto, interprofissional (FORTE et al., 2016). Para Barr (1998), a Educação Interprofissional consiste em inverter a lógica tradicional da formação em saúde, com práticas profissionais isoladas, abrindo espaços para a discussão do interprofissionalismo e tendo como tentativa a construção de um trabalho coletivo que possa contribuir de forma efetiva na melhoria do cuidado integral prestado ao usuário.

Discente 16: As vivências me possibilitaram perceber, na prática, a real importância de um modelo de saúde no qual todos os profissionais têm igual relevância. A efetividade de um atendimento à saúde, que não está centrado na figura do médico e na doença, me fez refletir acerca da importância de olhar para o sujeito e do cuidado integral em saúde, buscando considerar todos os aspectos dos indivíduos, como seus determinantes e condicionantes em saúde e sua subjetividade. As vivências foram essenciais para me lembrar que nosso estar no mundo é, em si, um ato político e que é fundamental estar implicado com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, que ainda está longe do ideal, mas que é indispensável para nossas vidas.

Segundo Alvarenga e et al. (2013), a fragmentação do cuidado e o saber especializado é inerente à multiprofissionalidade. A interprofissionalidade preconiza a valorização do trabalho em equipe em todos os processos decisórios, o conhecimento compartilhado, a problematização, a dialogicidade e o respeito às singularidades de distintos núcleos de saberes e práticas profissionais. O trabalho interprofissional tem natureza colaborativa e potencialidade para a integralidade do cuidado, implica a interação entre profissionais de diversas áreas de formação e campos de atuação.

Discente 17: Devido ao fato de possuir formação na área da saúde e por já ter trabalhado em espaços que compõem a rede de atenção, inicialmente imaginei que as vivências não trariam muita novidade. No entanto, desde a nossa primeira imersão (iniciamos no Centro de Aconselhamento e Triagem – CTA), pude perceber que a experiência seria muito enriquecedora e transformadora. Vivenciar esses espaços como discente permitiu-me ter um olhar diferente da realidade, possibilitando uma percepção ampliada da dinâmica dos diferentes setores da rede de atenção. [...] quanto às atividades práticas do componente de Vivências, posso afirmar que foram muito enriquecedoras, principalmente no desenvolvimento de estratégias que contemplassem as práticas colaborativas, por demais necessárias no processo de trabalho em saúde.

Ante aos enfrentamentos colocados pelo mundo do trabalho, a aprendizagem significativa surge para intervir em uma transformação paradigmática envolvendo as concepções de saúde e educação, para que se ampliem as possibilidades de horizontalização e demo-



cratização do conhecimento. Conforme Tavares e et al. (2016), o ensino em saúde é dinâmico, envolve construção, desconstrução e reconstrução. Nesse movimento, o informativo é propositivo, precede o formativo com vistas à transformação.

Discente 18: Em cada visita para conhecer um serviço da rede de saúde, fomos recebidos por pessoas, as informações foram mediadas por pessoas e fomos tocados por pessoas. Deste modo, não é possível falar do serviço sem considerar que ele é construído dia a dia pelos seus servidores. A realidade não é algo dada, ela é construída, forjada no encontro incessante entre os sujeitos humanos e o mundo. Isso nos propôs um cuidado ao chegar aos ambientes sabendo que alí havia uma rotina, trabalhadores cansados, sonhos, usuários buscando acolhimento e sintagma. É imprescindível lembrarmo-nos da importância de sermos sujeitos estudando sujeitos, e não sujeitos estudando objetos, uma vez que, pressupõe-se que objeto não participa, não fala, não tem ideias, não sente.

A Teoria da Aprendizagem Significativa, formulada por David Ausubel (1980), postula que um sujeito consegue absorver significativamente determinado conteúdo no momento em que se conecta e agrega novas informações àquelas que já existem em sua estrutura cognitiva, as quais o autor nomeia como “subsunçores”. Portanto, duas condições são fundamentais para que haja aprendizagem significativa: disposição para aprender e, que o conteúdo exposto seja significativo para quem o aprende. Na prática, o mais interessante não é somente a transmissão do conhecimento e acumulação deste, mas a possibilidade de ação, a habilidade de se evocar ao que se sabe para realizar o que se almeja. Logo, esta teoria se configura como uma importante corrente pedagógica a ser utilizada na formação de futuros trabalhadores da área da saúde, devido à grande possibilidade de consolidação e interconexão de uma gama de conhecimentos. (GOMES et al., 2008; MARIN et al., 2007; CARVALHO, 2015)

Deste modo, a Teoria da Aprendizagem Significativa, vai de encontro ao modelo de atenção à saúde do sistema biomédico ocidental contemporâneo, por estar baseado em uma noção cartesiana de universo, que concebe o corpo humano como “máquina”, onde as doenças que o acometem são vistas como coisas externas ao indivíduo, condicionadas por fatores lineares, e não multicausais, sem interligar a tríade “biológica, psicológica e sociocultural”, que acomete cada pessoa.

Ao elucidar esta concepção, tenta-se recuperar a competência do ser humano, sobretudo do estudante, de ser sujeito ativo do seu próprio processo de formação. As universidades têm papel singular e fundamental na formação dos mesmos, objetivando graduar profissionais que tenham compromisso social, levando em consideração não apenas os conhecimentos técnicos que a profissão exige, mas sobretudo a importância das relações estabelecidas nos espaços de trabalho, de modo que suas práticas impulsionem processos de mudanças na realidade local e contribuam para o empoderamento do sujeito (BULGARRELLI, 2014 e SILVA, 2011).

Discente 19: “Descobri nas vivências que um fator bastante marcante e de importância fundamental em qualquer setor do sistema de saúde é o engajamento. Observei que concomitantemente à carência de recursos há também uma demanda muito alta pelos serviços, uma equação difícil de equilibrar e que pode comprometer a qualidade do sistema. Por isso, é evidente que o compromisso das pessoas que trabalham neste serviço é fundamental para que o sistema funcione de uma maneira acolhedora, eficiente e eficaz”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Componente Vivência Interprofissional no BIS representa uma proposta de formação em saúde fundamentada nas Diretrizes Curriculares Nacionais e objetiva articular saberes e práticas com vistas ao desenvolvimento de competências ética, técnica e política. As abordagens pedagógicas convergem para a formação de sujeitos críticos e ativos, criativos, cooperativos, com habilidades políticas, interpessoais e atitudinais para a atuação interprofissional e interdisciplinar, dotados de conhecimento, responsabilidade e sensibilidade para atuarem na adversidade.

Discente 20: Durante nossas vivências, foi-me possível um olhar mais carinhoso sobre o SUS, sobre gestão, sobre redes, sobre integralidade, enfim, sobre cidadania. E a palavra que fica é responsabilidade. Pertencer à saúde enquanto profissional e cidadã é atuar de maneira efetiva, responsável e, principalmente, humanizada com as comunidades e os usuários a elas pertencentes.

No decorrer deste capítulo, propôs-se discorrer sobre a configuração política e didático-pedagógica do Componente Vivência Interprofissional para a formação em Saúde, destacando-se a perspectiva das metodologias ativas, práticas colaborativas e aprendizagem significativa. As vivências visam promover maior integração ensino-serviço-comunidade. Por meio de imersões na RAS, desenvolvimento de trabalhos em grupo, observações de processos de trabalho, interlocução com usuários, trabalhadores e profissionais de saúde, desenvolvimento de Projetos aplicativos, torna-se possível compreender a funcionalidade da RAS e sua importância para a integralidade da atenção à saúde. Nesse contexto, o processo de ensino-aprendizagem proporcionado pelo componente Vivência Interprofissional embasado na proposta epistemológica formativa do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) emerge enquanto dispositivo fundamental para a formação em saúde e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde.

Discente 21: Para além de profissional, o BIS me formou como pessoa e o componente Vivência foi a consolidação disso para mim [...].

Discente 22: Posso dizer que saio do B.I.S. com ideais políticos, sociais e críticos muito mais consolidados do que os que trouxe comigo quando cheguei à UFRB. Aqui compreendi a tamanha imensidão desse jogo político e financeiro que permeia a nossa sociedade e interfere de forma tão incalculável no Sistema Único de Saúde, bem como, a força que tem a união do povo na defesa pelos nossos direitos e na luta contra esse esquema perverso e desumano. Dessas vivências, levo comigo o esperançoso desejo de contribuir nesse processo de robustecimento e revigoração do SUS, tornando-me uma profissional comprometida, responsabilizada e pactuada com seus objetivos e princípios.

REFERÊNCIAS

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, Set. 2008.

ALVARENGA, JPO et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Rev Enferm UFPE**, v.7, n.10, p. 5944-51, 2013.

BARR H. Competent to collaborate; towards a competency-based model for interprofessional education. **J Interprofessional Care**, v. 12, n. 2, p. 181-188, 1998.

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Seminário: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, dez. 2010.

BULGARELLI, A.F. et al. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), **Brasil. Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 351-362, 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/100252>>. Acesso em: 25 abr. 2018

CARVALHO, DPSRP et al. Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência dos estudantes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 1, p. 186 - 192, 2015.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, p.41-65, 2004.

CHIARELLA, T. et al. A Pedagogia de Paulo Freire e o Processo Ensino- Aprendizagem na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n.3, p. 418-425, 2015.

CHIESA, A.M. et al. A formação de profissionais de saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.2, nov. 2007.

CORDIOLLI, Sérgio. Enfoque Participativo do Trabalho com grupos. In: Markus Brose (org.) **Metodologia Participativa**. Uma Introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo, 2001, p. 25 – 40.

CYRINO E.G.; TORALLES-PEREIRA M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.3, p.780-788, 2004.

FERNANDES J.D.; FERREIRA S.L.A.; OLIVA, R.S. Diretrizes Estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Rev. Enfermagem**, v.56, n.54, p.392-395, 2003.

FERREIRA, J.B.B; FORSTER, A.C.; SANTOS, J.S. Reconfigurando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 127-133, Mar. 2012.

FERREIRA, V.S. et al. PET-Saúde: uma experiência prática de integração ensino- serviço-comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 147-151, Mar. 2012.

FILHO, N.A. et al. Formação Médica na UFSB: I. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no Primeiro Ciclo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.3, p.337-348, 2014.

FORTE, F.D.S. et al. Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 58, p. 787-796, 2016.

FREIRE P. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Editora Paz e Terra; 2006.

GIL, C.RR. et al. Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, v.32, n..2, p.230-239, 2008.

GOMES, A.P. et al. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 105-111, Mar. 2008.

GOMES, M. P. C. et al. Uso De Metodologias Ativas No Ensino De Graduação Nas Ciências Sociais E Da Saúde – Avaliação Dos Estudantes **Ciência & Educação**, v. 16, n. 1, p. 181-198, 2010.

MARIN, M.J.S. et al. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da Famema. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 90-96, Apr. 2007.

MELLO, C.C.B; ALVES, R.O.; LEMOS, S.M.A. Methods of health education and training: literature review. **Rev. CEFAC**, v.16, n.6, p. 2015-2017, 2014.

MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

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

Projeto Pedagógico do Curso do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Reformulação Curricular. Portaria Nº 890/2014. Cruz das Almas, 2016. Ministério da Educação. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB.

RODRIGUES, A.A.A.O et al. Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 184-192, Mar.



2012.

SILVA, Rinaldo Henrique Aguiar da. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). *Educar em Revista*, Curitiba, n. 39, p. 159-175, jan./abr, 2011.

TAVARES, M.F.L. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016.





USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO MÓDULO DA BIOINTERAÇÃO

Ana Lúcia Moreno Amor
Fernando Vicentini
George Mariane Soares Santana
Gustavo Amorim Modesto
Hermes Pedreira da Silva Filho
Jorge Sadao Nihei
Marianne Neves Manjavachi
Ricardo Mendes da Silva

INTRODUÇÃO

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) foi criada em 29 de julho de 2005, sancionada a partir da Lei 11.151, concebida com uma estrutura multicampi, inicialmente nas cidades de Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus (SAJ), Cachoeira e Amargosa com uma meta de interiorizar o ensino superior no país. Constitui-se em caráter de centros de ensino com focos específicos por área de conhecimento - a área da saúde foi pactuada que ficaria instalada no município de SAJ.

Em 2007, a UFRB adere ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), essa aderência fomentava na época a necessidade de promover uma reestruturação pedagógica dos cursos de graduação, propondo a implantação do curso intitulado *Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS)*. Este curso foi estruturado de forma a oportunizar uma formação de natureza interdisciplinar com enfoque nas culturas humanística, artística e científica, articuladas a saberes concernentes ao campo da saúde.

A decisão de implantar um modelo interdisciplinar foi visto como um desafio para um grupo oriundo de um modelo tradicional de ensino. Faltava formação, entendimento e clareza iniciais para gerir tal meta. Os docentes se debruçaram organizando as ementas a partir de temáticas relevantes para uma boa formação de profissional de saúde, se abrindo para as inserções propostas pela área de humanidades no escopo da formação em saúde.

Esse desafio não foi fácil de ser operacionalizado, uma vez que existiam tensões nas discussões acerca de carga horária que conflitavam com interesses diversos, como a extração de carga horária total de um curso de graduação e a escala tempo de conclusão do mesmo em primeiro ciclo. Considerando a sub-área da Biointeração, inserida na área de conhecimento Ciências Básicas da Saúde, foram propostos os seguintes módulos de trabalho: Biointeração I, II e III.

Nesse contexto, foi acordado entre os pares que o componente curricular Biointeração I seria um componente obrigatório de 51 horas teóricas, apresentado aos discentes do primeiro ciclo, na Unidade de Produção Pedagógica IV (UPP IV), com um intuito de introduzi-los aos conceitos gerais nas áreas de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia, Patologia e Farmacologia, sem a pretensão de esgotar os conteúdos, mas de fazê-los se aproximar conceitualmente da importância de realizar interligação entre essas áreas para fortalecer suas condutas no futuro.

Concentrou-se para a Biointeração II temáticas das áreas de Microbiologia Geral, Parasitologia Geral e Imunologia Geral, objetivando verticalizar mais o conhecimento, estabelecendo uma reflexão do reconhecimento dos patógenos (microbiológicos e parasitológicos) e a percepção de como o organismo reage mediante o contato com esses desafios antigênicos. Estabeleceu-se uma carga horária de 136 horas dividida de maneira equânime entre as áreas trabalhadas para o alcance dos objetivos esperados com oferta do componente para a UPP V.

A Biointeração III, ofertada, preferencialmente, para discentes da UPP VI, com carga horária de 119 horas distribuídas nas temáticas das áreas Patologia Geral Humana e Farmacologia Básica, teve como meta, na construção da proposta modular, estabelecer um aprofundamento nas formas mecanicistas do adoecer, se debruçando sobre a patogenia de diversas condições mórbidas. Procurando discutir a abordagem curativa na perspectiva da utilização de fármacos, bem como todas as suas especificidades de absorção, distribuição, metabolização e excreção das substâncias estudadas.

Compreende-se então que o primeiro ciclo do BIS se estrutura para oferecer aos discentes uma possibilidade de reconhecimento das bases estruturantes, funcionais e da Biointeração, colaborando na formação do Bacharel em Saúde e/ou preparando-os para um segundo ciclo, com possibilidade de aplicação desses conhecimentos de acordo as especificidades dos cursos: Enfermagem, Medicina ou Nutrição. Ressaltando que, o módulo da Biointeração não integra o itinerário formativo para o outro curso de graduação do CCS – o Bacharelado em Psicologia.

Pensando assim, a partir de 2017 os docentes afinam esse princípio em uma prática docente e encontram muitos desafios na operacionalização desse projeto, pois a realidade de lidar com turmas com um quantitativo variando de 30 a 50 discentes, com a maioria almejando uma vaga no curso de Medicina, ampliava tensões internas por rendimento acadêmico para obedecer a um “score” que potencialmente o habilitaria para uma vaga no curso esperado. Essa condição estabelece uma interferência de extrema tensão entre os discentes, comprometendo a construção dos conhecimentos trabalhados pelos docentes. Essa realidade foi exposta para os dirigentes dessa instituição que, sensíveis a essa questão, alteram o modelo de acesso que aos poucos apontam para uma realidade menos densa para a realização do trabalho, podendo o corpo docente ter outro olhar sobre essa possibilidade de entrada específica e estabelecer modelos interdisciplinares mais eficazes. Com possibilidade de mudar cenários pedagógicos de atuação, trazer metodologias ativas e buscar sensibilizar o discente sobre suas responsabilidades na construção do conhecimento para exercer uma prática mais adequada, integral, humanística e com responsabilidade centrada na pessoa que busca o serviço de saúde.

A seguir serão relatados processos metodológicos utilizados no pioneirismo dos módulos de Biointeração (BIO) I, II e III para os cursos de graduação do CCS / UFRB, nos períodos letivos de 2016.1 à 2018.1. Para este capítulo, não serão diferenciadas e nem comparadas às experiências em turmas de diferentes períodos letivos, mas sim relatadas ao longo de cada módulo da Biointeração.

O MÓDULO DA BIOINTERAÇÃO I

A estrutura e a ementa do componente curricular CCS685 - Biointeração I preconiza um estudo básico integrado dos principais aspectos morfológicos de agentes microbianos, parasitários e principais vetores e reservatórios parasitários encontrados no Brasil. Relação parasito-hospedeiro e mecanismos imunológicos associados ressaltando a resposta imune



celular e humoral, com ênfase nas principais alterações estruturais, funcionais e patológicas e mecanismos farmacológicos de controle do crescimento microbiano. Englobando também as principais classes de quimioterápicos, vias de administração de drogas, pressupostos básicos da farmacocinética e farmacodinâmica. Logo, o objetivo pedagógico principal do componente Biointeração I é apropriar o discente sobre os conceitos básicos em Parasitologia, Microbiologia, Imunologia, Patologia e Farmacologia de modo a construir uma visão integrada das cinco áreas de conhecimento. Para tal, o(s) docente(s) envolvido(s) cria(m) uma abordagem que reforça os princípios que são apreendidos nos componentes “irmãos” das áreas temáticas envolvidas no módulo. Para a Farmacologia, por exemplo, a temática foi introduzida abordando os três pilares teóricos desta área de estudo: 1- Estudo de desenvolvimento de novos fármacos (pesquisa clínica em Farmacologia); 2- Farmacocinética; 3- Farmacodinâmica.

O primeiro pilar refere-se ao desenvolvimento de novos fármacos, sobre os quais são apresentadas as diferentes fases teórico-experimentais e regulatório-comerciais respectivas, à cadeia de eventos no desenvolvimento de um novo fármaco. Neste contexto, fala-se dos modelos experimentais em pesquisa para que o discente consiga discernir e identificar ao menos seis tipos de investigação laboratorial em pesquisa clínica: *in vivo*, *in vitro*, *in silico*, *in situ*, *ex-situ* e *in utero*. Já no aspecto farmacocinético, dá-se ênfase aos quatro grandes tópicos balizadores desta temática que são absorção, distribuição, metabolismo (biotransformação) e a excreção. Por ser um tema extenso, são introduzidos apenas os aspectos conceituais e os termos básicos utilizados em farmacocinética. A farmacodinâmica segue a mesma estratégia abordada na farmacocinética limitando-se também aos aspectos conceituais e aos termos básicos utilizados na área. Em seguida, como parte do conteúdo do componente, faz-se uma breve introdução aos seguintes grupos farmacológicos e seus fármacos dos tipos: antiparasitários, antivirais, antifúngicos e antibacterianos. Durante a aula expositiva associada a estudos dirigidos resolvidos em sala de aula, buscou-se ilustrar e correlacionar as novas informações em Farmacologia com os temas apresentados nas outras três grandes áreas de conhecimento abordadas na BIO I (Parasitologia, Microbiologia e Imunologia).

Considerando a extensão das temáticas abordadas em “Farmacologia”, “Parasitologia”, “Microbiologia”, “Imunologia” e “Patologia”, a carga horária de 51 horas limita até mesmo a abordagem dos conceitos gerais destas. E a inserção discente em atividades como: visitas orientadas ao Instituto Médico Legal (IML) local, a centros de reabilitação e a outros estabelecimentos/instituições. E atividades como: confecção de vídeos educativos por discentes, têm sido inseridas nos cronogramas trabalhados ainda de forma tímida. Percebe-se a necessidade de diálogo junto ao Colegiado do Curso do BIS, quanto a realização de uma reestruturação curricular. Com isso, poderia ampliar as discussões dos conteúdos da ementa através de metodologias ativas e ferramentas didáticas como: vídeos, grupos de discussão de casos clínicos, elaboração de exercícios práticos contextualizados para o Recôncavo da Bahia e para o território brasileiro em geral, pré e pós testes de avaliação de conteúdo e outros, tornando a aula incomum e prazerosa.

O MÓDULO DA BIOINTERAÇÃO II

Neste componente curricular, são trabalhados os conteúdos relativos às áreas de Microbiologia (Bacteriologia, Virologia e Micologia), Imunologia e Parasitologia (protozoários, helmintos e artrópodos). Essas ciências são intrínseca e historicamente relacionadas e a



multi e interdisciplinaridade, reveladas em muitos contextos, por exemplo: o tema Arboviroses (dengue, zika, chikunguya, febre amarela entre outros) são infecções causadas por agentes etiológicos de biologia viral, que são transmitidos aos seres humanos e animais pela picada de artrópodes (de biologia parasitária), tendo como curso da doença e prognóstico dependente da resposta imunológica dos hospedeiros, seja na prevenção, na reinfeção, na ocorrência de patologias com diferentes graus de comprometimento tecidual, incluindo a Febre Hemorrágica do Dengue, com alta letalidade.

Há de se considerar também que a área da Imunologia fornece as bases conceituais para todos os sistemas de imunodiagnósticos, amplamente utilizados no diagnóstico laboratorial de muitas infecções virais, microbianas ou parasitárias.

O desafio na construção inicial do cronograma do componente modular CCS688 – Biointeração II foi torná-lo integrativo, onde as áreas que, inicialmente eram trabalhadas separadamente – Parasitologia Humana, Microbiologia Geral e Imunologia Geral, não fossem apresentados de forma fragmentada. Foi pensado inicialmente em dividir o componente modular em eixos a partir dos sistemas fisiológicos do corpo humano e, a partir daí, integrar as temáticas. Optou-se por dividir em eixos que refletissem, não só o aspecto de saúde no contexto doentio para o corpo, mas, considerando as temáticas trabalhadas, como de relevância para a Saúde Pública e que pudessem refletir também o ambiente como elo integrador das temáticas, discutindo políticas públicas de saúde no contexto das infecções e infestações e na melhora da resposta imune.

No planejamento do componente curricular CCS688 - BIOINTERAÇÃO II para o primeiro período letivo de oferta (o 2016.1) foi decidido confeccionar o cronograma a partir das seguintes fases: 1ª FASE – Imunologia (resposta imune: inata e adaptativa; reconhecimento de antígenos; ontogenia de linfócitos; especificidade de mecanismos efetores), introdução às práticas laboratoriais e biossegurança em laboratórios; 2ª FASE EIXO ÁGUA E ALIMENTOS – com patógenos de veiculação preferencialmente pela água e/ou por alimentos, inserindo também a temática intolerância e alergias alimentares; 3ª FASE EIXO AR E TERRA - com patógenos de veiculação preferencialmente pelas vias aéreas e/ou por insetos, inserindo também, as temáticas transplantes e imunodeficiências; 4ª FASE EIXO POR VETORES OU HOSPEDEIROS INTERMEDIÁRIOS – com patógenos transmitidos por algum tipo de vetor, hospedeiro intermediário e por ações antropogênicas, inserindo também a temática imunização / vacinas.

Neste contexto, o componente vem sendo sistematizado e permanentemente aperfeiçoado para atingir níveis melhores de integração não apenas entre as ciências principais e com os eixos trabalhados, mas com outras áreas do conhecimento, em especial aquelas que são trabalhadas dentro da mesma UPP, a fim de gerar um contexto integrado dentro do semestre letivo.

Entre as metodologias de ensino e aprendizagem trabalhadas na Biointeração II, estão as aulas expositivas com discentes, intercaladas por propostas de metodologias ativas como: mapas conceituais; aprendizagem baseada em equipes (“TBL- Team-based learning”) com apresentação e discussão de casos clínicos / problematizações; demonstração e realização em aulas práticas de técnicas utilizadas para diagnósticos de patógenos e identificação de resposta imune e que podem ser utilizadas em projetos de pesquisas diversas; visitas técnicas e metodologia da simulação do tipo “Escape Room”; realização de feiras de saúde ou se inserindo em cursos de educação popular como forma extensionista de aproximação dos conhecimentos teóricos à realidade das comunidades trabalhadas, dentre outras ações e metodologias.

Os mapas conceituais foram construídos em dois momentos com profundidade pro-



gressiva de conteúdos e metodologias. Num primeiro momento, os discentes são apresentados à metodologia e estimulados a trabalhar com o “software” livre, de forma que possam integrar alguns elementos conceituais dos componentes e desenvolvam a percepção da utilidade da ferramenta. Foi orientado que construíssem o mapa conceitual tendo como ponto de partida (ou de chegada) o eixo central solicitado (por exemplo, Eixo Água e Alimentos) interrelacionando o mesmo com os conteúdos do módulo CCS688 - Biointeração II. Estabelecendo com o eixo, conexões que abordam os mecanismos de ação dos agentes etiológicos, as estratégias de defesa e reações do organismo humano frente a estes desafios, detalhando fatores relacionados com estas conexões (para isso, os conectivos são importantes). Os fatores norteadores desta interação foram: epidemiológicos, políticos / sociais, biológicos, ambientais e outros – inerentes aos agentes etiológicos, aos hospedeiros e ao ambiente onde os mesmos estão inseridos.

No segundo momento, ocorreu exposição oral em grupos de dois a três discentes, foi requerida uma visão interdisciplinar, com tendência à transdisciplinaridade pela visão holística dos fenômenos e ciências envolvidas nos contextos que envolvem os conceitos das ciências, já citadas. Como os discentes apresentaram os mapas em dois momentos, os resultados mostraram, em sua maioria, no segundo momento, mapas de qualidade conceitual significativamente melhor e com melhor abordagem individual, indicando uma compreensão conceitual mais significativa e profunda do Eixo trabalhado ou da ferramenta utilizada.

Existem vários programas para construir mapas conceituais. Até no Powerpoint é possível. No entanto existe um programa (livre para uso) que se chama “CmapTools” (MARINHO, 2008) e pode ser acessado no link: <http://cmap.ihmc.us/>. Quem faz uso desta ferramenta, recomenda a utilização deste programa para a tarefa, pois o tempo de aprendizagem para sua utilização é pequeno e o mesmo poderá ser utilizado para outras finalidades.

Para avaliação dos mapas foi construído e socializado um barema, contendo os elementos relevantes da análise do material apresentado e discutido. A parte escrita foi avaliada pela quantidade e qualidade dos conceitos, pela utilização correta dos conectores e pela quantidade e qualidade das ligações cruzadas. Para a parte da apresentação, os parâmetros utilizados foram: presença e participação, pontualidade, organização e clareza das idéias, domínio do eixo e criatividade. A apresentação e a parte escrita valendo cada uma 50% da nota.

Enquanto metodologia de ensino e aprendizagem (LEDO et al., 2007), os mapas conceituais permitiram, numa linguagem gráfica, o desenvolvimento do conhecimento individual e coletivo sobre conceitos e a integração dos mesmos (AGUDELO e SALINAS, 2015). Nos eixos solicitados para o módulo da Biointeração II, alguns conseguiram inserir elementos de outros componentes da mesma UPP, enriquecendo as apresentações.

Através dos elementos gráficos que compõem os mapas conceituais, os conceitos e as inter-relações entre eles são representados graficamente através dos “box” e conectores, respectivamente. A complexidade estimulada pelos docentes conduz à visão holística que é representada graficamente através das conexões cruzadas. Desta forma, quanto maior o número de elementos gráficos, das correções técnico-científicas e da riqueza e complexidade das ligações e uso de conectores, avalia-se o desenvolvimento individual e do grupo.

A certificação da aprendizagem ocorre em dois momentos, o primeiro é a própria exposição dos mapas (dois momentos) e a segunda ocorre nas provas mensais, cujos conteúdos trabalhados nos mapas e também nas aulas teóricas e práticas, foram cobrados em modelo tradicional de prova escrita com questões de natureza variada, desde múltipla escolha, trabalhando objetivos específicos, passando por questões discursivas e textos, gráficos ou diagramas para serem interpretados e analisados.



Avaliar um mapa conceitual não foi tarefa fácil. Numa sala de aula com 30 estudantes, por exemplo, o professor deverá analisar cada mapa e realizar a devolutiva de modo individual (CAMPELO e PICONEZ, 2018). Mas o resultado foi positivo, pois pode-se entender o que o discente compreende ou não sobre determinado assunto que está sendo estudado, assim, o docente poderá através da análise dos mapas, sinalizar pontos importantes do componente curricular. Alguns discentes gostaram da proposta e se envolveram com o projeto, outros ainda questionam o propósito desta. Para estes últimos, percebeu-se que a motivação tem um papel fundamental na aprendizagem, ninguém aprende se não desejar aprender (PAÍN, 1989) e que atender a todos os discentes, independente da motivação que eles venham a apresentar (lentos ou rápidos, competitivos ou colaborativos, apresentando necessidades especiais ou outros) tem sido um desafio. No entanto, cada pessoa aprende a seu modo, estilo e ritmo (ZEFERINO e PASSERI, 2007). Observa-se que cada discente tem uma história particular e única, formada por sua estrutura biológica, psicológica, social e cultural e que reflete na forma como apresenta ou procura entender a atividade proposta. Há de se apresentar, em um outro momento, relatos e exemplos discentes para esta metodologia trabalhada.

Considerando as mudanças acerca do acesso à informação, e as teorias avançaram muito com a informatização, na medida do possível, buscou-se inserir nas provas de natureza teórico-prática, questões que remetesse a assuntos trabalhados nas sub-áreas do módulo de Biointeração II (Parasitologia, Imunologia e Microbiologia). Procurou-se homogeneidade nas avaliações, preservando-se a individualidade metodológica, mas com o mínimo de bom senso. Exemplos de questões trabalhadas no componente poderão ser visualizadas nos Quadros 1 e 2, procurando aguçar no discente uma resposta menos fragmentada e mais contextualizada do respectivo eixo trabalhado.

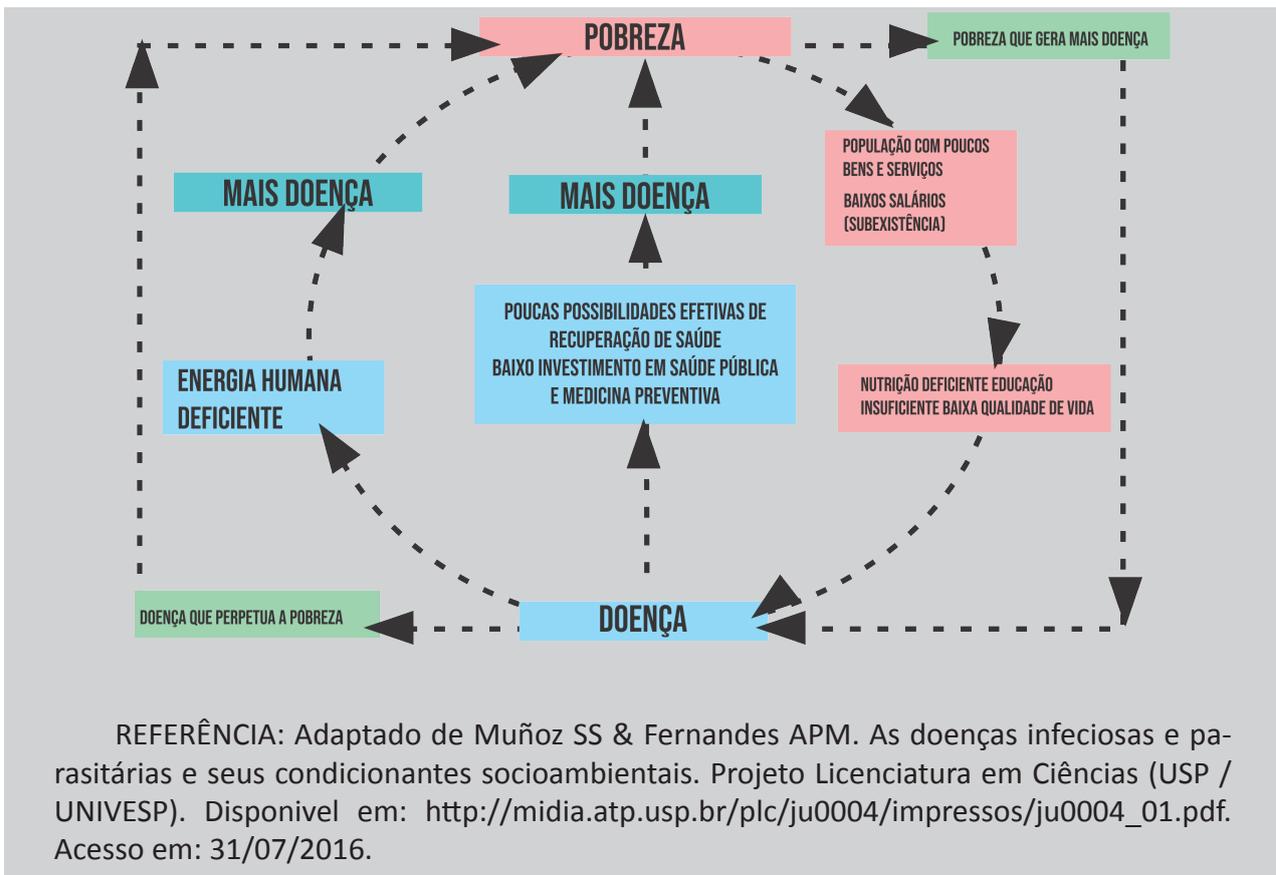
Quadro 1 – Exemplo I de questão integrativa utilizada em uma das avaliações do componente CCS688 – Biointeração II.

Questão 1 - Após o exposto no texto abaixo, analise a Figura 1 e caracterize o ciclo perverso Pobreza – Doença [considerando sua resposta para a temática Doenças Infeciosas e/ou Parasitárias (DIP) e que contribua para as três áreas que foram trabalhadas neste respectivo Eixo para CCS688 - Biointeração II: Imunologia, Microbiologia e Parasitologia].

Os agentes infecciosos e parasitários interagem numa dinâmica complexa em razão das condições socioambientais em que a população está inserida. As DIP enquadram patologias relacionadas a condições de habitação, alimentação e higiene precárias. Além disso, sua disseminação está associada a pobreza e à qualidade de vida, refletindo as condições de desenvolvimento de uma determinada região, através da relação entre níveis de mortalidade e morbidade, assim como das condições de vida da população.

A perpetuação da pobreza tem sido um fator determinante da disseminação de agentes patogênicos na população, como mostra na **figura 1**

Figura 1 Ciclo Pobreza-Doença, que explica a perpetuação das Doenças Infecto-parasitárias.



Quadro 2 – Exemplo II de questão integrativa utilizada em uma das avaliações do componente CCS688 – Biointeração II.

Questão 2 – A diarreia aguda é um exemplo da multicausalidade das doenças infecciosas e parasitárias e apresenta significância sanitária. É uma das principais causas de mortalidade infantil nos países subdesenvolvidos, sendo considerada um indicador de situações de pobreza. A diarreia pode ser causada por vírus, bactérias e protozoários, como disposto no esquema abaixo:



REFERÊNCIA: Adaptado de Muñoz SS & Fernandes APM. As doenças infecciosas e parasitárias e seus condicionantes socioambientais. Projeto Licenciatura em Ciências (USP / UNIVESP). Disponível em: http://midia.atp.usp.br/plc/ju0004/impressos/ju0004_01.pdf. Acesso em: 31/07/2016.

RESPONDA:

- a) Cite fatores ambientais que estão associados aos quadros diarreicos;
- b) Caracterize os quadros diarreicos provocados pelos grupos de agentes etiológicos listados no esquema acima;
- c) Associe a ação patogênica do patógeno e resposta imune do hospedeiro frente aos mesmos.

Para Ausubel (2000), o aprendizado mecânico ocorre quando o aprendiz memoriza novas informações sem relacioná-lo com o conhecimento prévio. Assim, considerando que toda aprendizagem que resultar em reconciliação integrativa resultará também em diferenciação progressiva adicional de conceitos e proposições (MOREIRA e MASINI, 2006), o uso de questão avaliativa o mais integrativa possível com a temática trabalhada no Eixo é sempre estimulado na confecção das questões pelos docentes. Pois, considera-se que, a aprendizagem significativa acontece quando o estudante escolhe relacionar novas informações com o conhecimento que já possui (CAMPELO e PICONEZ, 2018). A sua qualidade também depende da riqueza conceitual do novo material a ser aprendido e da quantidade e qualidade da organização do conhecimento relevante detido pelo discente em questão.

Na abordagem dos casos clínicos e/ou problematizações, os discentes foram incentivados a discutir ou criar um exemplo destes em sala de aula e/ou em provas avaliativas, nos quais, os elementos principais abordados eram: a identificação do paciente [nome (iniciais), idade, origem (subúrbio, zona urbana ou rural, estrangeiro, etc.)]; os hábitos pessoais (alimentares, sexuais, de higiene, etc.) e/ou condições socioeconômicas; as queixas clínicas principais (sinais e sintomas) informadas pelo paciente ou progenitor se criança; os sinais clínicos observados pelos profissionais de saúde; os dados de exames laboratoriais; dados sobre a utilização de medicamentos e outros. Nas discussões, não era necessário descrever todos os aspectos, nem seguir necessariamente essa ordem, contanto que o volume de informações deixasse clara a temática trabalhada em questão. Para sintetizar as discussões, os alunos elaboravam e respondiam, ao final das discussões, pelo menos, quatro perguntas sobre o caso clínico/problematização descrito que pudessem abranger desde a definição da suspeita clínica até questionamentos sobre a biologia, transmissão, patologia, epidemiologia, diagnóstico e/ou profilaxia do tema trabalhado, quando pertinente. Solicitando também uma lista da bibliografia consultada para fundamentar seu estudo.

Utilizou-se para estas contextualizações, em alguns períodos letivos, da metodologia da Aprendizagem baseada em equipe (TBL), adotada na China como uma nova abordagem pedagógica na área de saúde (CHEN et al., 2018). Para este tipo de metodologia trabalhada, baseou-se no objetivo principal de desenvolver no discente atitudes e condutas adequadas à sua futura profissão, estimulando o pensamento autônomo e crítico sobre o conhecimento adquirido e as evidências científicas encontradas. Diante de um conhecimento adquirido e praticado, espera-se que o mesmo adquira competência para formar seu próprio juízo de valores, decidindo, por si mesmo, como agir em diferentes circunstâncias da vida (ANTUNES, 2001). Preconizou-se para estes trabalhos que uma aprendizagem voltada para a formação ampla do profissional e não se limitando apenas ao aspecto cognitivo da aprendi-

zagem (ZEFERINO e PASSERI, 2007). Percebeu-se que a metodologia utilizada possibilitou o aprofundamento das temáticas trabalhadas, melhorando o perfil de discussão dos discentes frente aos elementos abordados, com relatos de situações do cotidiano ou vivenciados por amigos, vizinhos e familiares.

Aulas compartilhadas (teóricas e práticas) entre os docentes envolvidos no respectivo período letivo estão sendo estimuladas na confecção do cronograma do semestre, quando possível. Como exemplo, destaca-se uma aula compartilhada com a temática “Vetores e patógenos”, onde na qual, um dos docentes caracterizou os vetores e o outro docente discutiu, entre outros, a ação parasitária dos principais patógenos veiculados por estes. A discussão a seguir com a presença dos dois profissionais na sala ao mesmo tempo, enriqueceu a abordagem da temática, com contribuições pertinentes para os elementos trabalhados. Contudo, o esforço para o trabalho conjunto é necessário, identificando as afinidades e o desenho da proposta, para que não haja fragmentação da proposta.

As visitas técnicas foram realizadas no frigorífico do município de Santo Antônio de Jesus e outras visitas estão sendo programadas para vivências em laboratórios clínicos e de pesquisas do estado da Bahia, como forma de integrar os conceitos teóricos com a prática dos mesmos nestes espaços.

Em um dos períodos letivos foi utilizada a metodologia da simulação do tipo “Escape Room” onde os discentes foram incentivados a decifrar enigmas relacionados com o conteúdo programático do componente CCS688-Biointeração II, a partir de pacientes imaginários, realizando diagnósticos fictícios em tempo pré-determinado e discutindo medidas profiláticas [primárias (prevenção), secundárias (combate) e terciárias (minimização da ação parasitária)]. Para esta metodologia, assim como nos mapas conceituais, a aprendizagem significativa para uma melhor construção do conhecimento objetivado, necessitava de conhecimento prévio relevante - o discente deveria já conhecer algumas informações relacionadas às novas informações a serem aprendidas e ter a disponibilidade de material significativo – pois o conhecimento a ser aprendido deve ser relevante para outros conhecimentos (NOVAK e MUSONDA, 1991). Todas as informações fornecidas para as simulações foram baseadas em artigos e livros da bibliografia sugerida pela ementa do componente ou fornecidos pelos docentes do componente. Apesar da boa devolutiva pelos discentes participantes, em decorrência de atipicidades dos períodos letivos (paralisações, greves, eventos comemorativos e outros) e do tempo de pelo menos um turno necessário para a realização da atividade, ela só foi trabalhada em um único período letivo (o 2017.1) dos quatro trabalhados pelo componente, até o momento. Esta metodologia está sendo adaptada para nova utilização.

O módulo da Biointeração II trabalhou, como metodologia ativa, o formato de feiras de saúde/feiras de saberes em uma praça, em uma escola municipal e em cursos de educação popular para adolescentes e mulheres de um conjunto residencial de área periférica do município de Santo Antônio de Jesus. Este tipo de atividade foi realizada nos períodos letivos 2016.1, 2017.1 e 2017.2 e integrou a Avaliação Integrativa do período letivo correspondente.

A Avaliação Integrativa do BIS é uma prática de integração de conteúdos dos módulos da respectiva UPP que preza pela interdisciplinaridade, proporcionando o encontro, a troca e a interação entre discentes e docentes para a produção do conhecimento. Trata-se de um instrumento/produto a ser elaborado coletivamente envolvendo os saberes trabalhados por Eixo Integrativo de cada UPP (NDE/BIS, 2014). Para a UPP V tem se trabalhado a devolutiva do componente Processo de Apropriação da Realidade V para a comunidade, onde os discentes participaram por cinco períodos letivos, realizando um diagnóstico socioeconômico

mico, cultural e de saúde do território/bairro sob responsabilidade dos mesmos.

Relativo à confecção da metodologia das feiras inserida na Avaliação Integrativa da UPP V, em um primeiro momento, os docentes desta UPP selecionaram uma situação-problema que apresentasse relação com os conteúdos trabalhados no respectivo Eixo. No segundo momento, ocorreu formulação das questões e a confecção do modelo da feira de saúde / feira de saberes. Tratando-se de um modelo desafiadores, dado o grau de dificuldade de se construir avaliações interdisciplinares, percebeu-se inicialmente uma dificuldade do discente em colocar na prática, os conteúdos trabalhados pelos diversos docentes em sua trajetória acadêmica na UPP V. Mas, o processo final de devolutiva para a comunidade foi enriquecedor e prazeroso, e os discentes procuraram mostrar relações significativas com boa participação e aceitação da comunidade envolvida.

O terceiro e quarto momentos desta atividade, relacionaram-se com a correção da atividade. Como disposto no Projeto Pedagógico (PPC) do BIS (NDE/BIS, 2014), para além de avaliar o desempenho dos estudantes, esse modo de realizar as avaliações integrativas contribuiu para aprimorar o diálogo interdisciplinar, o compartilhamento de experiências e a autoavaliação entre os docentes e discentes.

Ao final dos períodos letivos, objetos deste capítulo, seja de forma oral ou escrita (com identificação a critério), foram solicitados que os discentes avaliassem o componente curricular Biointeração II para os seguintes itens: pontos positivos e negativos trabalhados para aquele semestre; sugestões para o quê e de que forma pode ser melhorado e outras considerações para o enriquecimento desta avaliação. Percebe-se que as respostas variam muito e estão diretamente ligadas ao rendimento das turmas, porém, no geral, a devolutiva têm sido relevante para se pensar na dinâmica de trabalho para este módulo no período letivo subsequente.

O MÓDULO DA BIOINTERAÇÃO III

No PPC anterior do BIS, as áreas de Patologia e Farmacologia eram trabalhadas no componente curricular Aspectos Farmacológicos e Fisiopatológicos do processo Saúde e Doença, que abordava o conteúdo de Patologia de órgãos e sistemas, não tendo espaço para discussão dos aspectos estruturantes das bases patogênicas imprescindíveis para compreensão do entendimento dos processos saúde e doença. Assim, no PPC vigente, programar os conteúdos de Patologia e Farmacologia trabalhados no módulo da Biointeração I com vistas a dar continuidade e / ou aprofundamento na Biointeração III, quando o mesmo grupo de discentes retorna (normalmente) para o mesmo docente que os conduziu no conteúdo introdutório, representou um aspecto positivo desta experiência já que facilita a identificação dos pontos a serem reforçados pela parceria discente – docente.

Especificando, como exemplo, para os tópicos de Farmacologia, foi possível perceber uma maior eficácia na correlação de assuntos, onde os conteúdos da área da Parasitologia ocuparam um lugar de destaque. Atribui-se a isto, ao fato de algumas parasitoses trabalhadas (integrando a patologia e ação farmacológica nos agentes destas) serem endêmicas na região do Recôncavo da Bahia. Ao contrário da Parasitologia, a área da Imunologia contempla um extenso conteúdo que inclusive desperta grande interesse nos discentes, no entanto, devido ao fato de não vivenciarem o tema desde os primórdios da formação do curso, deparam-se com muitas informações novas que dificultam sua consolidação e correlação com áreas afins. No ponto de vista aqui relatado, os conteúdos da Microbiologia ocupam um espaço intermediário nesta análise da percepção do discente quanto à afinidade com os conteúdos da Farmacologia. Acredita-se que este fato ocorra devido ao senso comum

do uso de antibióticos, no combate às patologias que acometem as pessoas corriqueiramente. Visitações a espaços que trabalham com questões relacionadas à Patologia e/ou Farmacologia foram trabalhadas, como por exemplo: Clínica do Rim do município de Santo Antônio de Jesus e o Instituto Médico Legal local e ao Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz da Fundação Oswaldo Cruz em Salvador (Bahia). A inserção dos discentes no Seminário Multiprofissional em Patologia (SEMULPATO), que acontece semestralmente em territórios do Recôncavo da Bahia, a partir da apresentação de temáticas relevantes em saúde para populações locais, também tem sido analisada como uma proposta avaliativa para além dos muros institucionais, integrando as ciências da Patologia e Farmacologia para os agravos que acometem a população do Recôncavo da Bahia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho configurou-se como um relato de experiências do componente modular “Biointeração”, ofertado aos discentes de graduação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tratou-se de uma descrição e discussão das ações que culminaram em uma experiência promissora para todos os participantes, docentes e discentes. Abordando inicialmente os critérios escolhidos e as decisões tomadas na preparação dos componentes curriculares em discussão, atentando-se para os objetivos propostos para respaldar sua construção. Em seguida, foram analisadas as ferramentas utilizadas como suporte para as aulas e apresentação da dinâmica e das temáticas dos encontros.

Durante a construção do conhecimento dos conteúdos programáticos que constituem os módulos da Biointeração, surgiram erros, acertos e novas demandas quanto à ementa original, cujo significado é considerado valioso para lapidar a proposta inicial dos módulos da Biointeração disposta na grade curricular do curso de graduação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Percebe-se, nas dinâmicas trabalhadas e aqui relatadas, a procura da utilização de estratégias adequadas a mudança do paradigma da avaliação tradicional para os processos de aprendizagem qualitativa e formativa, procurando melhorar o desempenho dos envolvidos.

Novos desafios são apresentados ao sistema educacional e uma revisão dos procedimentos metodológicos é imprescindível para preparar os cidadãos capazes de lidar com questões contemporâneas complexas (NOVAK, 2010). Os que usam metodologias ativas em sala de aula percebem que alguns discentes têm dificuldades na elaboração e uso das mesmas, pelo menos no início, isso é explicado por anos de aprendizado mecânico (“decoreba”), que ainda prevalece em muitas instituições educacionais (CAMPELO e PICONEZ, 2018). Dessa forma, não é fácil para um estudante trocar rapidamente anos de aprendizado mecânico por uma aprendizagem significativa, mas isso é importante, uma vez que o aprendizado mecânico contribui muito pouco para a estrutura do conhecimento, por isso não é a base para o pensamento criativo (KINCHIN e HAY, 2000).

Enquanto educadores nos questionamos sobre o melhor caminho a seguir, para que estejamos preparados para respeitarmos o ritmo de cada estudante, saber trabalhar com as diferenças e indiferenças. Sabemos que na educação não existe receita pronta, mas sim, caminhos que possam ser seguidos, de maneira que venha a contribuir para atuar em situações, em especial com o ritmo de aprendizado de cada indivíduo, independente da faixa etária e nível de escolaridade.

Relativo às metodologias que culminaram em avaliações no módulo da Biointeração, muitos são os estudos e parece não haver um consenso sobre a melhor forma de avaliar

a aprendizagem. Estamos numa época em que a avaliação da aprendizagem já não é mais compreendida como o ato de medir o desempenho de um estudante. A avaliação é um instrumento de aprendizagem, pois exerce um poderoso efeito sobre ela (ZEFERINO e PASSERI, 2007). Assim, as metodologias trabalhadas, auxiliaram no esclarecimento de metas, na tomada de decisão em relação às mudanças curriculares e determinou cada passo do processo ensino-aprendizagem, indicando sua eficácia ou necessidade de repensar a abordagem inicialmente feita.

Pode-se concluir, avaliando os desempenhos docente e discente ao longo dos componentes modulares da Biointeração, que as apresentações e discussões realizadas em salas de aula e/ou laboratórios serviram ao propósito de gerar reflexões sobre a formação do profissional em Saúde, tal como é idealizada atualmente e como a pensamos, de uma forma mais humanizada, estimulando a crítica a essa concepção. O exercício da construção deste capítulo também evidencia a necessidade dos docentes dos módulos envolvidos em dialogar sobre as suas práticas, interligando as metas, com o propósito da construção do conhecimento pelo discente, não do componente modular isolado, mas de todos os módulos envolvidos, como uma única ciência, a Biointeração, independe das subáreas envolvidas.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, O. L.; IBÁÑEZ, J. S. Flexible learning itineraries based on conceptual maps. **Journal of New Approaches in Educational Research**, v. 4, n. 2, p. 70-76, 2015.

ANTUNES C. **Como desenvolver as competências em sala de aula**. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.

AUSUBEL, D. P. **The acquisition and retention of knowledge: a cognitive view**. Boston: Kluwer, 2000.

CAMPELO L. F.; PICONEZ, B. **Os mapas conceituais como metodologia ativa no ensino de Geografia. Congresso Internacional de Educação e Tecnologias: - Educação e Tecnologias: inovação em cenários em transição**. UFSCar / São Paulo, 2018.

CHEN, M.; NI, C.; HU, Y.; WANG, M.; LIU, L.; JI, X.; CHU, H.; WU, W.; LU, C.; WANG, S.; WANG, S.; ZHAO, L.; LI, Z.; ZHU, H.; WANG, J.; XIA, Y.; WANG, X. Meta-analysis on the effectiveness of team-based learning on medical education in China. **BMC medical education**, v. 18, n. 1, p. 77, 2018.

KINCHIN, I. M.; HAY, D. How a qualitative approach to concept map analysis can be used to aid learning by illustrating patterns of conceptual development. **Educational Research**, v. 42, no. 1, p. 43–57, 2000.

LEDO, M. C. M. V.; VIDAL, M. C. N. V.; VIALART, D. R. Mapas conceptuales. Una estrategia para el aprendizaje. **Educ Med Super**. v. 21, 2007.

MARINHO S. P. P. **Manual do IHMCCmapTools. Parte 1 – Uso rápido. Belo Horizonte (MG)**, 1ª edição, 2008. Disponível em: <https://chasqueweb.ufrgs.br/~slomp/edu01027/c-map-tools-simao.pdf>. Acesso em: 29 de julho de 2018.



MOREIRA M. A.; MASINI, E. F. S. **Aprendizagem Significativa: a teoria de David Ausubel**. 2a ed. São Paulo: Centauro, 2006.

MUÑOZ S.S.; FERNANDES, A. P. M. **As doenças infecciosas e parasitárias e seus condicionantes socioambientais**. Projeto Licenciatura em Ciências (USP / UNIVESP).

NDE/BIS - Núcleo Docente Estruturante / Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS)**. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica / Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus – BA, 2014.

NOVAK, J. D. **Learning, Creating and Using Knowledge: Concept Maps as Facilitative Tools in Schools and Corporations**. 2a Taylor e Francis, New York, 2010.

NOVAK, J.D.; MUSONDA, D. A twelve-year longitudinal study of science concept learning. **American Educational Research Journal**, v.28, n.1, p. 117-153, 1991.

PAÍN, S. **Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem**. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed; 1989.

ZEFERINO, A. M. B.; PASSERI, S. M. R. R. **Cadernos da ABEM**, v. 3, p. 39-43, 2007.





INTEGRANDO TECIDOS BIOLÓGICO E SIMBÓLICO NA CONSTRUÇÃO DO CORPO: EXPERIÊNCIA DE UMA ABORDAGEM ANTROPOBIOLÓGICA¹

Fran Demétrio

NOTAS INICIAIS

Ao longo da história, o corpo tem sido objeto de estudo em vários campos do saber. No Ocidente, o corpo representa a correlação direta entre o natural e o biológico, com constituição e legitimação na biomedicina como ciência moderna e hegemônica, cuja explicação valoriza a dimensão biológica ou natural dos corpos e dos processos corporais (LOYOLA, 2003; SEPARAVICH; CANESQUI, 2010).

A partir dos primeiros anatomistas, em especial Andreas Vesalius (1514-1564), há uma mudança na representação do corpo. Este deixa de ser solidário à concepção holística do corpo-pessoa e passa a assumir uma noção fragmentada do corpo (cisão do ser humano de si mesmo – corpo-alma/espírito; dos outros – individualismo; e do universo – perda da relação ser humano-cosmos) (LE BRETON, 2011). Essa representação, que estabelece um dualismo metodológico do corpo, repousa até a atualidade sobre o estudo rigoroso da medicina e de outras profissões de saúde de um corpo cindido da pessoa, tornado anátomo-biológico e receptáculo da doença. Por esse prisma, o corpo humano é constituído pelos tecidos epitelial, conjuntivo, muscular e nervoso.

A despeito disso, pela óptica antropológica, o corpo se constitui, simbolicamente, pelas representações sociais, valores, crenças e significados socioculturalmente construídos. Assim, a compreensão do corpo humano face ao processo saúde-doença- cuidado requer exercícios e diálogos interdisciplinares.

Na Antropologia, observa-se certa consolidação de um espaço de reflexão teórica sobre o corpo. Nessa disciplina, destacam-se os estudos pioneiros do etnólogo francês Marcel Mauss (2003), para o qual o corpo humano consiste em instrumento que incidem técnicas, atos tradicionais capazes de orientá-lo, modelando a corporeidade às imposições socioculturais (SEPARAVICH; CANESQUI, 2010).

Para Le Breton (2011), o corpo não existe em estado natural, mas se encontra envolvido em uma rede de sentidos, objeto de múltiplas representações e imaginários, a partir dos quais se evidencia uma dada relação do sujeito com o mundo. Nesse sentido, o corpo não é uma realidade dada, mas uma construção social e cultural. É, portanto, emaranhando-se na simbólica social que o corpo é apreendido como representação que jamais se confunde com o real, mas sem a qual o real não existiria (LE BRETON, 2011). Assim, é possível afirmar, à luz da epistemologia antropológica de Le Breton, que o tecido simbólico do corpo representa a metáfora necessária à meditação pela qual o mundo se humaniza, alimenta-se de sentidos e valores, e torna-se acessível à ação social. Dessa maneira, torna-se essencial (in) vestir (n) o corpo para além do conjunto de saberes biológicos. Nesse sentido, reclama-se

¹ Trabalho apresentado na 30ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 03 e 06 de agosto de 2016, João Pessoa/PB.

a ampliação do (re)conhecimento do corpo na saúde que integre e compreenda diferentes saberes e práticas.

Em face dessas questões, como (re)pensar o ensino de Antropologia, em especial, os estudos antropológicos sobre o corpo e o processo saúde-doença-cuidado na formação médica e de outros cursos da área de saúde?

No Brasil, novos projetos de formação universitária têm sido discutidos e implementados na tentativa de superar o modelo de atuação com abordagens individualistas, excessivamente prescritivas, biologicista, fragmentada, restrita e restritiva em relação aos cuidados de saúde. Dentre eles, destaca-se o Plano de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais Brasileiras (REUNI). O REUNI visou uma reestruturação da graduação por meio de novos formatos de processo seletivo, como o aperfeiçoamento do ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio), complementado com o SISU (Sistema de Seleção Unificada), e a criação e implementação de cursos de graduação

interdisciplinares inovadores, a exemplo dos Bacharelados Interdisciplinares (BI) (ALMEIDA-FILHO, 2016).

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS ou BI em Saúde) compreende uma formação geral, científica, básica e humana em saúde, e rompe com o modelo de formação linear e biomecânico (ou biomédico) vigente na maioria das universidades de ensino superior em saúde no Brasil. Foi, inicialmente, desenhado e implantado em 2008 pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), seguida pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) em 2009 e pela Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) em 2013 e, mais recentemente, pela Universidade do Oeste do Pará (UFOPA). Trata-se de proposta de graduação interdisciplinar em ciclos compatível com o sistema universitário dos EUA e com o modelo de Bolonha, na Europa, e tem como via de acesso o ENEM-SISU. O primeiro ciclo inclui a formação no BI em Saúde, podendo o estudante optar por seguir no segundo ciclo em uma formação específica da área de saúde ou se direcionar para uma pós-graduação (*lato ou stricto sensu*); e ainda tem a opção de atuar em diferentes campos de trabalho que forem competentes ao Bacharel em Saúde.

O BI em Saúde da UFRB está estruturado, curricularmente, em componentes modulares, cuja vivência no curso é pautada em estudos interdisciplinares e metodologias ativas, que articulam conhecimentos das culturas humanística, artística e científica, e ainda possibilita experiência de pesquisa, extensão e vivências em comunidades e no Sistema Único de Saúde (SUS), num exercício de aproximação e apropriação da vida da comunidade *in loco*, guiado por relações dialógicas e encarado como dispositivo de transformação social.

Na matriz curricular do BIS, o componente modular “Saúde, Cuidado e Qualidade de vida” compreende o estudo socioantropológico sobre a experiência de adoecimento, corpo e corporeidades, representações e práticas em saúde/doença e itinerários de cuidados, etnoepidemiologia, além da interface entre o processo saúde-doença-cuidado e fenômenos sociais contemporâneos, como o racismo, a violência, as relações de gênero e as desigualdades sociais (DEMÉTRIO; ALVES; BRITO, 2016). É um módulo que propõe a articulação entre saberes das ciências sociais e aqueles oriundos das ciências da saúde no estudo e compreensão do corpo e do processo saúde-doença-cuidado, com alicerce na interdisciplinaridade.

Pelo exposto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência docente no componente curricular intitulado “Saúde, cuidado e qualidade de vida”, do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB, sobre as provocações e reflexões realizadas com estudantes em relação às (im)possibilidades de integração entre os tecidos (biológico e o simbólico) na (re)construção de sentidos sobre corpo no processo saúde-doença-cuidado.

METODOLOGIA

Este é um trabalho desenvolvido no módulo “Saúde, Cuidado e Qualidade de vida”, da graduação em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, campus Santo Antônio de Jesus, Bahia, nos semestres 2015.1 e 2015.2 e 2016.1.

Trata-se de um relato de experiência docente sobre o uso metodológico de construção de imagens sobre o corpo por meio de ferramentas artísticas, neste caso, o desenho, no ensino de socioantropologia e saúde. O uso do desenho e sua linguagem simbólica no processo de aprendizagem podem consistir em importante dispositivo metodológico por meio do qual o sujeito consegue expressar aquilo que, por vezes, não consegue dizer através da fala, possibilitando que entre em contato com seu universo interior e que possa representá-lo. Além disso, o desenho possibilita a organização de informações e o processamento de experiências, a criação de relações e construção de símbolos, conceitos e representações sobre o seu universo de maneira singular, e ainda a expressão de sentimento e autoconhecimento (SILVA, 2010).

Para disparar e ancorar as reflexões dos estudantes sobre uma possível construção teórica sobre o tecido simbólico do corpo e suas interfaces a partir dos desenhos construídos, recorreu-se a alguns referenciais e materiais bases tais como: capítulos do livro “Antropologia do corpo e modernidade” de Le Breton (2011), ao Atlas de Anatomia Humana Sobotta (2000), ao filme ‘Boi Neon’ e à obra de arte “Las meninas” de Diego Velasquez. O conteúdo simbólico dos desenhos foi analisado à luz da Semiologia de Roland Barthes (1996).

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DAS FORMAS SIMBÓLICAS DO CORPO

Segundo Vygotsky (1984), os processos cognitivos e emocionais constituem uma unidade, a qual não é de natureza estática e varia de acordo com o conteúdo de referência. Nesse sentido, a intenção desse trabalho é apreender sentidos sobre o conteúdo dos conceitos relacionados ao corpo, saúde, doença e cuidado, e elementos sobre o processo por meio do qual este mesmo conteúdo é sócio-mediado, ultrapassando, desse modo, as análises correlacionais. Assume-se neste trabalho um desafio metodológico, desenvolvendo um exercício pedagógico que não está centrado na linguagem verbal, com a finalidade de identificar conexões conceituais entre diferentes epistemologias e aspectos envolvidos na relação entre o tecido simbólico e biológico na construção do corpo.

O BIS da UFRB, além de pautar uma formação geral em saúde, interdisciplinar, humanística e científica, prima pelas metodologias de ensino-aprendizagem que contribuam para o desenvolvimento da competência crítico-reflexiva do discente (UFRB, 2014; DEMÉTRIO; ALVES; BRITO, 2016). Nessa perspectiva, o módulo “Saúde, Cuidado e Qualidade de vida”, que integra a quarta Unidade de Produção Pedagógica (UPP) do curso, cujo eixo integrador é a “Saúde e Qualidade de vida”, (in)tenciona o encontro teórico-prático dos estudantes entre o universo simbólico dos sujeitos nas suas distintas realidades socioculturais e àquele atrelado ao processo saúde-doença-cuidado, sem se descolar do viés biológico (DEMÉTRIO; ALVES; BRITO, 2016).

Esse módulo se propõe a superar o uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), de influência do mecanicismo e inspiração cartesiana, que resultam em práticas profissionais fragmentadas e reducionistas (COSTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2004; DEMÉTRIO;

ALVES; BRITO, 2016). Para isso, o referido módulo adota metodologias ativas que orientam o princípio da autonomia, interdisciplinaridade e uma educação emancipadora, conforme pedagogia proposta por Paulo Freire (2007) e Edgar Morin (2001). Desse modo, recorre-se ao desenvolvimento e utilização de ferramentas pedagógicas que conduzam a um **saber-fazer** e formação de “um discente autônomo, capaz de construir uma aprendizagem significativa na ação-reflexão-ação” (MITRE et al., 2008) e considerar o indivíduo como um ser que constrói e possui a sua própria história.

No que tange à experiência de integração dos tecidos do corpo (simbólico e biológico), de modo geral, enquanto atividade simbólica, o desenho foi ferramenta efetiva na produção de sentidos sobre o tecido simbólico do corpo. Nesse exercício semiótico figuraram alguns significantes do corpo que diferiram de acordo com a matriz epistemológica de referência (Figuras 1 a 5). Pelo viés biológico o corpo é: “magro”, “objeto”, “máquina”, “células”, “saudável”, “tecidos”, “normal”, “patológico”, “sinal”, “fragmentado”, “tecnologia”. Já pelo prisma socioantropológico o corpo é “cárcere”, “liberdade”, “social”, “subjetividade”, “pessoa”, “espiritual”, “metáfora”, “sintoma”, “dor”, “textual”, “transgressão”, “simbólico”, “saúde”, “comunicação”, “moradia”, “diversidade”, “etnia”, “cultura”, “vulnerável”, “unidade”. A compreensão do corpo como sígnico e polissêmico figurou como o significado, ou seja, o corpo é o mediador da pessoa (des)coberta por distintos e específicos contextos socioculturais, que são externos e internos ao corpo. Nesse sentido, a metáfora do tecido simbólico do corpo só pode ser compreendida por meio da dialética entre o biológico e o cultural, de modo que o simbólico e o biológico configuram um corpo sistêmico e interdependente (Figuras 1, 4 e 5).

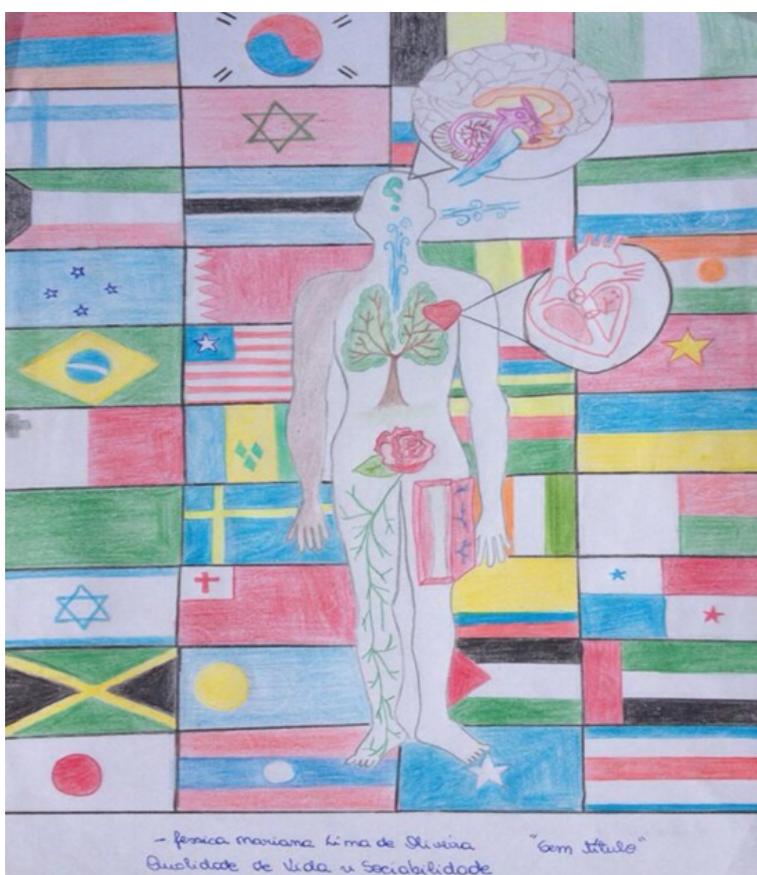


Figura 1. O corpo como diversidade, cultura, razão e emoção.

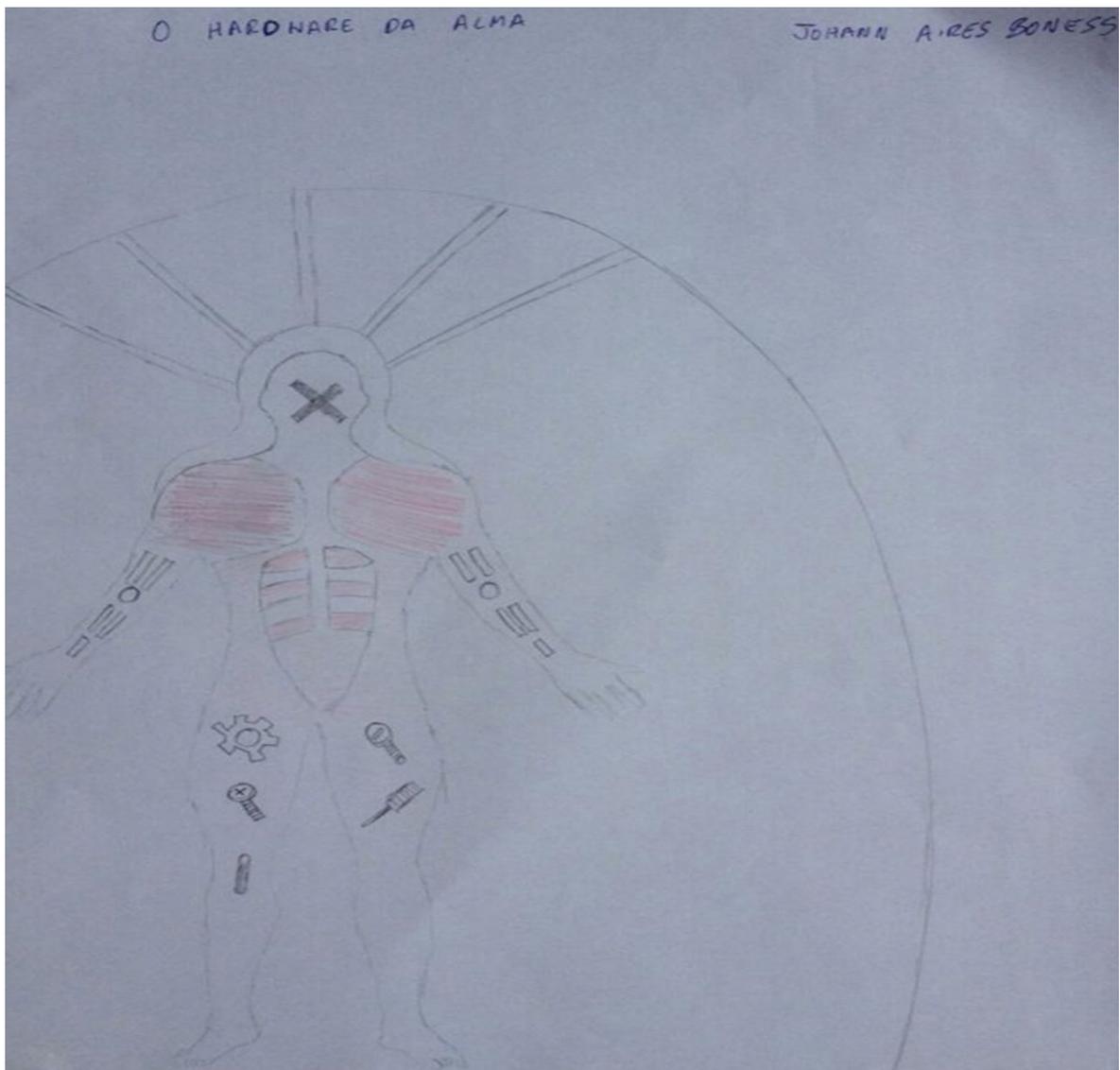


Figura 2. O corpo como tecnologia – o corpo cyborg.



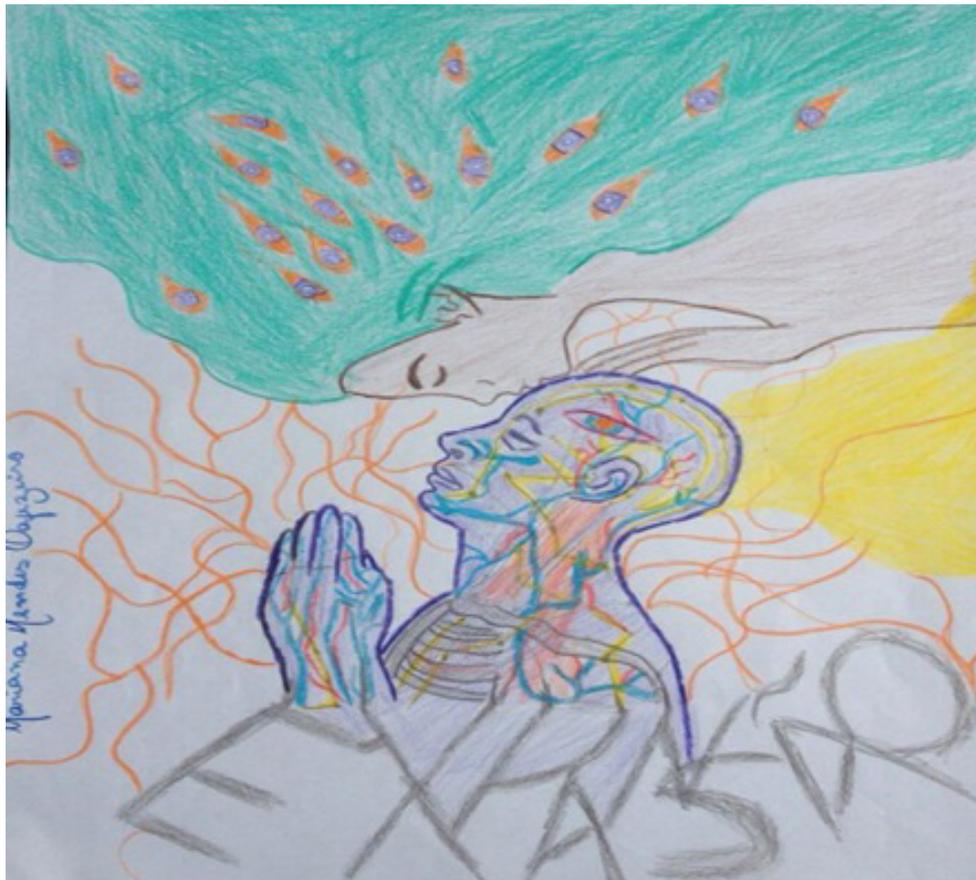


Figura 3. O corpo como subjetividade, liberdade, potência e transgressão.



Figura 4. O corpo sógnico e seus múltiplos referenciais e itinerários de cuidados.



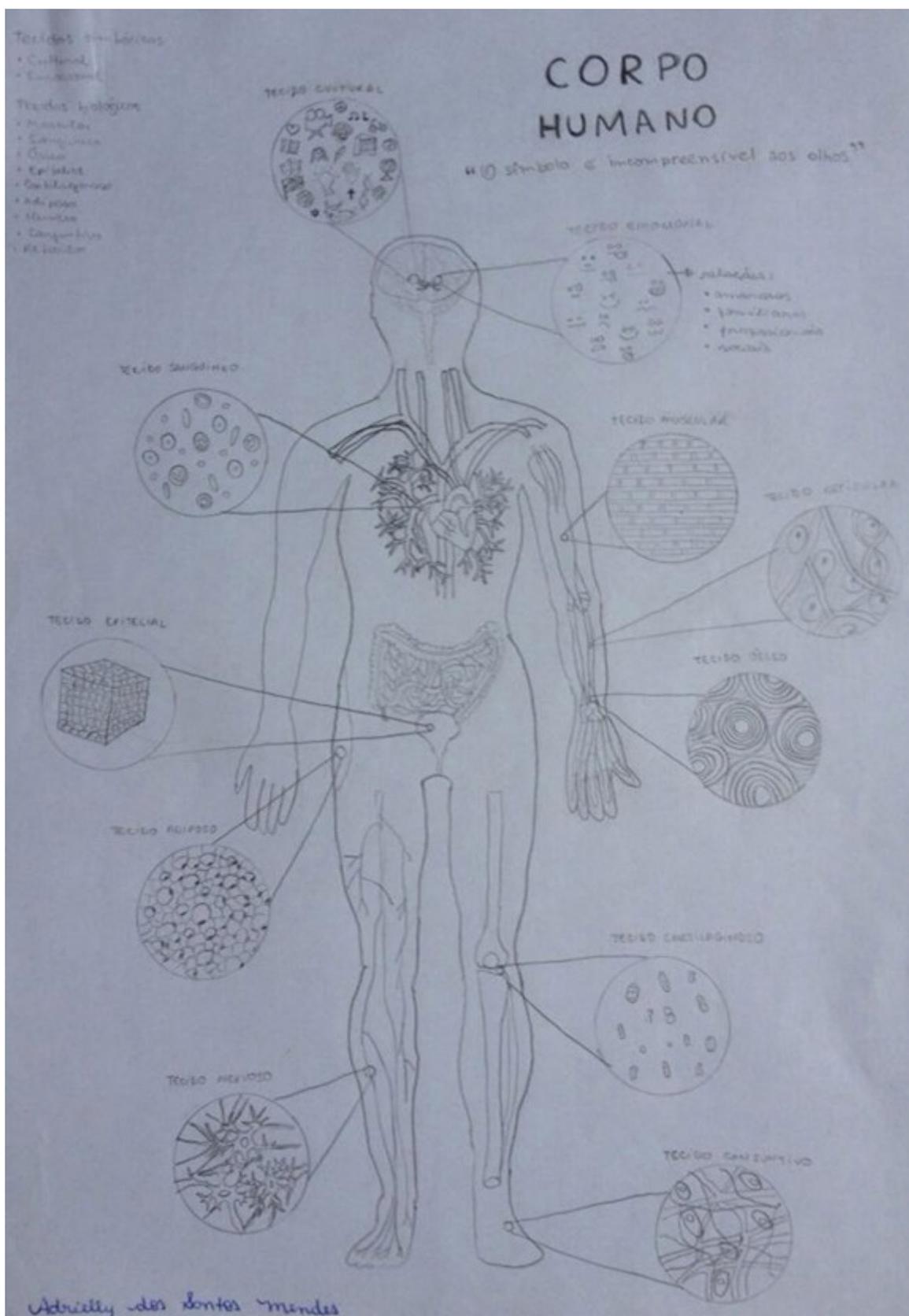


Figura 5. O corpo como unidade entre o biológico e o simbólico.



No primeiro momento de discussão sobre os desenhos, emergiu entre alguns estudantes a impossibilidade de se pensar um conceito sobre tecido simbólico e situá-lo no corpo. Destacou-se também a dificuldade destes estudantes de integrar os tecidos (biológico e simbólico) na construção do corpo. Para eles, esse processo era dificultoso, pois não experienciavam continuamente essa integração e articulação de saberes, tanto em componentes curriculares biológicos como nos socioantropológicos do curso. Esse aspecto parece sinalizar que a construção da interdisciplinaridade na formação, nesse caso na área de Saúde, é um dos principais desafios, mas que deve ser encarado pelo BI em Saúde, considerando os importantes resultados do ensino e prática interdisciplinar em saúde que podem ser encontrados com maior detalhe em experiências anteriores descritas por Teixeira e Coelho (2014), Demétrio et al. (2016), Santana et al. (2016), Souza e Demétrio (2016) e Magalhães-Santos e Demétrio (2016).

Para a maioria dos estudantes, o tecido simbólico se configurou como uma constituição subjetiva e das vivências do corpo. Segundo eles, este tecido tem lugar na estrutura cognitiva do corpo-pessoa que se retroalimenta e interage, de forma dinâmica e complexa, com a simbólica social. Esse corpo “tanto é moldado culturalmente quanto habita a ordem simbólica, ultrapassando a dimensão física, integrando-se em outras dimensões à teia das relações e normas sociais, às atividades e ao meio ambiente, associando-se também às representações da pessoa.” (SEPARAVICH; CANESQUI, 2010; p. 251).

Emergiu ainda a compreensão de que a biologia (incluindo os tecidos biológicos) do corpo também apresenta uma simbólica, denominada pelos estudantes de “simbólica científica”, a qual advém da relação entre atores que compõem um dado campo de saber (geralmente, hegemônico) e contexto, e de uma formação cultural-científica mecanicista e positivista que orienta a epistemologia das ciências da saúde, qual seja a cultura biomédica. Ao final do exercício reflexivo e artístico, depreendeu-se de suas falas sobre os desenhos que o corpo humano assume metáforas na qual tanto os tecidos biológicos como o simbólico são preenchidos por um conjunto particular de significantes e significados, que são internos e externos ao corpo, cujo significado é o corpo súnico.

O desenho ilustrado na figura 4, que representa o corpo na busca por diferentes formas de cuidados em saúde-doença (do popular, religioso, espiritual ao biomédico), por exemplo, expressa que não só o corpo é súnico e polissêmico, mas, a saúde, doença, cuidado e cura também. Isso porque todas as sociedades, das consideradas modernas às tradicionais, formulam saberes, regras, símbolos, valores e significados que orientam os grupos sociais sobre as formas de intervir nos processos saúde-enfermidade (MENEDEZ, 1994; SEPARAVICH; CANESQUI, 2010; LE BRETON, 2011). Além disso, essa ilustração provoca a reflexão sobre a necessidade de pensar um conceito ampliado de cuidado do corpo em saúde que integre as múltiplas racionalidades médicas e os distintos modelos de referência, respeitando suas lógicas culturais específicas.

Por meio dessa atividade simbólica, os estudantes se sentiram provocados a ressignificar a visão “anatomopatológica” do corpo e a integrar o saber e o sentir na produção de saúde e cuidados, tanto no plano individual como coletivo, em consonância com suas singularidades.

A realização dessa atividade no módulo “Saúde, Cuidado e Qualidade de vida” desvelou a (trans)formação do olhar dos estudantes, com desenvolvimento e ampliação de outros horizontes de perspectivas de olhar o corpo e a saúde-doença, a exemplo do olhar artístico. O uso da arte na saúde pode possibilitar o envolvimento com maior sensibilidade e densidade comunicacional diante do sofrimento do sujeito com enfermidade ou de algum problema de saúde enfrentado individual ou coletivamente, inspirando-os à construção de



novos modos de cuidar do corpo-pessoa, responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerá-lo em sua integridade física, psíquica e sociocultural, e não somente de um ponto de vista biológico. Espera-se, dessa forma, alcançar na arte de cuidar do “profissional- usuário do serviço de saúde” o que Lévi-Strauss (1975) cunhou de eficácia simbólica.

REFLEXÕES FINAIS

Essa experiência metodológica possibilitou aos estudantes do BIS da UFRB compreenderem, por meio do exercício reflexivo interdisciplinar, que as dimensões vivenciais e antropossociais do corpo são indissociáveis da dimensão física na compreensão do processo saúde-doença-cuidado.

Nesse sentido, tanto o corpo biológico como o socioantropológico são formados por significantes e significados que resultam em um só corpo: o corpo sócio.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Prefácio - O contexto histórico do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no Brasil. In: SANTANA, L. A. A.; MEIRELES, E.; OLIVEIRA, R. P. **BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. 176p.

BARTHES, R. **Elementos de semiologia**. 4. ed. São Paulo: Cultrix, 1996.

COSTA, C. R. B. S. F.; SIQUEIRA-BATISTA, R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. **Rev Bras Edu Méd**, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2004.

DEMÉTRIO, F.; ALVES, V. S.; BRITO, S. M. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: a concepção positiva de saúde como referencial (re)orientador do modelo de formação. In: SANTANA, L. A. A.; MEIRELES, E.; OLIVEIRA, R. P. **BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. 176p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 47ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural II**. Rio de Janeiro: Tempo Universitário; 1975.

LOYOLA, M. A. Sexualidade e medicina: a revolução do século XX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 875-899, 2003.

MAGALHÃES-SANTOS, C. M.; DEMÉTRIO, F. Uma experiência com Diplegia Espástica Cerebral e os devires do (meu) ser pessoa e Bacharel(anda) em Saúde: problematização e reflexividade acerca de o normal e o patológico à luz de Georges Canguilhem. In: HENRIQUE, F. C. S.; BITTENCOURT, L. J.; CORDEIRO, R. C. **Saúde Coletiva em destaque**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: MAUSS, M. **Antropologia e sociologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 401-420.

MENÉNDEZ, E. L. La enfermedad y la curación: ¿qué es medicina tradicional? **Alteridades**, Iztapalapa, v. 4, n. 7, p. 71-83, 1994.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P.; SOARES, M. D.; KLEIN, S. O. T. O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. In: SANTANA, L. A. A.; MEIRELES, E.; OLIVEIRA, R. P. **BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos**. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. 176p.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Girando a lente socioantropológica sobre o corpo: uma breve reflexão. **Saúde e Soc.** v. 19, n. 2, p. 249-259, 2010.

SILVA, J. M. M. O desenho na expressão de sentimentos de crianças hospitalizadas. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 447-456, 2010.

SOUZA, F. F. D.; DEMÉTRIO, F. O (per)curso e a (trans)formação no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil: relato de experiência. In: SILVA, C. S.; FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. **Sou Bacharel em Saúde Coletiva**. Editora Digital Rede Unida, 2016 (no prelo).

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. **Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Núcleo Didático-Pedagógico. 2014.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes. 1984.

AVALIAÇÃO INTEGRATIVA: ALCANCES E DESAFIOS DE UMA METODOLOGIA AVALIATIVA INTERDISCIPLINAR

*Aline Maria Peixoto Lima
Amélia Borba Costa Reis
Diana Anunciação Santos
Jeiza Botelho Leal Reis
Micheli Dantas Soares
Nubia dos Reis Pinto
Sheila Monteiro Brito
Ticiano Osvald Ramos*

INTRODUÇÃO

Este capítulo tem o intuito de compartilhar as experiências e os desafios vivenciados pelas docentes da Unidade de Produção Pedagógica II (UPP II)¹, do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS)², no que tange, em especial, à construção, aplicação e análise da Avaliação Integrativa (AI), enquanto constituinte do processo avaliativo integrador. Tem-se por perspectiva trazer ao debate as suas potencialidades e fragilidades, objetivando fortalecer os elementos positivos que facilitam o processo de ensino-aprendizagem dentro das UPPs.

Os processos avaliativos integrativos foram pensados para possibilitar o estabelecimento de simetrias no diálogo entre os componentes das distintas áreas do conhecimento, promovendo um caminho diversificado nos contornos do saber-fazer-aprender dos profissionais de saúde. Para tanto, a integração parte do princípio da interdisciplinaridade³, a qual contribui para a efetivação da dialogicidade entre os atores envolvidos no processo, docentes e discentes. De acordo com Fazenda (1994, p.22), esta relação interdisciplinar entre docentes e discentes está caracterizada por um respeito mútuo às práticas do ensino, ainda que organizadas em disciplinas, e sobretudo “[...] por uma revisão das relações existentes entre as disciplinas e os problemas da sociedade”⁴. A didática interdisciplinar é transformadora, conforme a mesma, haja vista estar relacionada a trocas intersubjetivas e possibilitar também estimular o autoconhecimento sobre a prática de cada um e de si mesmo, para além do que a prática cotidiana revela.

1 O currículo do BIS “[...]organiza-se a partir de eixos integrativos horizontais e verticais, que funcionam como elementos centrais, em torno dos quais os saberes, de forma integrada, promovem um movimento de crescente complexidade. Nesse sentido, os semestres do curso são considerados como Unidades de Produção Pedagógica (UPP), estruturados em seis eixos temáticos [...]. Esses eixos articulam módulos, os quais são constituídos a partir da integração de núcleos de saberes da mesma área de conhecimento ou de áreas diferentes”.

2 Curso de graduação desenvolvido no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

3 Corresponde a um dos princípios norteadores do Projeto Pedagógico do Curso (PPC) do BIS.

4 É nesse sentido, que a avaliação integrativa também traz em seu escopo a inserção das experiências realizadas no componente prático PAR II, o qual trabalha envolvido diretamente com ações nas comunidades vulnerabilizadas.

Ademais, a perspectiva é transcender a visão que se tem dos discentes e docentes, constituídos apenas como seres cognitivos individualizados, considerando e refletindo sobre as diversas dimensões do indivíduo e sua relação com a coletividade por meio das relações sociais, culturais, afetivas, espirituais etc. Conforme Pereira (2005), tais processos avaliativos favorecem se pensar para além das verdades absolutas, dos critérios objetivos e das medidas padronizadas, permitindo ao discente uma ação consciente e reflexiva frente às situações avaliadas, dando robustez ao exercício do diálogo entre as teorias e as metodologias que substanciam os diversos campos do saber.

A partir da perspectiva freiriana de análise paradigmática podemos inferir que esta didática interdisciplinar deve partir, primeiramente, da compreensão do que seja a prática do ensino, ou da chamada docência. De acordo com Paulo Freire (1996), a prática do ensino exige alguns elementos fundamentais para que possa promover ao discente certa autonomia consciente do seu processo de aprendizado, seriam eles: i) não há docência sem discência, pois esta exige rigor de método e científico, respeito aos saberes dos discentes, criticidade, ética e reconhecimento cultural; ii) a prática do ensino não pode ser vislumbrada exclusivamente enquanto transferência de conhecimento, pois demanda apreensão da realidade, curiosidade, humildade para compreender que não é o único portador de conhecimento, bom senso, respeito à autonomia dos discentes e reconhecimento da necessidade de estabelecer trocas mútuas.

Embora os processos avaliativos integrativos que compunham as UPPs sejam a Avaliação Integrativa e o Seminário Integrativo (SI), para fins desta análise, apresentar-se-á pormenorizadamente as especificidades da AI em âmbito da UPP II. O foco de análise recaiu sobre esta avaliação específica, pois, como ressalta o PPC do BIS, a mesma constitui-se uma estratégia mobilizadora de aprofundamento das aprendizagens dos discentes. Assim, o princípio é articular os conteúdos trabalhados em cada um dos módulos que compõem os eixos integrativos, cujas discussões objetivam ampliar teórico-metodologicamente a compreensão sobre o conceito de saúde, as variadas formas de pensar os processos saúde-doença, itinerário terapêutico e morte, bem como novas perspectivas humanizantes da atuação profissional, pautando-se na confluência de técnicas científicas objetivas e subjetivas.

A apreciação das AI focalizou-se na UPP II, a partir de um recorte temporal que abarcou o período de quatro semestres letivos: 2015.2, 2016.1, 2017.1 e 2017.2. Ressalta-se que o semestre 2016.2 não foi contemplado nas análises, devido ao fato de supressão do mesmo do calendário acadêmico institucional.

Com base no PPC do curso do BIS, a elaboração da avaliação integrativa deve considerar a possibilidade de associar os conhecimentos discutidos no domínio dos componentes curriculares, os quais compõem as UPPs. No caso em questão, a UPP II tem como eixo integrador o módulo: Saúde, Cultura e Sociedade, composta por cinco componentes obrigatórios: i) Processos de Apropriação da Realidade II, ii) Cultura e Sociedade, iii) Estudos em Saúde Coletiva, iv) Biociências e v) Laboratório de Língua Inglesa. A ideia é que os distintos conhecimentos facilitem aos discentes identificarem as suas potencialidades, aos docentes reconhecerem possíveis falhas no processo de ensino-aprendizagem, assim como, para ambos, buscar novas estratégias de superação das dificuldades elencadas. Por conseguinte, tais avaliações integrativas foram gestadas pelas(os) docentes que ministram os componentes obrigatórios supramencionados, por meio das discussões suscitadas em reuniões pedagógicas da UPP II, efetivadas semanalmente, com exceção do componente Laboratório de Língua Inglesa.

Destarte, a discussão do presente registro dar-se-á a partir da apreciação de quatro

elementos fundamentais: 1) a construção do processo avaliativo integrador, respondendo às seguintes questões basilares: como procedeu-se os processos de elaboração das AIs? E quais as estratégias de integração dos componentes e seus conteúdos utilizadas? 2) a aplicação do processo avaliativo integrador, pormenorizando os distintos modelos de AI aplicados em cada semestre selecionado no estudo: mapa conceitual, análise reflexiva de artigo científico, café integrativo e texto discursivo integrador; 3) o exame do processo avaliativo integrador, considerando as seguintes questões: as idiossincrasias de cada componente; a perspectiva das(os) docentes; os elementos de cada modelo aplicado, responsável por mobilizar os conhecimentos; o exercício do fazer e do pensar a interdisciplinaridade; e o quanto e como distancia-se e/ou aproxima-se da proposição descrita no próprio PPC do BIS; e, por fim, 4) descrever os desafios enfrentados e os avanços alcançados, os quais fortalecem a função da avaliação integrativa vislumbrada como processo avaliativo integrador dos distintos conhecimentos científicos, os quais compõem as diversas áreas do conhecimento.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DAS AVALIAÇÕES INTEGRATIVAS

Essa subseção visa apresentar os processos de construção da AI no âmbito dos quatro semestres letivos referentes à partilha dessa experiência, tais sejam: 2015.2, 2016.1, 2017.1 e 2017.2.

A construção interdisciplinar teve como ponto de partida a compreensão, por parte dos docentes envolvidos, da proposta do Projeto Pedagógico do BIS da UFRB. Tal proposta é fundamentada pelos princípios que orientam as ações de ensino como: o compromisso com o meio ambiente e com a cultura do Recôncavo Baiano, a formação humanística dos discentes, flexibilização dos currículos e autonomia para aprender, bem como a articulação entre os campos do saber, atualizando-os constantemente. Entre as competências e habilidades estruturantes do curso, ressaltamos: a compreensão da realidade partindo do local, o agir ético e transformador, a interdisciplinaridade, a autonomia e a comunicação (UFRB, 2014).

Essa compreensão, por si, pode ser considerada um aspecto fundante para a participação efetiva docente, demonstrada por adesão ou não às atividades de um exercício interdisciplinar, que no cotidiano se traduz em frequentes reuniões, partilhas, construções e avaliações compartilhadas semanalmente. Isso se evidenciou por aderência ao trabalho interdisciplinar da maioria das/dos docentes da UPPII ao longo dos semestres. Assim, os grupos de trabalho foram constituídos semestralmente por docentes dos componentes que integram essa UPP (Processo da Apropriação da Realidade II, Biociências, Estudos em Saúde Coletiva e Cultura e Sociedade), contando-se com a efetiva participação de 05 docentes em 2015.2; 07 em 2016.1; 06 em 2017.1 e 09 docentes em 2017.2.

As construções interdisciplinares ocorreram em reuniões semanais, estabelecidas no início de cada semestre letivo, de acordo com um turno em comum disponível pelos docentes para tais encontros, os quais contavam com cerca de duas horas de duração. A fim de coordenar as atividades a serem realizadas, semestralmente também era eleita uma docente como coordenadora do grupo. Esta docente, junto com os demais, tinha as seguintes atribuições: i) estruturação do cronograma de atividades; ii) registro de encaminhamentos e demandas de cada encontro; iii) elaboração do relatório das atividades desenvolvidas para encaminhamento à coordenação do BIS.

Na primeira e segunda semanas de aula essas reuniões versavam sobre as impressões docentes de cada turma, pontos de interesse e de dispersões evidenciados aos primeiros encontros, seguidos das trocas dos planos de cada componente curricular (ementas, con-

teúdos, cronogramas, referências e atividades). Durante a partilha dos planos de curso era possível perceber conexões de conteúdos, estabelecendo os exercícios de trocas de materiais, dinâmicas e referências. Esta dinâmica tinha como propósito promover a complementariedade dos conteúdos e a não sobreposição de temas.

Esse planejamento compartilhado entre os componentes foi, por vezes, determinante para que conteúdos e suas atividades correspondentes fossem reordenados nos cronogramas dos componentes, a fim de favorecer sincronia e continuidade de discussões complementares.

A partir deste compartilhamento foi possível evidenciar particularidades das turmas, aderência com a proposta do BIS e do fazer interdisciplinar, na perspectiva dos discentes, bem como as dificuldades docentes para esse exercício. A cada semana os docentes apresentavam avanços, modificações, limites para concretização das atividades planejadas. Oportunidade, na qual proposições eram formuladas. As trocas docentes também promoveram o contato e a familiarização com conteúdos de outros componentes, propiciando a vivência interdisciplinar.

O Projeto Pedagógico do Curso do BIS define que o eixo da UPP II é “Saúde, Cultura e Sociedade”. Com base neste os modelos/formatos das AI foram formulados. Desse modo, em 2015.2 definiu-se como modelo da AI um mapa conceitual; já em 2016.1, tomou-se como modelo a elaboração pelos estudantes de um texto dissertativo, com base em um trecho de um artigo científico que relatava um caso a partir de situação clínica (AYRES, 2004). No semestre de 2017.1 adotou-se um Café Integrativo, que foi um café acadêmico com uso de dois elementos integradores: um artigo antropológico (MARTIN, s.d.) e um filme (“Fale com Ela”, de Pedro Almodóvar). Já em 2017.2, adotou-se o modelo de uma avaliação dissertativa tomando o próprio eixo da UPP como centralidade e refletindo sobre o papel da integração de componentes e seus conteúdos no processo formativo em saúde. Cada uma dessas estratégias será tratada com mais detalhes na subseção seguinte, que versa sobre a aplicação do processo avaliativo.

Quadro 01 - Sumário dos alcances, limites e sugestões das atividades da UPP II nos semestres: 2015.2, 2016.1, 2017.1 e 2017.2

SEMESTRE	ALCANCES	LIMITES	SUGESTÕES
2015.2	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhar de conteúdos dos componentes da UPP; - Realização da avaliação integrativa; - Processo de orientação coletiva para a avaliação e elaboração processual em etapas, com participação docente; - Correção coletiva da avaliação integrativa, em processo dialógico com discentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades para conciliar dias/horários para participação de todos os docentes em reuniões; - Dificuldades no diálogo com estudantes em função da avaliação integrativa, seu formato, peso, entre outros itens; - Envolvimento parcial dos docentes da UPP no processo avaliativo coletivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento da AI desde o início do semestre; - Necessidade de colaborar com a Comissão de Articulação do PAR, provocando uma maior integração na própria UPP e entre as UPPs I, II, e III; - Posicionamento institucional frente a recusa docente de participação integradora.



2016.1	<ul style="list-style-type: none">- Compartilhar impressões sobre a relação docente-discentes nas turmas;- Compartilhar de conteúdos e processos avaliativos dos componentes da UPP;- Realização da avaliação integrativa;- Correção coletiva da avaliação integrativa, em processo dialógico com discentes.	<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades para conciliar dias/horários para participação de todos os docentes em reuniões;- Dificuldades no diálogo com estudantes em função da avaliação integrativa, seu formato, peso, entre outros itens.	<ul style="list-style-type: none">- Posicionamento institucional frente a recusa docente de participação integradora;- Incorporação da carga horária de reuniões para todos os docentes envolvidos, em seus respectivos colegiados;- Articulação desde o início do semestre sobre o período da avaliação integrativa e seminário integrativo, de modo que, todas as avaliações, integrativas ou não, não aconteçam na mesma semana, o que ocasiona sobrecarga para os docentes e atraso na divulgação dos resultados.
2017.1	<ul style="list-style-type: none">- Compartilhar impressões sobre a relação docente-discentes em cada turma;- Compartilhar de conteúdos e processos avaliativos dos componentes da UPP;- Realização da avaliação integrativa;- Realização de atividade de extensão conjugada a AI.	<ul style="list-style-type: none">- Dificuldades para conciliar dias/horários para participação de todos os docentes em reuniões;- Dificuldades no diálogo com estudantes em função da avaliação integrativa, seu formato, peso, data de entrega, entre outros itens (menor que em outros semestres);- A correção coletiva da avaliação integrativa foi muito desgastante e tivemos que lançar mão de outras estratégias.	<ul style="list-style-type: none">- Articulação desde o início do semestre sobre o período da avaliação integrativa e seminário integrativo, de modo que, todas as avaliações, integrativas ou não, não aconteçam na mesma semana, o que também ocasiona sobrecarga para os docentes e atraso na entrega e divulgação dos resultados;- Planejamento da AI desde o início do semestre;- Necessidade de colaborar com a Comissão de Articulação do PAR, provocando uma maior integração na própria UPP e entre as UPPs I, II, e III;- Buscar e compartilhar referenciais teóricos sobre, por exemplo, comunidade e mapeamento comunitário.



2017.2	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhar impressões sobre a relação docente-discentes em cada turma; - Compartilhar de conteúdos e processos avaliativos dos componentes da UPP; - Realização da avaliação integrativa; - Sistematização da etapa avaliativa com estímulo à participação discente mais ativa no processo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades para conciliar dias/horários para participação de todos os docentes em reuniões; - Dificuldades no diálogo com estudantes em função da avaliação integrativa, seu formato, peso, data de entrega, entre outros itens (menor que em outros semestres). 	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento da AI desde o início do semestre; - Articulação desde o início do semestre sobre o período da avaliação integrativa e seminário integrativo, de modo que, todas as avaliações, integrativas ou não, não aconteçam na mesma semana, o que também ocasiona sobrecarga para os docentes e atraso na entrega e divulgação dos resultados; - Necessidade de colaborar com a Comissão de Articulação do PAR, provocando uma maior integração na própria UPP e entre as UPPs I, II, e III.
--------	--	---	--

APLICAÇÃO DO PROCESSO AVALIATIVO INTEGRATIVO

Esta seção tem por objetivo descrever a aplicação da AI. A cada semestre será apresentado o modelo de avaliação integrativa adotado, o elemento integrador e a suas respectivas definições. A descrição corresponde às etapas de aplicação, correção e devolução do resultado. A aplicação das AI foi sempre realizada em dupla, com resolução extraclasse e prazo de 15 dias para a entrega. Neste período foram disponibilizados momentos para a elucidação de dúvidas.

1. Semestre 2015.2: Mapa Conceitual

Elemento integrador: palavra-chave ou palavra geradora.

Neste semestre, o modelo utilizado de avaliação integrativa foi o Mapa Conceitual, que consiste na construção de um diagrama que indica a relação de conceitos em uma perspectiva bidimensional, procurando demonstrar as relações hierárquicas entre os conceitos pertinentes à estrutura do conteúdo. O fundamental para os discentes é a identificação dos conceitos básicos e suas conexões e os deles derivados; estas conexões levam à elaboração de uma teia relacional (ANASTASIOU; ALVES, 2007). A definição por este modelo deveu-se às possibilidades de exploração e integração dos conhecimentos e, adicionalmente, ao fato de os discentes já estarem familiarizados com esta estratégia.

Na etapa de planejamento houve, primeiramente, um alinhamento teórico e metodológico sobre a utilização de mapa conceitual entre o corpo docente, seguida da definição do tema gerador ou palavra-chave, que, para a finalidade desta avaliação, foi a Promoção da Saúde, considerada pelos docentes um tema transversal. A seguir, foi elaborado um texto aos estudantes que continha os seguintes elementos: orientações sobre a elaboração do mapa conceitual, para a realização da avaliação e seus critérios avaliativos para a correção.

2. Semestre 2016.1: Texto dissertativo reflexivo

Elemento integrador: Artigo científico.

O texto dissertativo-reflexivo é uma metodologia avaliativa que objetiva desenvolver a capacidade da expressão escrita e a reflexão sobre um tema específico. A mobilização para elaborar o texto dissertativo foi um relato de caso que, por sua vez, objetivou aproximar os estudantes de situações concretas e, a partir destas, promover diálogos teóricos (ANASTASIOU; ALVES, 2007). Com este intuito, a avaliação integrativa do referido semestre foi definida como um texto dissertativo, a partir de um relato de caso, extraído do artigo científico – “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde” (AYRES, 2004). Desse modo, neste modelo de avaliação os estudantes deveriam expressar uma reflexão sobre o caso apresentado, considerando os aspectos conceituais trabalhados nos módulos que compõe o eixo Saúde, Cultura e Sociedade.

A avaliação foi lida para os estudantes, de forma coletiva com a presença de docentes de todos os módulos, promovendo um espaço para a elucidação de possíveis dúvidas.

3. Semestre 2017.1: Avaliação com questões discursivas

Elementos integradores: Filme, texto e debate na atividade de Extensão Café Integrativo – “Fale com elas”.

No semestre 2017.1 a avaliação integrativa incorporou um caráter de atividade de extensão, pois, o grupo de docentes propôs um evento chamado “Café Integrativo – Fale com Elas”. Este objetivou exibir o filme de Pedro Almodóvar – “Fale com Ela” e, após tal exibição, fomentar um debate entre os estudantes sobre os temas transversais ao texto e ao filme, mediado pelas professoras dos módulos da UPP II. Na semana que antecedeu o evento foi disponibilizado o texto da Cientista Social Emily Martin: “O óvulo e o esperma: como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho – fêmea”, como atividade preparatória para o debate após exibição do filme. A escolha deste artigo foi em virtude da viabilidade de integração das ciências biológicas, humanas e a área da saúde coletiva que compõe a UPP II.

Por conseguinte, o modelo de avaliação definido foi no formato de quatro (04) questões discursivas, com enunciados que apresentavam tanto elementos do filme, quanto do texto, estabelecendo conexões com os temas discutidos em cada um dos quatro módulos da UPP II. A elaboração contou com a participação ativa de todos os docentes da UPP. Assim, das quatro questões abertas, três (03) apresentavam enfoque mais específico e a quarta mais abrangente e interdisciplinar. Ao final do corpo textual da avaliação integrativa (AI) constavam as instruções para a elaboração, os principais elementos teóricos, conceituais e as referências bibliográficas sugeridas.

4. Semestre 2017.2: Texto dissertativo

Elemento integrador: o próprio eixo da UPP II - Saúde, Cultura e Sociedade.

No último semestre objeto desta descrição e análise, 2017.2, após alguns formatos e alguma experiência acumulada, o grupo de docentes definiu por uma avaliação nos moldes de um texto dissertativo, tomando por elemento integrador o próprio eixo da UPP - Saúde Cultura e Sociedade. A esta modalidade acrescentamos um cronograma que compreendeu todo o processo, desde a concepção do modelo, correção, devolução e a revisão final junto aos estudantes.

O modelo definido foi uma avaliação de questão única, para ser respondida com um

texto dissertativo, contendo no máximo duas laudas, nas quais, deveriam discorrer sobre a integração dos conteúdos dos módulos da UPP II (PAR II, Biociências, Estudos em Saúde Coletiva, Cultura e Sociedade), explicitando a sua importância para a formação em saúde. As referências a serem consultadas foram listadas ao final do documento avaliativo, dos respectivos módulos. O barema contendo os critérios de avaliação e o desempenho foram descritos logo após o enunciado da prova.

O planejamento interno do corpo de professores da UPP II, orientado por prazos que contemplaram todas as etapas do processo avaliativo foi um grande avanço nos processos avaliativos integrativos. Como resultados preliminares, a devolutiva a todas as duplas apresentando o barema, com as notas obtidas; ademais, para aqueles que obtiveram rendimento no intervalo de 0,0 – 2,0 (do total de 5,0) foi recomendado refazer a avaliação, no intuito do alcance dos objetivos propostos pela AI.

Por fim, avaliamos que a cada semestre foi possível qualificar o processo avaliativo, a partir da vivência do coletivo de docentes, o que viabilizou a correção de rumos ao longo dos quatro semestres descritos. Tais mudanças tiveram o intuito de aperfeiçoar os aspectos metodológicos da avaliação, e, sobretudo, concretizar o que está proposto no Projeto Pedagógico do BIS, tanto no que diz respeito ao processo formativo dos docentes, quanto aos alcances para a formação discente. Apresentamos ao final da seção um quadro resumo contendo: o modelo da avaliação, a respectiva descrição, a finalidade, o elemento integrador e o desempenho da turma, o que nos possibilitará perceber o comportamento do desempenho dos discentes diante dos distintos formatos.

Em continuidade, na seção seguinte será apresentada a apreciação da avaliação integrativa na perspectiva dos docentes quanto ao desempenho de discentes e o exercício do fazer e do pensar interdisciplinar.

Quadro 02 - Avaliação Integrativa na UPP II

Modelo/ semestre	Descrição	Finalidade	Elemento integrador	Desempenho da turma
Mapa Conceitual / 2015.2	Construção de um diagrama que indica a relação de conceitos em uma perspectiva bidimensional, procurando mostrar as relações hierárquicas entre os conceitos pertinentes à estrutura do conteúdo.	Identificar os conceitos básicos e das conexões entre esses conceitos e os deles derivados; estas conexões levam a elaboração de uma teia relacional sobre o tema Promoção da Saúde.	Tema integrador – Promoção da Saúde.	87 discentes realizaram a avaliação 90,8% obtiveram notas na faixa de 8,1 – 10,0
Texto dissertativo-reflexivo / 2016.1	Texto dissertativo para desenvolver a capacidade da expressão escrita e a reflexão sobre um tema específico a partir de um relato de caso.	Estabelecer conexões com os temas discutidos em cada um dos quatro módulos da UPP II com o caso apresentado na avaliação.	Artigo científico: “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde” (AYRES, 2004).	89 discentes realizaram a avaliação 47,19% obtiveram notas na faixa de 7,0 – 8,0 22,47% obtiveram notas na faixa de 4,0 – 6,9

<p>Avaliação com questões discursivas /2017.1</p>	<p>Quatro questões com enunciados que solicitavam, tanto elementos do filme, quanto elementos do artigo, requerendo como resposta a redação de um pequeno texto.</p>	<p>Relacionar elementos do filme e do texto, estabelecendo conexões com os temas discutidos em cada um dos quatro módulos da UPP II.</p>	<p>Atividade de extensão – Café Integrativo: “Fale com Elas” exposição de Filme e debate. Texto da Cientista Social Emily Martin: “O óvulo e o esperma: como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho – fêmea”.</p>	<p>76 discentes realizaram a avaliação 38,15% obtiveram notas na faixa de 4,0 – 6,9 28,94% obtiveram notas na faixa de 7,0 – 8,0 27,63% obtiveram notas na faixa de 8,1 - 10,0</p>
<p>Texto dissertativo /2017.2</p>	<p>Questão única dissertativa a partir do eixo Saúde, Cultura e Sociedade, enfatizando a sua importância para a formação em saúde.</p>	<p>Discorrer sobre a integração dos conteúdos dos módulos da UPP II (PAR II, Biociências, Estudos em Saúde Coletiva, Cultura e Sociedade), enfatizando a sua importância para a formação em saúde.</p>	<p>Referencial teórico dos módulos da UPP II.</p>	<p>106 discentes realizaram a avaliação 39,62% obtiveram notas na faixa de 8,1 – 10,0 31,13% obtiveram notas na faixa de 4,0 – 6,9 29,24% obtiveram notas na faixa de 7,0 – 8,0</p>

Fonte: Dados coletados pelos autores, 2018.

ANÁLISE SOBRE O PROCESSO AVALIATIVO INTEGRATIVO

Considerando o exposto no Projeto Pedagógico do Curso, a avaliação integrativa deve ser construída por todos os docentes que integram a UPP, os quais definem coletivamente o modelo e critérios de avaliação e, ainda, realizam a correção de modo coletivo e colaborativo. Todas as fases deste processo se inserem na programação de pauta das reuniões pedagógicas da UPP (UFRB, 2014; 2017).

Os critérios de avaliação compreenderam os seguintes itens: estruturação do texto, fundamentação teórica, integração dos conteúdos e uso de normas da ABNT. Esta foi realizada coletivamente, de modo que, os(as) professores(as) das respectivas turmas procederam com as correções juntos(as) e em duas sessões.

Em consonância com os princípios norteadores do BIS, o qual preconiza a articulação de diversos campos de saberes para compreensão de problemas/fenômenos/objetos de estudo, como caminho que pode contribuir para construção de conhecimento interdisciplinar (UFRB, 2014; 2017). Neste sentido, é possível supor que a realização das avaliações integrativas descritas neste texto constituiu estratégia mobilizadora favoráveis a esta construção, cujo alcance afetou tanto discentes quanto docentes.

Considerando a perspectiva docente, as avaliações integrativas, desde a concepção à correção, nos termos expressos na trajetória dos quatro semestres, possibilitou o diálogo interdisciplinar entre os docentes, na medida em que esta exigiu o compartilhamento de conteúdo e o diálogo sobre pontos de intersecção e/ou da convergência de múltiplos olhares acerca de um determinado objeto de estudo.

Por seu turno, do ponto de vista dos estudantes é possível supor que para além do

esforço de agregar e sintetizar os conhecimentos dos módulos da UPP, a estratégia de realizar a avaliação em duplas e/ou trios e, ainda, fora da sala de aula favoreceu movimentos atitudinais valorosos à consecução de práticas interdisciplinares.

A realização da avaliação de forma compartilhada teve a intencionalidade de valorizar a construção coletiva, por meio do debate de ideias, opiniões, construção e desconstrução de percepções, na medida em que foi oportunizado aos estudantes debater o entendimento dos conteúdos e suas interfaces, ampliando o exercício do confronto de ideias e de construção de consensos.

Entendemos que esta foi uma estratégia que se constituiu como elemento catalisador para a criação de ambiente propício ao debate de ideia e amadurecimento da construção do conhecimento interdisciplinar. Desta forma, conjugou, a um só tempo, a intencionalidade de alcançar objetivos educacionais cognitivos (construção de conhecimento interdisciplinar) e atitudinais. Importa destacar que o estímulo ao diálogo e ao debate de ideias representam também dispositivos pedagógicos valorosos à consecução de objetivo educacional expresso no PPC do BIS de “promover formação que potencialize a produção integrada de saberes e práticas e a colaboração interprofissional (p. 21)”.

Constitui como referência no Projeto Pedagógico do BIS que a avaliação dos estudantes deve estar pautada tanto no processo de aprendizagem (avaliação formativa), como no seu produto (avaliação somativa) (UFRB, 2014; 2017). Podemos assumir que a valorização do processo de aprendizagem inerente à avaliação formativa conduziu os processos avaliativos integradores descritos nesta experiência. O objetivo precípua que mobilizou os docentes para a concepção das estratégias avaliativas foi: favorecer o diálogo e o debate entre os pares como caminho para o exercício de construir conhecimentos integrados, inter-relacionados e interdisciplinares.

Outra perspectiva que orientou o processo foi o entendimento que a avaliação não se dissocia do processo de ensino-aprendizagem; não é uma etapa posterior, mas se constitui ela mesma integrante do processo ensino-aprendizagem, em um movimento processual e dialógico. Com base nesta perspectiva, após a atribuição da nota, propiciava-se outro momento deste processo, qual seja: a devolutiva sobre a avaliação com os estudantes, com a finalidade de discutir os alcances e as lacunas observadas nos produtos.

Esta foi uma etapa na qual as avaliações foram discutidas com os estudantes e possibilitou a construção de argumentações em torno das ideias e conhecimentos construídos. Importa destacar que este foi um momento no qual as notas foram revisitadas à luz desta situação dialógica e dialética. Em determinadas condições, após discussão conjunta, os estudantes reelaboraram o texto ou seu produto avaliativo, o que significa dizer, que a avaliação integrativa não representou apenas a verificação de um conhecimento construído.

Diante destes limites e possibilidades, a aplicação de novas estratégias pedagógicas, formações e demais experiências integradoras direcionadas aos docentes e discentes se apresenta como um imperativo, a fim de que os objetivos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde sejam materializados a contento.

DESAFIOS E AVANÇOS

O desenvolvimento de práticas avaliativas integrativas configura-se como essencial à adequação à proposta pedagógica do BIS, que traz entre seus eixos norteadores a articulação entre os campos do saber e o desenvolvimento de autonomia para aprender, considerando uma aprendizagem ativa e significativa. O PAR se insere como um dos arranjos pedagógicos que possibilita experiências de aprendizado interdisciplinares, articuladas à

vivência de uma dada realidade social (SOARES et. al., 2016).

Nesta perspectiva, praticar a interdisciplinaridade já apresenta seus próprios desafios, e implica na necessidade de reflexão contínua sobre a concepção da avaliação como etapa inerente à síntese e ao aprimoramento do conhecimento, extrapolando a verificação de aprendizagem e atribuição de notas. Na prática, avaliar este processo de produção de um conhecimento, supostamente mais amplo e articulado, encontra alguns importantes desafios. Com base na experiência vivenciada na UPP II no período, foi possível elencar como desafios a necessidade de formulação de instrumentos avaliativo de caráter interdisciplinar, de articulação entre os docentes de cada módulo em todas as etapas do processo, de flexibilização da aplicação das avaliações integrativas, assim como, o estabelecimento de critérios de correção/verificação de aprendizagem e atribuição de notas.

A formulação de diferentes instrumentos de avaliação integrativa deve contemplar, além da integração dos conteúdos trabalhados na UPP, as características de cada turma e/ou realidade social vivenciada e a articulação entre teoria e prática. Para este fim, o esforço coletivo na identificação, elaboração e discussão de metodologias avaliativas é crucial a participação ativa dos docentes nas reuniões pedagógicas semanais.

O processo avaliativo encontra ainda dificuldades no diálogo com estudantes em função da avaliação integrativa, no tocante ao seu formato, peso, critérios de correção e atribuição de notas. A inclusão da etapa de revisão dialogada das avaliações integrativas possibilitou ao estudantes assumirem um papel mais ativo no processo, com identificação de lacunas na aprendizagem, oportunidade de aprofundamento dos conteúdos estudados e de (re) elaboração de argumentos mais consistentes e articulados, após análise dialógica com os docentes. Este tem se configurado como um importante momento na trajetória da aprendizagem.

Alguns avanços foram percebidos a partir desta experiência, a saber: prática interdisciplinar entre docentes, priorização do espaço de diálogo e construção das estratégias de consolidação da interdisciplinaridade, fortalecimento da relação com os estudantes, desde a orientação preparatória para as avaliações, estímulo à participação ativa dos mesmos, superação da avaliação como mera verificação da aprendizagem, promoção de experiências avaliativas que favorecem a abertura ao diálogo, debate de ideias e construção de conhecimento, intra e extra classe.

Adicionalmente, destaca-se o aprendizado produzido no processo ao longo dos semestres letivos, representado por um exercício constante de aplicação reflexiva dos princípios pedagógicos norteadores do curso, com impacto no processo formativo dos docentes e estudantes.

Como contribuição à consolidação da AI nas UPP do BIS, destaca-se a necessidade de planejamento da AI desde o início de cada UPP, articulação do cronograma de avaliações de cada módulo, de modo a reduzir a sobrecarga para docentes e discentes e atrasos na divulgação dos resultados, e posicionamento institucional frente à recusa docente em participar das atividades integrativas.

REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (Orgs.). **Processos de ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville/SC: UNIVILLE, 2007, 155p.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set./dez. 2004.



FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 16. ed. Campinas: Papi-
rus, 1994. (Coleção Magistério: formação e trabalho pedagógico).

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo:
Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

MARTIN, E. **O óvulo e o esperma: como a ciência construiu um romance baseado em pa-
péis estereotípicos macho-fêmea**. Trad. Fernando Manso. Disponível em: <[http://www.
necso.ufrj.br/Trads/O%20ovo%20e%20o%20esperma.htm](http://www.necso.ufrj.br/Trads/O%20ovo%20e%20o%20esperma.htm)Erro! **A referência de hiperlink
não é válida**>. Acesso em: 25/07/2017.

PEREIRA, M. L. de C. Repensando a avaliação escolar: desafios e perspectivas. IN: **Revista
Paidéia**, ano IV, n. 03, p. 89-98, 2005.

UFRB. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. **Projeto Político Pedagógico do Curso
do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Santo Antônio de Jesus, 2014.

UFRB. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. **Projeto Político Pedagógico do Curso
do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Santo Antônio de Jesus, 2017.



O DIÁRIO REFLEXIVO DE ENCONTROS INDIVIDUAIS E COLETIVOS COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA E AVALIATIVA NA FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

*Fábio Costa da Anunciação
Fran Demétrio*

NOTAS INTRODUTÓRIAS

O presente capítulo é oriundo de trabalho de pesquisa de conclusão de curso do primeiro autor, que ao se deparar nos cenários do componente curricular intitulado “Saúde, cuidado e qualidade de vida”, do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) sentiu-se afetado pela magnitude de efeitos transformadores no seu processo de aprendizagem que o Diário Reflexivo de Encontros Individuais e Coletivos (DEDICO) proporcionou. A partir dessa experiência, buscou-se estudar sobre o uso pedagógico do Diário Reflexivo na formação interdisciplinar em saúde.

Na atualidade, o surgimento de uma complexidade crescente nos diversos setores da vida e em âmbito mundial, nacional ou local tem exigido das pessoas o desenvolvimento de capacidades mais amplas e profundas no que tange aos atos de pensar, sentir e agir, os quais necessitam estar concatenados a um comprometimento com as questões do entorno em que se vive (BERBEL, 2011).

Nesse sentido, os sistemas educacionais precisam se reorientar no intuito de oferecer novas alternativas às demandas que lhes são apresentadas pelo contexto histórico, social, político, econômico, cultural de nossa época, pois, como afirma Siebiger (2010):

Reformas educativas são construções de um quadro legal e burocrático, geralmente proposto por políticos, para responder a determinados problemas e produzir efeitos mais ou menos coerentes com projetos mais amplos de um governo ou um sistema de poder. (SIEBIGER, 2010, p.120).

No Brasil, a partir do Processo de Bolonha, (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008) outras perspectivas foram vislumbradas a fim de transcender à crise da universidade brasileira, a qual se mostrava velha e debilitada e apresentava premência por uma reforma que de fato implicasse profunda reestruturação das instituições, com o intuito de torná-las instrumentos de emancipação de sujeitos e promotoras de equidade.

As discussões e análises que se desenvolveram sobre as propostas de reforma universitária no Brasil conduziram a uma concepção de universidade intitulada de “Universidade Nova”, a qual, sucintamente, enquanto proposta, compreende a implantação de um regime de três ciclos (pré-graduação, graduação e pós-graduação), mediante a criação de uma modalidade de cursos chamada Bacharelados Interdisciplinares (BI), efetivada em 2008 na Universidade Federal da Bahia, cujo principal objetivo era a reestruturação do ensino de

graduação através da implantação do regime de ciclos. Essa nova modalidade de formação passa também a ser implantada em mais duas outras Universidades Federais da Bahia, na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) (ALMEIDA FILHO, 2007; SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008; SIEBIGER, 2010). A implantação dessa proposta na formação em saúde se justifica na medida em que o regime de ciclos abre a perspectiva de uma formação que prepare o profissional em saúde para atuar na defesa e construção de um mundo onde prevaleçam princípios éticos de equidade e solidariedade (ALMEIDA FILHO et al, 2014, p.340).

Esse novo modelo de educação universitária objetiva provocar uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade —, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva (MITRE et al, 2008, p. 2134)

Para tanto, faz-se necessário estabelecer novos processos e estratégias metodológicas, as quais acompanhem e respaldem as mudanças em curso. Nesse sentido, amparar o aprendizado na autonomia possibilitará e dará mais importância ao domínio de estratégias de ensino que ultrapasse os limites da simples acumulação de conteúdos. Ao mesmo tempo, outorgar um novo papel a materiais didáticos permitirá a construção de conhecimentos significativos pelo fato de possibilitar o protagonismo do estudante no processo de ensino-aprendizagem (COTTA; DA COSTA; MENDONÇA, 2013, 2015).

Uma proposta metodológica de ensino que tem ganhado destaque por ser considerada ativa, problematizadora, participativa, mobilizadora e progressiva é a construção de Diários Reflexivos e também Portfólios Reflexivos, sendo que o primeiro aproxima-se, referencialmente em termos de origem e estrutura, do diário de campo da antropologia/etnografia, já o segundo se refere a uma narrativa de caráter mais biográfico abordado no campo da educação (DE OLIVEIRA et al, 2013).

Na criação e desenvolvimento do Diário Reflexivo, as vivências e as reflexões de quem o desenvolve são concomitantes e aí reside a sua riqueza e relevância, pois como assevera Silva (2009, p. 181) “uma cena etnográfica só é confiável quando o etnógrafo se inclui na paisagem desenhada. É preciso que haja um ajuste de perspectiva entre a silhueta traçada de si próprio e a paisagem em volta”. Já o Portfólio Reflexivo permite o acesso não só aos conhecimentos vivenciados, mas também aos significados atribuídos por aquele que o elabora, o qual leva em consideração as circunstâncias em que ocorreram, e o modo como os significados reconstróem as práticas (SÁ-CHAVES, 2005).

Buscando aproximar as estratégias metodológicas supracitadas é que surgiu a proposta de criação do Diário Reflexivo de Encontros Individuais e Coletivos (DEDICO) no componente curricular “Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida” do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Esse componente tem como ementa o estudo socioantropológico sobre a experiência de adoecimento, corpo e corporeidades, representações sociais e práticas em saúde/doença e itinerários de cuidados, etnoepidemiologia, além da interface entre o processo saúde--doença-cuidado e fenômenos sociais contemporâneos, como o racismo, a violência, as relações de gênero e as desigualdades sociais (DEMÉTRIO; ALVES; BRITO, 2016). A proposta engendrada vislumbra contemplar diretrizes pedagógicas que conformam o Projeto Pedagógico do BIS da UFRB (UFRB, 2014) nas quais o educador deve assumir uma postura facilitadora/mediadora e transformadora no processo ensino-aprendizagem, estruturando cenários de aprendizagem que sejam significativos e problematizadores para o campo da saúde. Além disso, pensou-se na utilização de uma ferramenta metodológica e avaliativa que possibilitasse uma maior densidade vivencial e sensibilidade face aos temas e processos estudados no

componente curricular em questão. Pretende-se, dessa maneira, que as ações de ensino e aprendizagem possibilitem aos estudantes o desenvolvimento de uma postura ativa, participativa, reflexiva e ancorada em um olhar novo e transformador da realidade em que se vive.

Assim, este estudo teve como objetivo analisar as contribuições do DEDICO como estratégia metodológica e avaliativa para o ensino e aprendizagem no componente curricular “Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida” no BIS da UFRB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de base documental. A abordagem qualitativa de pesquisa possibilita a apreensão da essência dos significados e traz à luz motivos e aspirações, revela atitudes, crenças e valores que são fundamentais não só no processo de descrição, como também na compreensão dos fenômenos que envolvem o ser humano e suas relações socioculturais (MINAYO, 2013).

Quanto à opção pela análise documental corroboramos com Pimentel (2001, p. 180) ao asseverar que: “estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas, sejam pesquisas historiográficas, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta”.

Analisa-se também a experiência docente, a fim de mostrar em que medida a utilização pedagógica do DEDICO conseguiu afetar e sensibilizar os atores envolvidos nas cenas das aulas (intramuros e extramuros acadêmicos) à emergência de discussões e reflexões acerca dos conteúdos programáticos abordados no processo de ensino-aprendizagem.

A pesquisa foi realizada tendo como documento base os DEDICOs produzidos no componente curricular Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida, os quais se configuraram como documentos originais ou fontes primárias. Esta fonte de dados permitiu analisar as suas contribuições como estratégia metodológica e avaliativa para o ensino e aprendizagem no referido componente e identificar a forma como são construídos e as relações que são estabelecidas com o conteúdo programático, bem como com os temas contemporâneos abordados no contexto das aulas.

Foram analisados 18 (dezoito) DEDICOs elaborados durante o componente Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida nos anos 2013, 2014, 2015 e 2017, sendo 6 (seis) de cada ano. Os DEDICOs foram numerados cronológica e aleatoriamente conforme o ano em que foi elaborado (1/2013, 2/2013... 6/2013; 1/2014, 2/2014... 6/2014 e 1/2015, 2/2015... 6/2015 e assim sucessivamente), de forma a possibilitar uma organização do acervo para posterior análise e apresentação dos dados. O objeto e/ou cerne de análise nos DEDICOs foram as produções em si, em suas diversas linguagens – formal, informal, artística, poética, metafórica - realizadas pelos estudantes.

Este estudo utilizou a Análise Temática (MINAYO, 2013) como técnica para a organização dos dados que engendram o material de pesquisa. Não obstante, é válido deixar claro que apesar da análise temática possuir inspiração na análise de conteúdo tradicional, a qual possui raízes positivistas, será utilizada a variante da análise temática que trabalha com os significados ao invés de investir nas inferências estatísticas.

Dessa forma, a Análise Temática (MINAYO, 2013) operacionalmente desdobra-se em três etapas: primeira etapa – pré-análise, segunda etapa – exploração do material e terceira etapa – tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Sendo assim, fez-se a pré-análise, etapa na qual destacamos a leitura flutuante de 51 DEDICOs produzidos no período estudado, pois como afirma Minayo (2013, p. 316) isto nos permite: “contato direto e intenso

com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo”. A seguir, estabeleceu-se a constituição do corpus, no qual se destaca o cumprimento de normas que conferiram validade qualitativa: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Na segunda etapa – exploração do material, buscou-se encontrar os núcleos de compreensão do texto para tornar possível a categorização dos dados, o que se justifica a partir do que diz Cotta; Da Costa; Mendonça (2013, p.1850) “as categorias são classes que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico agrupados em razão das características comuns”. Após a agregação dos dados, foram escolhidas as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas (MINAYO, 2013).

Na terceira etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, investiu-se no tratamento dos dados a partir de uma análise temática consubstanciada por meio de recortes nas produções em unidades comparáveis e relacionadas com o referencial teórico utilizado neste trabalho no sentido de explorar os significados patentes e latentes das produções (dados) estudadas. Dessa forma, foi possível realizar interpretações e interrelações entre os achados e os referenciais teóricos utilizados, bem como com resultados oriundos de outros estudos.

Esta pesquisa não necessitou de avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar uma base documental de cunho pedagógico como fonte de análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material evidenciou que a elaboração do DEDICO revelou uma transcendência em relação à produção acadêmica alicerçada puramente no rigor técnico e metodológico. Isto se justifica na medida em que imprimiu liberdade construtiva e criativa ao não estabelecer modelo, roteiro ou normas de elaboração. O estudante possui, assim, autonomia para construir a atividade conforme suas predileções, conhecimentos prévios, habilidades e competências.

“Como não existem regras para se escrever em diário, este diário não trata apenas de registros de fatos ocorridos nas aulas, mas, sobretudo o abrir do coração para o registro desses momentos”. (01/2015)

“Acredito que essas formas que escolhi fazer meu Dedico são válidas, na medida em que estou pondo meu ‘eu’ no papel” (05/2013)

Os trechos supracitados revelam a importância do respeito à autonomia, uma vez que isto parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de produção, expressão e apreensão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, conhecer é transformar (MITRE et al, 2008).

Desse modo, ao se caracterizar como uma ferramenta metodológica e avaliativa que proporciona um processo de ensino e aprendizagem ativa, o DEDICO possui um enfoque metodológico que no dizer de Cotta; Da Costa; Mendonça (2013, p.1849) “se baseia na comunicação dialógica entre os diferentes sujeitos; a intenção é que os estudantes desenvolvam além de conhecimentos, atitudes e habilidades”.

Isso significa vivenciar um processo de construção e desconstrução por parte do professor na medida em que o educador também se educa ao longo do processo ao inserir, com outras indagações, novas perguntas referentes ao seu trabalho e à aprendizagem do

estudante. Quanto aos estudantes, através da seleção e reflexão dos conteúdos a serem transcritos no diário reflexivo, assumem a responsabilidade da sua própria aprendizagem e, ao selecionar os produtos desta, participam ativamente na indicação de critérios de qualidade e de parâmetros para a crítica de seu próprio trabalho (MONTEIRO; DA SILVA; TANJI, 2008; VIEIRA; DE SORDI, 2012).

Esse exercício solicita coragem para realizar este enfrentamento e lutar para que mudanças positivas, advindas de práticas pedagógicas emancipatórias e transdisciplinares proporcionadas pelas metodologias ativas, aconteçam no cotidiano acadêmico e com premência no intuito de garantir a oferta, ou ao menos tentar, de uma formação que entenda as pessoas em sua integralidade e intimamente ligadas ao universo que as cercam. Nesse sentido, “tais metodologias, ao compreenderem a complexidade do processo ensino-aprendizagem, assim como também seu caráter dinâmico, permitem a aprendizagem significativa, e não a memorização mecânica isolada” (GOMES; REGO, 2011, p. 560).

Desse modo, quando o estudante se utiliza de uma letra de música para manifestar o sentido que está conferindo à autonomia/liberdade criativa na elaboração do DEDICO denota que houve o entendimento da proposta da atividade e da própria estratégia metodológica.

*“Quem precisa de ordem pra moldar?
Quem precisa de ordem pra pintar?
Quem precisa de ordem pra esculpir?
Quem precisa de ordem pra narrar?
Quem precisa de ordem?”*

(Música Muito Obrigado, Mundo Livre S/A) (01/2014) apresentada no DEDICO num contexto de aula que discutia sobre “A ordem do discurso sobre o normal e o patológico no campo da saúde”.

A criatividade e autonomia são pilares que norteiam o DEDICO visto que é o estudante que o constrói, que o organiza e que o produz nas diversas linguagens, realizando reflexões à medida que ao registrar determinada atividade no diário elabora-se reflexão sobre o porquê desta seleção, da sua importância e da sua relação com o cotidiano que o cerca. Ademais, a elaboração do DEDICO, enquanto estratégia metodológica e de (auto) avaliação, favorece a promoção da autonomia por se caracterizar como uma atividade de aprendizagem que possibilita a existência de um comportamento em que há envolvimento pessoal, baixa tensão e alta flexibilidade em sua execução, além de percepção de liberdade psicológica e de escolha no exercício criativo (BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R., 2010; PRADO; SIMAS, 2012).

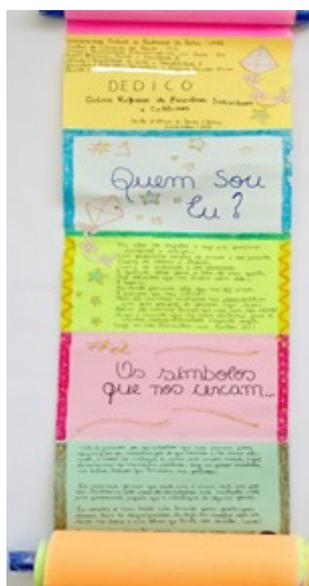
Por conseguinte, a análise permitiu identificar que os estudantes, na elaboração do DEDICO, passaram a utilizar também a linguagem artística - fotografia, música, imagens, poesia e pintura -, e mídias e redes digitais, paralelamente à linguagem formal e/ou acadêmica na elaboração de enunciados e reflexões, conforme podemos visualizar nas FIGURAS 1, 2, 3 e 4.

Figura 1 - DEDICO 01/2013



Fonte: arquivo dos autores

Figura 2 – DEDICO 02/2014



Fonte: arquivo dos autores

Figura 3 – DEDICO 01/2015



Fonte: arquivo dos autores

Figura 4 – DEDICO 04/2017



Fonte: arquivo dos autores

Este aspecto se mostra relevante porque a vida moderna, globalizada, e aqui inclui-se o mercado de trabalho como parte integrante, tem exigido cada vez mais um profissional criativo e com habilidades variadas para enfrentar os desafios que se interpõem no cotidiano.

De fato, o que vemos hoje no Brasil é que a reorientação das políticas e as mudanças na produção, distribuição e consumo de serviços tem engendrado modificações importantes sob a perspectiva de sua representatividade e amplitude no que diz respeito à organização do processo de trabalho em saúde, afetando, direta e indiretamente, a formação dos profissionais e dos trabalhadores deste setor (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013).

A diversificação da linguagem não ficou restrita às formas de elaboração dos DEDICOs, posto que os estudantes diversificaram também as referências que subsidiam teoricamente as atividades, extrapolando os textos de cunho científico e utilizando-se cada vez mais de músicas, poesias, fotografias e reportagens jornalísticas.

“Engenheiros do Hawaii tem uma letra para cada situação da vida. A cada aula, cada tema, algum trecho de alguma música passava na minha mente (...), por esse motivo decidi que o meu DEDICO seria baseado nas suas letras.” (03/2013)

Ficou evidenciado que os estudantes se utilizam de uma grande diversidade de referências na elaboração do DEDICO conforme a FIGURA 5.

Figura 5 – DEDICO 02/2015



Fonte: arquivo dos autores



A aprendizagem sugere a presença de redes de saberes e experiências, as quais são apropriadas e ampliadas pelos discentes em suas relações com os diferentes tipos de informações. Aprender se consubstancia, também, como a possibilidade de mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo erigidos e reelaborados nas interações sociais (BRASIL, 2014).

Este achado é condizente com a proposta do BIS e encontra respaldo nas ideias de Santos; Almeida Filho (2008, p. 201), os quais afirmam que o Bacharelado Interdisciplinar tem como objetivo:

[...] promover o desenvolvimento de competências e habilidades que possibilitarão ao egresso a aquisição de ferramentas cognitivas que conferem autonomia para a aprendizagem ao longo da vida, bem como uma inserção mais plena na vida social, em todas as suas dimensões. (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008).

A ampliação desta discussão é ainda mais relevante ao pensarmos na (ainda) dominação imposta pelo pensamento cartesiano no campo da saúde e, em particular, em sua formação. Isto, por sua vez, só aumenta em proporção e gravidade porque a racionalização se crê racional porquanto se constitui, pelo menos dentro de sua própria estrutura tanto em termos conceituais quanto práticos, um sistema lógico perfeito, fundamentado na dedução ou na indução, mas em verdade fundamenta-se em bases mutiladas ou falsas, e, de tal modo, não se mostra um caminho a se seguir sem as devidas reservas por negar-se à contestação de argumentos e à verificação empírica (MORIN, 2000).

Evidenciamos também que o caráter biográfico na construção do DEDICO não ficou circunscrito ao início da atividade, na qual os estudantes se apresentaram, mas permeou toda a construção a partir do momento que se mostraram originais, criativos e com clara expressão de características pessoais daqueles que o elaboraram.

“Nós não somos apenas um nome, somos nossas histórias, nossas marcas, nossas influências. Somos representações sociais! Muitas vezes nosso nome nem nos representa.” (03/2013)

*“Me olho no espelho e vejo um pisciano sensível e alegre...
Um pisciano capaz de amar e ser amado,
Capaz de sorrir e chorar” (01/2014)*

Estes trechos demonstram que apesar da proposta da atividade de construção do DEDICO ser comum ao grupo de estudantes, cada um percorrerá um caminho para alcançar o objetivo, imprimindo suas marcas, explicitando suas próprias características.

Assim, destaca-se que no campo educacional – ensino fundamental, médio, superior e formação de professores – é possível desenvolver um Diário Reflexivo, num processo de seleção e ordenação de elementos que reflitam a trajetória da aprendizagem de cada educando, mostrando assim os momentos mais significativos da aprendizagem de cada estudante. Além de colocar evidências sobre o seu percurso no diário e refletir sobre elas, os sujeitos também podem contrastá-las com as finalidades iniciais de seu processo de aprendizagem e as intenções dos professores (DE OLIVEIRA, et al. 2013; PRADO; SIMAS, 2012).

Nesta perspectiva, na medida em que o sujeito faz suas escolhas para a elaboração do instrumento ele percebe, por si só, a necessidade de justificá-las, enriquecendo-o ao elaborar uma escrita de si, de suas aprendizagens. Na elaboração desta escrita, o educan-



do é levado a refletir sobre as suas produções e as escolhas que fez ao longo do percurso para construir a si mesmo e o que pensa sobre o que faz. Deste modo, por vezes, o sujeito enxerga uma relação entre o conteúdo que lhe é ensinado com o seu dia a dia, com suas vivências cotidianas, fazendo com que o conhecimento passe a fazer sentido para o estudante (PRADO; SIMAS, 2012).

Ademais, ficou patente a existência de elementos etnográficos das vivências nas aulas e em suas várias cenas e cenários, a partir do momento em que os estudantes, ao elaborarem o DEDICO, levaram em consideração tanto o espaço/ambiente em que ocorreram as vivências e discussões, como também as demais pessoas envolvidas neste processo.

“Assim como imaginei as aulas são bem diferentes do semestre anterior, os alunos participam mais ativamente da construção, apesar de que o módulo demanda muitas atividades” (01/2013)

“Quando subtraídos, mesmo que momentaneamente, do sentido da visão, os colegas apresentaram um comportamento muito peculiar, caracterizado principalmente pela insegurança”. (05/2014) – relato extraído de DEDICO cujo contexto da aula permeava uma discussão sobre “Há uma crise do olhar na saúde?”

O entendimento que justifica a presença de elementos etnográficos se respalda no aspecto de que o estudante ao abordar o comportamento de seus pares está vivenciando a mesma situação, no mesmo momento e espaço, e mescla em seu discurso elementos que se referem a si próprio e ao outro.

Para uma melhor compreensão da representação do caminhar etnográfico devemos considerar Morin (MORIN, 2000, p.31) ao dizer que “na busca da verdade, as atividades auto-observadoras devem ser inseparáveis das atividades observadoras, as autocríticas, inseparáveis das críticas, os processos reflexivos, inseparáveis dos processos de objetivação”. Silva (2009, p.181) complementa com a assertiva: “é no jogo tenso entre aguda observação do entorno e introspecção como trampolim para se lançar na cena que episódios, situações, acontecimentos poderão adquirir sentido, significados legíveis”.

Portanto, quando o estudante consegue documentar, registrar e estruturar o próprio processo de aprendizagem, assim como suas ações e tarefas por meio de um discurso narrativo elaborado de forma contínua e reflexiva ele tem a oportunidade de vivenciar uma mudança em si mesmo e perceber essa mudança nos outros, o que, conseqüentemente, poderá possibilitar ao futuro profissional, inclusive, ir teorizando a própria experiência. (CUNHA, 1997; MARIN, et al., 2010).

De modo geral, os estudantes elaboraram os seus DEDICOs seguindo-se a ordem cronológica do plano de curso/encontros coletivos e que aliado ao que ocorre no ambiente da sala de aula foram agregados elementos do percurso e do ambiente/momento em que elaboraram a atividade.

“Hoje foi minha primeira aula (...).” (05/2013)

“Na nossa quarta aula foi exibido o documentário chamado ‘Janela da Alma’”. (02/2015) – contexto da aula versava sobre uma discussão acerca de “Ver e olhar, ouvir e escutar no cuidado em saúde”

Destaca-se que andar, ver e escrever constituem três fluxos que se encontram dinamicamente inter-relacionados, exercendo e sofrendo influências recíprocas (SILVA, 2009).



Importante destacar que apesar dos estudantes elaborarem os DEDICOs preponderantemente seguindo a ordem dos encontros coletivos, sob o prisma cognitivo isto não encontra amparo, pois os DEDICOs apresentam inter-relações entre os encontros, não possuindo linearidade em torno das interpelações, reflexões, análises e sínteses elaboradas.

O supracitado encontra respaldo em Cyrino; Toralles-Pereira (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004, p. 782) ao asseverar que: “aprendizado é um processo complexo; não acontece de forma linear, por acréscimo, de modo a somar alguns novos elementos ao que sabíamos antes. Estrutura-se mediante redes de conexão que cada sujeito faz”.

Outra constatação é que a partir da construção do DEDICO os estudantes passaram a extrapolar os próprios conteúdos abordados nos encontros em sala de aula, fazendo com que a estratégia metodológica deixasse de ter o caráter de relatoria da aula e se configurasse como uma estratégia que provoca reflexão, inquietação, questionamentos, dúvidas, aproximações teóricas, ressignificação de informações.

“Será que corpo é aquilo que vemos no espelho?” (04/2015) – contexto da aula versava sobre “As múltiplas abordagens sobre corpo e corporalidades no cuidado em saúde”

“Questionando-me sobre aquilo que acredito, resignificando momentos e visões, pude me desfazer de estilhaços desnecessários e aprender, aprender... aprender cada vez mais... e como isso é bom!” (02/2013)

“Hoje se vejo alguém com uma disfunção metabólica, consigo considerar além dos achados clínicos laboratoriais, percebo que há naquele sujeito uma cultura, signos, significados e práticas que dialogam ou discutem com minha forma de abordar, interagir e oferecer meus cuidados”. (05/2014) – reflexão oriunda de aula que discutiu sobre o modelo biomédico e clínica ampliada e compartilhada

A busca pelo estabelecimento de metodologias educativas transformadoras perpassa pelo engajamento do estudante em relação a novas aprendizagens, pela compreensão, pela escolha e pelo interesse, condição essencial à ampliação de suas possibilidades de exercitar a liberdade, a criatividade e a autonomia na tomada de decisões em diferentes momentos do processo que vivencia, preparando-o para o exercício profissional futuro (BERBEL, 2011).

A partir das considerações supracitadas, faz-se necessário trazer à baila que para além da postura dos estudantes no sentido de buscar consolidar metodologias ativas sugeridas e implementadas, esta é uma tarefa que deve perpassar e permear a atividade docente. Em relação ao DEDICO, isto não passou despercebido pelos estudantes.

“O termo ‘aluno’, entendido na sua literalidade como ‘sem luz’ já não fazia sentido ser utilizado. O docente se desvencilhou da posição de mestre, colocando-se no mesmo patamar que os estudantes”. (06/2015)

“Bem, o Dedico me fez refletir mais sobre as aulas, lembrando dos momentos que tive em aula, ajudando a apreender mais o assunto discutido e a ampliar meus conhecimentos” (06/2013)

O que se ergue hoje, e de forma premente, é a necessidade de mudança no processo de ensino e aprendizagem como está proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área de saúde, sendo que as mudanças devem invariavelmente per-



passar pelo protagonismo dos estudantes, os quais precisam vivenciar práticas emancipatórias de ensino para poderem aprender com liberdade (COTTA; DA COSTA; MENDONÇA, 2013, p.1850).

“(...) fica evidente a necessidade de uma reestruturação no modelo de formação e atuação dos profissionais de saúde, tornando-os capazes de fomentar um atendimento humanizado e voltado para reais aspirações do ‘paciente’”. (06/2015) – reflexão derivada de aula sobre “Humanização e integralidade do cuidado em saúde”

Por sua vez, isso se reflete na escuta do convite feito por parte do ensino em se detectar a urgência na (re)formação de profissionais que sejam, antes de tudo, cidadãos com grande capacidade de reflexão e criticidade e que se insiram na coletividade que tanto a população almeja e precisa. Daí a educação problematizadora fundamentar-se na relação dialógica entre educador e educando, o que, por sua vez, possibilita a ambos aprenderem juntos, por meio de um processo emancipatório (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004; GOMES; REGO, 2011).

Sendo assim, o ensino de novos conteúdos deve possibilitar ao estudante o auto-desafio no intuito de que ele se sinta motivado a avançar nos seus conhecimentos.

Para isso, é fundamental a realização de um trabalho que valorize não só os conhecimentos prévios dos estudantes como também suas experiências e história de vida, uma vez que isso conduzirá a um processo de continuidade e ruptura. Continuidade no sentido de que o conteúdo novo deve apoiar-se numa estrutura cognitiva preexistente e ruptura ao estimular, provocar e desafiar o estudante a sentir novas necessidades a partir de uma análise crítica na qual ele considere que é preciso ultrapassar a sua experiência, os estereótipos, as sínteses anteriores (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Esse caminhar nos permite pensar acerca da necessidade de novas racionalidades tanto no campo da educação, ao considerarmos o processo de ensino e aprendizagem, como também estender aos futuros profissionais da saúde que tiverem a oportunidade de uma formação não racionalizadora. Morin (2000, p. 23) nos ajuda a esclarecer este aspecto ao dizer que:

(...) a racionalização é fechada, a racionalidade é aberta. A racionalização nutre-se nas mesmas fontes que a racionalidade, mas constitui uma das fontes mais poderosas de erros e ilusões. Dessa maneira, uma doutrina que obedece a um modelo mecanicista e determinista para considerar o mundo não é racional, mas racionalizadora. (MORIN, 2000, p.23).

Sendo assim, fazem-se necessárias mudanças de pensamento e de postura no que diz respeito ao processo de ensino e aprendizagem para que ganhe cada vez mais espaço as metodologias ativas, as quais irão alicerçar práticas de trabalho em saúde participativas e democráticas.

CONSIDERAÇÕES “FINAIS” (MOMENTÂNEAS)

O processo de elaboração do DEDICO conferiu aos estudantes a oportunidade de utilizar habilidades de cunho artístico, saberes e conhecimentos prévios e agregou a isto a possibilidade da discussão e construção acadêmica sem o rigor técnico tão exigido. Dessa forma, os estudantes conseguiram mesclar linguagens, diversificar o olhar e imprimir uma

nova roupagem à construção do saber acadêmico.

Assim, foi possível perceber que o DEDICO se configurou como metodologia de ensino-aprendizagem que permitiu aos estudantes o desenvolvimento da criticidade, da reflexão, dos questionamentos, das sínteses, das rupturas, das aproximações e afastamentos em relação aos mais diversos temas que estão abarcados no conteúdo programático do componente curricular Saúde, Cuidado e Qualidade de Vida. Ao assumir a responsabilidade pela elaboração do Diário Reflexivo os estudantes passaram a vivenciar o protagonismo necessário à construção de saberes que conduzam a uma prática de cuidado libertadora.

O DEDICO se mostrou promissor ao se caracterizar como uma estratégia metodológica ativa, na qual docente e estudantes não competem por espaço ou protagonismo, posto que somam esforços para garantir discussões ampliadas, profundas e alicerçadas não só em conhecimentos científicos, mas também nos saberes e práticas populares e tradicionais. A tarefa de erigir e consolidar novos modelos de ensino e aprendizagem não é fácil e enfrenta muitas resistências tanto entre os próprios docentes quanto por parte dos estudantes. Nesse sentido, é necessário dar um passo em frente e continuar expondo e refletindo sobre novas práticas metodológicas.

Por fim, não é demasiado afirmar que o solo do novo é a ousadia e que buscar romper com o aspecto da racionalização nas áreas de formação e atuação profissional na saúde é buscar romper com a própria história de submissão que este saber e esta prática mantêm com a tradição cartesiana nos requisitos mecanicista e fragmentador.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Universidade Nova no Brasil. In: SANTOS, BS, ALMEIDA FILHO, N. **A universidade no século XXI: para uma universidade nova**. Coimbra: Almedina, 2008. p.107-267.

ALMEIDA-FILHO, N. **Universidade nova: textos críticos e esperançosos**. Brasília, Salvador: UnB, Edufba; 2007.

ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA L. A.; SANTOS, V. P.; COUTINHO, D.; LOUREIRO, S. Formação Médica na UFSB: I. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no Primeiro Ciclo. **Rev Bras Educ Med**. v. 38, p. 337-348, 2014.

BERBEL, N. A. N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, p. 25-40, 2011.

BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R. A promoção da autonomia como estratégia motivacional na escola: uma análise teórica e empírica. In: Boruchovitch, E, Bzuneck, JA, Guimarães, SER (Org.). **Motivação para aprender: aplicações no contexto educativo**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 43-70.

COTTA, R. M. M.; COSTA, G. D.; MENDONÇA, E. T. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Cienc Saude Colet**. v. 18, p. 1847-1856, 2013.

COTTA R. M. M.; COSTA, G. D.; MENDONÇA, E. T. Portfólios crítico-reflexivos: uma proposta pedagógica centrada nas competências cognitivas e metacognitivas. **Interface** (Botucatu),

v. 19, p. 573-588, 2015.

CUNHA, M. I. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev Fac Educ.** v. 23, p. 185-195, 1997.

CYRINO, EG, TORALLES-PEREIRA, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública.** v. 20, p. 780-788, 2004.

DEMÉTRIO, F.; ALVES, V. S.; BRITO, S. M. Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: a concepção positiva de saúde como referencial (re)orientador do modelo de formação. In: SANTANA, L. A. A.; MEIRELES, E.; OLIVEIRA, R. P. BIS – **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos.** Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. 176p.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem. **Rev Bras Edu Méd.** v. 35, p. 557-566, 2011.

MARIN, M. J. S.; MORENO, T. B.; MORAVCIK, M. Y.; HIGA, E. F. R.; DRUZIAN, S.; FRANCISCHETTI, I.; ILIAS, M. O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes. **Rev. bras. educ. med.** v. 34, p. 191-198, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc Saúde Coletiva,** v. 13, p. S2133-S2144, 2008.

MONTEIRO, C. M. S. L.; DA SILVA, D.; TANJI, S. O portfólio reflexivo: pareceres dos estudantes de enfermagem. **Revista Iberoamericana de Educación.** v. 46, p. 1-10, 2008.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** 2ª ed. Brasília, DF: Cortez UNESCO; 2000.

OLIVEIRA, F. G. V. C.; CARVALHO, M. A. P.; GARCIA, M. R. G.; OLIVEIRA, S. S. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Interface Comun Saúde Educ.** v. 17, p. 201-210, 2013.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cad Pesqui.** v. 114, p. 179-195, 2001.

PRADO, G. V. T.; SIMAS, V. F. **A escrita no portfólio estudantil: possibilidades de reinvenção de si.** XVI ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino - UNICAMP - Campinas - 2012.



SÁ-CHAVES, I. (Org.) **Os portfólios reflexivos (também) trazem gente dentro: reflexões em torno de seu uso na humanização dos processos formativos.** Portugal: Porto Editora, 2005.

SIEBIGER, R. H. O processo de Bolonha e os novos espaços transnacionais de educação superior latinoamericanos: a universidade brasileira em movimento. **Cadernos PROLAM/USP** v. 2, p. 119-135, 2010.

SILVA, H. R. S. A situação etnográfica: andar e ver. **Horiz. antropol.** v. 15, p. 171-188, 2009.

TEIXEIRA, CFS, COELHO, MTAD, ROCHA, MND. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Cienc Saude Colet.** 2013; 18(6): 1635-46.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.** Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Núcleo Didático-Pedagógico. 2014.

VIEIRA, ML, DE SORDI, MRL. Possibilidades e limites do uso do portfólio no trabalho pedagógico no ensino superior. **Revista Científica e-curriculum.** 2012; 8(1): 1809-3876.



MONITORIA DE ENSINO: CONTRIBUIÇÕES PARA O APRENDIZADO E VIVÊNCIAS NA DOCÊNCIA

*Sibele de Oliveira Tozetto Klein
Fabio Santos de Oliveira
Marcilio Delan Baliza Fernandes
Abdias de Souza Alves
Allina Leal Bringel
Joaquim Tosta Braga Neto
Kauai Lopes Netto Costa
Vaneiza dos Santos Oliveira*

MONITORIA: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

A monitoria como dispositivo pedagógico e incentivo à iniciação docente, surgiu no século XIX, com a proposta de Andrew Bell (1753-1832) e Joseph Lancaster (1778-1832), na Inglaterra (STEINBACH, 2014). Bell e Lancaster propuseram o método monitorial/mútuo ou, ainda conhecido como método Lancaster.

Entretanto, a ideia de monitoria, onde um estudante mais preparado auxilia a aprendizagem dos demais colegas, data de mais tempo. Na idade média, por exemplo, os professores escolhiam um tema de suas aulas para que um estudante pudesse desenvolver seus argumentos para posterior debate com a turma. Ao final, o professor retomava a fala e apresentava seus argumentos. Esse exemplo do ensino na idade média certamente configura uma versão mais rudimentar da utilização da monitoria. Já no século XIV, os mestres das universidades já possuíam um monitor ou repetidor, também conhecido como *proschulus* - nome em latim atribuído ao estudante que auxiliava nas atividades de escolarização (FRISON, 2016; MANACORDA, 1989).

Os Jesuítas no século XVI passaram a ter a contribuição dos melhores estudantes – chamados *decuriões* – para serem responsáveis por seus colegas (MIRANDA, 2009; FRISON, 2016). Sobre esse rígido sistema de ensino jesuíta, os alunos eram divididos em grupos de 9 a 10 estudantes, as *decúrias*, e ficavam sob a supervisão de um colega, o *decurião*, que observava o comportamento do grupo e comunicava infrações caso ocorressem (FRISON, 2016; LINS, 1999).

O método Lancaster de aprendizado monitorial surgiu com o propósito de expandir a escolarização do povo empobrecido do país, adotando uma estratégia rápida e de baixo custo (FERREIRA; SCHWARTZ; KROHLING, 2016). Historicamente, o mundo vivenciava uma fase em que as ideias antropocêntricas ascendiam, por isso, a necessidade de instruir a população (STEINBACH, 2014). Esse método se apresentava economicamente eficiente, pois minimizava as despesas das instituições e abreviava o trabalho do mestre (FRISON, 2016; LINS, 1999). Esse método conseguiu rápida difusão pelo mundo, dada a sua eficiência e boa aplicabilidade, pois, não havia mestres suficientes para manter uma boa relação professor/aluno, logo se fazia necessária a utilização dos melhores estudantes (BASTOS, 1999). Na França, por exemplo, onde um mestre instruía até 1000 alunos, esse formato pedagógico contribuía de forma eficaz nos processos educativos (MANACORDA, 1989).

No Brasil, esse método foi implantado no Império, adotando a obrigatoriedade de

criação de novas escolas no território nacional e o emprego do método lancasteriano. Essa decisão se alinhava aos interesses e ideais da igreja e da monarquia, tornando-se a primeira técnica formal de ensino no Brasil (FERREIRA; SCHWARTZ; KROHLING, 2016). Durante a República, a monitoria foi instituída em 1968, preconizando a criação da função de monitor para alunos de graduação, que se submetessem a provas específicas comprobatórias de suas capacidades para desempenho de funções técnico-didáticas (SILVEIRA; SALES, 2016).

A continuidade dos programas de monitoria no ensino superior foi assegurada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9.394/96), onde se afirma que estudantes de graduação podem ser monitores nas atividades de ensino e pesquisa, de acordo com o seu rendimento acadêmico e plano de estudos. Estes programas de monitoria se configuram, até o momento, como um espaço para desenvolvimento de habilidades que desencadeiam o interesse discente pela carreira docente, por estarem vivenciando o contato direto com o fazer do professor. Os benefícios para os docentes se configuram pela diluição da sobrecarga de trabalho, oportunizando o desenvolvimento de outras atividades pedagógicas e acadêmicas em pesquisa e extensão (SILVEIRA; SALES, 2016).

Em âmbito regional, a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) sempre integrou a monitoria como atividade complementar de ensino, legitimada pelo Conselho Acadêmico (CONAC) (UFRB/CONAC, 2008) da referida instituição, que permite cada centro conduzir seus processos seletivos de monitores, sempre por meios de editais.

O MÉTODO LANCASTERIANO

Considerando que as raízes dos atuais programas de monitoria de ensino nas universidades brasileiras estão atreladas ao Método Lancasteriano, é relevante compreender os princípios básicos desta estratégia. Esta se baseia no ensino dos estudantes por eles mesmos, onde cada turma é dirigida por instrutores, os monitores, que atuam como agentes do método. Nesta organização, os estudantes não contatam diretamente professor, sendo esta interlocução mediada somente pelos monitores (CÂMARA BASTOS, 2012).

Motivada pela necessidade de educar um grande número de pessoas dispendo de quantitativo limitado de professores e recursos financeiros restritos, este método pressupunha que ao professor era prioritário o agente “pensante” e não o “obreiro”, sendo esta última a função do monitor. O papel docente residia em escolher, ensinar e supervisionar os monitores em suas atividades, enquanto que os monitores eram responsáveis por coordenar as ações dos outros estudantes para que estes se corrigissem entre si. Além disso, havia os monitores desenvolviam atividades como: averiguação de assiduidade; análise de materiais didáticos; averiguação de diários de classe e desenvolvimento das turmas.

A escolha dos monitores tomava como referência a classe em que estavam, sendo que estes deveriam estar em estágio mais avançados do que os dos discentes monitorados. Adicionalmente, as tarefas dos monitores eram inspecionadas pelo mestre, que os avaliava constantemente, não só em seus saberes como também em sua conduta (NEVES, 2009).

Por fim, pode-se verificar que os modelos atuais adotados no ensino superior brasileiro apresentam semelhanças com essas práticas pedagógicas datadas do século XVII, perdurando a escassez de docentes e recursos financeiros, porém sendo potencializada como uma metodologia de aprendizado diferenciado para o discente monitor. Neste sentido, o objetivo deste capítulo é descrever o processo de monitoria acadêmica e as experiências dos docentes e monitores que atuaram em componentes curriculares do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) na área de conhecimento Ciências Básicas da Saúde no decorrer de 11 semestres letivos.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA MONITORIA

Na UFRB a atividade de monitoria teve início logo nos primeiros anos de implantação do Centro de Ciências da Saúde, incluído primeiramente os cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia e, posteriormente, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e Medicina. Atualmente, a monitoria está estabelecida no Regulamento do Ensino de Graduação (REG) regido pelas Resoluções CONAC nº036/2010, nº 007/2011 e 051/2013 (UFRB/CONAC, 2010; UFRB/CONAC, 2011; UFRB/CONAC, 2013). O processo seleção de projetos e de monitores ocorre semestralmente por meio de edital próprio em cada unidade de ensino da UFRB, onde os monitores podem ser voluntários ou bolsistas. Este é acompanhado pela Pró-Reitoria de Graduação e coordenado pelo Comitê de Monitoria local. Os critérios de elegibilidade dos monitores incluem que os candidatos estejam regularmente matriculados na UFRB e aprovados no componente curricular pleiteado para monitoria.

Os objetivos do Programa de Monitoria na UFRB englobam: i) ofertar oportunidades aos estudantes de iniciação na atividade de docência, despertando seus interesses pela carreira docente; ii) apoiar os professores orientadores no aperfeiçoamento e desenvolvimento de atividades didáticas e pedagógicas; iii) contribuir para melhoria de atividades interdisciplinares; iv) contribuir para o fortalecimento da formação do estudante monitor (UFRB/CONAC, 2013).

Com relação às atividades do docente, inicialmente este deve elaborar um projeto descrevendo as atribuições dos monitores e seus processos de acompanhamento, assim como, uma prova teórica para o processo de seleção, que também prevê a realização de uma entrevista com os candidatos. Para este relato, específico para componentes curriculares da Área Básica da Saúde, o professor orientador deve: i) realizar reuniões periódicas de acompanhamento; ii) fornecer apoio teórico-prático no que se refere aos temas abordados no componente, para aprofundamento dos conhecimentos do monitor; iii) dar suporte às atividades de iniciação à docência realizadas pelo monitor (introdução de aulas práticas, formatação de aulas, postura em sala, preparo de atividades laboratoriais, formatação de provas, auxílio na construção de tabelas de frequência e de notas); iv) oferecer treinamento sobre elaboração e aplicação de instrumentos avaliativos; v) realizar treinamento para utilização de equipamentos e aprofundamento de técnicas utilizadas em aulas (microscópios com computador acoplado, modelos anatômicos, equipamentos de mensuração, vidrarias e utensílios, preparo de soluções, processamento de amostras, etc); vi) elaboração de relatórios para acompanhamento das atividades do monitor.

No desenvolvimento da monitoria, os estudantes voluntários e bolsistas dedicam 08 (oito) e 12 (doze) horas semanais, respectivamente. No contexto deste relato de experiência, as atividades previstas para os monitores de componentes da Área Básica da Saúde (Ciências Morfofuncionais I, II, III e IV, Embriologia Humana, Medicina Fetal e Tópicos especiais em Saúde III: Práticas em Biologia Molecular, Genética e Medicina Aplicada) englobavam: i) atendimento a dúvidas sobre funcionamento e cronograma do componente; ii) mediação de decisões quanto a atividades fora do horário de aulas (reposições, entrega de trabalhos, divulgação de resultados); iii) atendimento extraclasse em estudos para esclarecimento de dúvidas de conteúdos teóricos; iv) estudo extraclasse de atividades práticas (revisão de lâminas histológicas, modelos anatômicos, roteiro de aulas práticas, auxílio na confecção de relatórios); v) auxílio no preparo de seminários; vi) apoio a resolução de casos clínicos e estudos dirigidos; vii) mediação discente-docente para o atendimento de demandas do componente.

As vivências do programa de monitoria descritas neste capítulo favorecem o desenvolvimento da autonomia do estudante e do monitor no decorrer de suas formações. Quanto à autonomia do monitor, destaca-se que o mesmo é desafiado a tomar decisões, realizar o auto-aprendizado na superação de suas dificuldades e desenvolver competências quanto às relações interpessoais. Por outro lado, quanto a autonomia dos discentes do componente, pode-se destacar a procura de apoio para esclarecimento de dúvidas do componente, aprofundamento de conhecimentos com atividades extraclasse e/ou extracurriculares, como participação em oficinas, projetos de pesquisa e extensão, ligas acadêmicas, grupos de estudos, e outros que abordem temas do componente.

RELATOS DE EXPERIÊNCIA DE MONITORES

Para compreender melhor as experiências da monitoria no BIS, privilegiando os espaços de autonomia discente, é relevante destacar a percepção de alguns discentes que vivenciaram estas monitorias durante suas formações. Desta forma, denota-se que estes relatos evidenciam os aprendizados, benefícios, superações e desafios/dificuldades encontradas.

Discente 1

Monitorias: Ciências Morfofuncionais I (2014.2), Ciências Morfofuncionais II (2015.1) e Medicina Fetal (2015.2)

A monitoria sempre foi para mim uma atividade que almejei, desde quando ingressei na Universidade. No meu primeiro semestre, no componente curricular Ambiente e Cultura, tive o contato com a monitora do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e percebia como ela se dedicava ao seu trabalho. Ali já se acendia em mim a vontade de ser um monitor. Talvez por ser de família de professores – mãe, irmã, primas, todas professoras e apaixonadas pelo que fazem – já cultivava em mim a paixão pela docência e percebia na monitoria a oportunidade de me aproximar dessa profissão. Para além disso, quando fui buscar um pouco mais sobre esta atividade, percebi que existiam muitas vantagens que contribuiriam para minha manutenção e desenvolvimento na Universidade: bolsa de estudos, pontos para carga horária extracurricular e a possibilidade de aprofundar meus conhecimentos.

Fui monitor dos componentes curriculares Ciências Morfofuncionais I e II e de Medicina Fetal, me proporcionando desafios e crescimentos que levo comigo até hoje para a minha carreira acadêmica. O componente curricular Ciências Morfofuncionais I, por exemplo, foi um dos grandes desafios, uma vez que eu tinha pouca afinidade com os assuntos de bioquímica e biologia celular e molecular – assuntos que compunham parte da disciplina – mas ainda assim, me aventurei a tentar ser monitor. Realizando a atividade de monitor, tive a obrigação pessoal de me dedicar para superar minhas fragilidades e poder contribuir na formação de meus colegas. Adicionalmente, houve momentos muito bons, onde pude revisar assuntos que me identifiquei, como o sistema musculoesquelético.

Em seguida, me aventurei a tentar ser monitor de Ciências Morfofuncionais II, a qual eu já tinha mais afinidade pelos assuntos e foi mais fácil revisar e repassar os conteúdos com meus colegas. Nesta etapa, fui monitor remunerado e essa possibilidade, durante um bom tempo, tornou-se de grande ajuda para mim, até ingressar em um grupo de pesquisas e ser pesquisador bolsista. Mas os desafios dessa matéria eram outros: além de ser monitor de uma turma de colegas mais novos no curso, era monitor de alguns colegas de sala que eram

repetentes e isso causava neles uma estranheza muito grande.

A monitoria de Medicina Fetal afirmou ainda mais a minha paixão pela área de Saúde da Mulher, Ginecologia e Obstetrícia. O componente tinha um formato muito agradável, diferente de muitos componentes do CCS – possivelmente por ser optativo – por ter um estímulo muito grande à produção acadêmica. Era um componente teórico-prático onde as práticas ocorriam em uma maternidade da região. Os monitores eram responsáveis em guiar os estudantes nas visitas a maternidade e o serviço abria as portas e os cuidados para a turma. Era uma prática somente observacional, mas o que encontramos, além disso, foi uma hostilidade dos profissionais de saúde e grande incômodo. Tentava manter meus colegas mais tranquilos e desviar a atenção, por vezes da forma desagradável como nos tratavam, para situações interessantes que ocorriam. Muitos pontos foram possíveis de serem observados: grande número de violência obstétrica, alto número de cesáreas, sem contar a falta de relação ensino/serviço. Apesar de muitos pontos negativos, essa monitoria contribuiu para entender qual o profissional eu não quero ser.

Por fim, essas experiências culminaram em grandes pontos positivos para minha carreira: o ingresso no curso de Medicina, a inclinação para a área de Ginecologia e Obstetrícia e ingresso no curso de mestrado Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade ofertado pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências da Universidade Federal da Bahia, onde me preparo para ocupar uma futura vaga de docente!

Discente 2

Monitorias: Ciências Morfofuncionais I (2013.1 e 2014.2), Ciências Morfofuncionais II (2013.2), Ciências Morfofuncionais III (2014.1)

O exercício da monitoria nos componentes curriculares Ciências Morfofuncionais I, II e III auxiliou-me na aquisição de um conhecimento teórico-prático mais aprofundado, bem como, a vivenciar novas experiências, ao possibilitar o acompanhamento das aulas teóricas e práticas ministradas pelos docentes do componente. A possibilidade de aprimorar os conhecimentos relacionados aos conteúdos programáticos abordados e de desenvolver diversas atividades junto aos docentes e discentes, me forneceu maior segurança e aperfeiçoamento no desempenho como monitor a cada semestre. Além disso, esta experiência me fez pensar na prática docente como possível atividade profissional futura, tanto no âmbito do ensino como no âmbito da pesquisa.

Os componentes em questão são de suma importância para cursos da área da saúde, pois proporcionam uma compreensão com relação à Histologia, Fisiologia, Anatomia, Biologia Molecular e Embriologia do corpo humano, que dão base para entendimento de campos mais profundos estudados posteriormente, como os processos patológicos e de cuidado e tratamento. Sendo componentes tão complexos e extensos, torna-se indispensável a prática da monitoria, sabendo que o docente é apenas um intermediário no processo da aquisição de conhecimento, cabe ao discente aprofundar-se naquilo que lhe é apresentado na sala de aula. Então, surge a monitoria para auxiliar o processo de ensino-aprendizagem e desempenhar as potencialidades de cada discente, mostrando o caminho para sanar dúvidas, tornando-o ativo no processo de conhecimento.

Acompanhar a mesma turma por três semestres seguidos favoreceu a conquista de uma boa relação interpessoal com os discentes, desta forma, sentiam-se mais à vontade para solicitar atividades de monitoria teórica e prática e para tirar dúvidas, o que permitiu um harmonioso desenvolvimento das atividades no decorrer dos semestres. Além disso, foi muito gratificante acompanhar o crescimento e a evolução de cada discente que, com

o decorrer dos semestres, conseguia identificar pontos que poderia melhorar e encontrar uma melhor forma de estudar, superar os obstáculos e finalmente conseguir apreender o conteúdo com mais eficácia.

Durante a prática da monitoria fui percebendo a necessidade de me atualizar e aprofundar nos conhecimentos científicos recomendados, para que houvesse um maior aprofundamento da experiência que estava vivenciando e também para melhor auxiliar os discentes monitorados. Tudo isso representou um grande desafio, pois, além de ser uma nova experiência, exigia a assunção de uma postura mais séria para saber lidar com discentes que se sentiam angustiados pela recorrente necessidade de aprender; discentes que não conseguiam acompanhar o andamento do restante da turma, por ter um ritmo mais lento de apreensão do conhecimento; discentes que tinham deficit na base do ensino médio, o que tornava mais dificultosa e demorada a compreensão dos novos assuntos; discentes que demonstravam pouco interesse no decorrer do semestre, mas buscavam a monitoria nas vésperas das avaliações como uma saída de emergência.

As atividades de monitoria desenvolvidas eram encontros dos monitores com os discentes em horários marcados extraclasse para revisar algum conteúdo teórico, corrigir atividades ou estudos dirigidos, tirar dúvidas, estudar as lâminas e peças nos laboratórios de Anatomia e Histologia, auxiliar no preparo de apresentações de seminários e indicar bibliografias.

A experiência da monitoria foi muito importante, pois me possibilitou crescimento profissional como acadêmica do BIS e também pessoal, além de me proporcionar uma visão mais realista das atividades de docência. O bom resultado obtido em uma experiência de monitoria é fruto de uma boa relação interpessoal estabelecida entre o monitor, os discentes monitorados e os docentes. As vivências da monitoria acadêmica são marcas que ficam gravadas na história de quem tem o privilégio de experienciá-las. Todos os ensinamentos adquiridos juntos aos docentes orientadores e também aos discentes monitorados agregam-se à carga intelectual e social do discente monitor, fazendo-o descobrir novas perspectivas acadêmicas e caminhos que podem ser seguidos.

Discente 3

Monitorias: Ciências Morfofuncionais I (2013.1 e 2013.2), Ciências Morfofuncionais II (2014.2), Ciências Morfofuncionais III (2015.2), Medicina Fetal (2014.1), Tópicos especiais em Saúde III: Práticas em Biologia Molecular, Genética e Medicina Aplicada (2015.1).

A trajetória acadêmica muitas vezes é encarada como algo maçante e a maioria das pessoas acabam vivenciando apenas as experiências de sala de aula. Nesse contexto, o programa de monitoria da UFRB surge com o intuito de auxiliar o docente na realização de suas atividades, reduzindo sua sobrecarga de trabalho. Porém, vários programas surgem com intuito de ampliar as percepções discentes na graduação. Além disso, a monitoria colabora para a formação do monitor, incentivando-o a entender o processo da docência de nível superior e fomentar uma iniciação à docência.

Acompanhando o desenvolvimento do Centro de Ciências da Saúde, o programa de monitoria da UFRB/CCS nos componentes curriculares do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde vem sofrendo uma destacada expansão. Esta é uma consequência do aumento do número de ingressos no curso e da reforma curricular, o que resultou num aumento do número de componentes curriculares. Em cinco anos, as vagas que pouco excediam uma dezena, alcançaram a marca de 26 monitores distribuídos por 9 matérias de todo o curso. Entre essas vagas para monitores, algumas delas apresentavam um incentivo extra em forma de

compensação financeira, denotando a importância do programa na vida discente.

Em todos os componentes nos quais fui monitor, o diálogo com o docente sempre se mostrou fator preponderante na construção de uma boa dinâmica de trabalho. Os orientadores, mesmo bastante criteriosos e exigentes, sempre propuseram um bom ambiente de trabalho e um respeito mútuo para com o monitor e os discentes matriculados.

A primeira experiência como monitor me inspirou ao meu aperfeiçoamento profissional e me encaminhou a trabalhar com a docência, carreira que já mantenho há quase 4 anos. Esse é outro ponto em que o programa se destaca, tanto a livre atuação, quanto o acompanhamento docente, de fato, colaboram para alcançar os objetivos que o programa se predispõe.

Durante minha formação como monitor, ainda no BIS, um momento se destacou. A participação como monitor de Medicina Fetal me permitiu o primeiro contato com um serviço de saúde de média/alta complexidade. As visitas à maternidade local me permitiram, ainda, conhecer um pouco da rotina dos profissionais de saúde em pleno serviço.

Diante do exposto, percebe-se o sucesso que vem sendo o programa de monitoria nos cursos do BIS. Por outro lado, alguns desafios se apresentam para o aperfeiçoamento das atividades de monitoria. É necessária uma conexão mais efetiva entre as atividades exercidas pelos monitores, a pesquisa e a extensão no contexto universitário, o que acontece em alguns poucos casos.

Necessita-se, por fim, de pesquisas na universidade que analisem o impacto da monitoria acadêmica na formação dos monitores e na qualidade dos cursos de graduação. Além disso, mesmo diante de todas as benéficas evidenciadas, a expansão das bolsas destinadas à monitoria merece fazer parte das políticas institucionais, principalmente ao se levar em consideração o perfil socioeconômico de grande parte dos discentes.

Discente 4

Monitorias: Ciências Morfofuncionais I (2014.1 e 2014.2), Ciências Morfofuncionais II (2016.1), Ciências Morfofuncionais III (2015.2), Ciências Morfofuncionais IV (2018.1), Medicina Fetal (2015.1).

A importância da monitoria nas matérias do ensino superior excede o caráter de obtenção de uma certificação, seja no aspecto pessoal, de ganho intelectual do monitor, ou na contribuição dada aos alunos monitorados e na sua introdução à prática docente, permitindo avaliar sua vocação e analisar seu futuro na carreira. Além disso, o programa, ao colocar o monitor em sala de aula como um “copiloto docente” ou como um docente amador, permite um destacado desenvolvimento pessoal, no que tange o desenrolar de novas relações interpessoais e eloquência em sala de aula.

Atualmente, com a contínua expansão do curso, uma vez que a adesão ao BIS por parte dos discentes aumenta exponencialmente, o desafio segue presente, uma vez que novas vagas ainda podem ser criadas para contemplar essa crescente demanda. Porém, a universidade precisa desenvolver estratégias que fomentem uma maior adesão ao programa de monitoria, como um maior investimento na remuneração de monitores bolsistas, fator que atrai muitos olhares e pode estimular o primeiro contato do discente com o programa.

Discente 5

Monitoria: Ciências Morfofuncionais II (2012.2).

O presente relato descreve uma experiência vivenciada como monitora no compo-

nente Ciências Morfofuncionais II e objetiva refletir sobre a importância da monitoria para formação acadêmica.

A Universidade é um espaço que permite a construção do conhecimento englobando o ensino, a pesquisa e a extensão. Segundo Frison (2016) a monitoria tornou-se uma estratégia de apoio ao ensino. Tendo em vista que o conhecimento é um processo coletivo, a monitoria permite a troca de experiências entre os discentes e docentes, o desenvolvimento de habilidades e competências, além de ampliar o conhecimento na área de estudo. Este autor traz ainda que a monitoria contribui para o aprendizado, enfatizando que o modelo relacional e interativo estimula mais efetivamente o desenvolvimento das capacidades cognitivas. Schmitt e colaboradores (2013) referem que o monitor torna-se um facilitador e mediador da aprendizagem de outros discentes, além de interagir e formar vínculo com colegas e professor.

A comunicação entre os discentes e com o docente responsável é extremamente importante para o desenvolvimento das atividades de monitoria, pois permite que o processo seja construído de forma mais leve e prazerosa entre todos envolvidos. A monitoria possibilita gerar discussões, levantar questionamentos, resolver dúvidas e, assim, buscar conjuntamente o conhecimento. Além de ser uma grande experiência profissional, contribui extremamente para o crescimento pessoal.

Lidar com as dificuldades é algo inerente ao processo de formação. Levanta-se como principal limitação nessa experiência, a reduzida procura dos discentes nas atividades extraclasse de estudo oferecidas pelos monitores, fator esse que acabava desestimulando em alguns momentos. Por outro lado, a não participação de alguns não interferia no desenvolvimento das atividades, visto que uma parcela significativa tinha interesse e estava envolvida ativamente no processo.

A monitoria de uma matéria teórico-prática é imprescindível, pois muitas vezes a carga horária é insuficiente para a quantidade de conteúdos que precisa ser abordada. Além disso, práticas extras permitem o aperfeiçoamento e treinamento de técnicas e discussão dos conteúdos.

Diante desse contexto, a avaliação e auto-avaliação são ferramentas extremamente úteis, uma vez que possibilitam identificar os acertos e limitações, dificuldades encontradas e o que precisa ser melhorado para otimizar o processo de aprendizagem. Nesse cenário, discentes, docentes e monitores, ao apontarem sugestões, tornam-se a base para construção de um conhecimento compartilhado.

A monitoria foi uma vivência bastante enriquecedora, que permitiu compartilhar e trocar conhecimentos e experiências, contribuindo fortemente para o desenvolvimento de habilidades e competências, além de permitir maior estudo na área. Sendo assim, enfatiza-se a relevância da monitoria como atividade de ensino para melhoria e aperfeiçoamento da formação acadêmica e contribuição para aprimoramentos no ensino e aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do presente relato de experiência, verifica-se que os estudantes monitores, ao atuarem enquanto agentes ativos no processo de ensino-aprendizagem reconhecem a importância da relação professor-educando e a aprendizagem participativa. A participação no programa de monitoria proporciona o reconhecimento do monitor acerca das atividades ligadas à docência e o desenvolvimento de competências como o saber ouvir, promoção de relacionamento interpessoal e incentivo ao estudo continuado próprio e de estudantes monitorados. Esta vivência também se constitui como um incentivo aos monitores para



prossegurem suas formações com vistas à carreira universitária.

Além disso, os estudantes monitorados estão entre os principais beneficiados deste programa, ampliando e diversificando os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, garantindo maiores oportunidades de esclarecimento, de estudo e, conseqüentemente, melhor desempenho acadêmico. Desta forma, ainda que a monitoria constitua-se enquanto ferramenta facilitadora para o aprendizado do estudante, esta não pode ser considerada como a única ação responsável pela sua qualificação.

A monitoria de ensino é um grande estímulo ao processo formativo dos seus participantes, exigindo comprometimento e responsabilidade, e proporcionando marcas que certamente ficarão impressas no intelecto de quem a vivenciou.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. H. C. O ensino mútuo no Brasil (1808-1827). In: BASTOS, M. H. C.; FARIA FILHO, L. M. (Org.). **A escola elementar no século XIX**. Passo Fundo: Ed. UPF, 1999.

CAMARA BASTOS, M. H. Educação pública e independências na América espanhola e Brasil: experiências lancasterianas no século XIX. **Rev. hist. educ. latino am.**, Tunja, v. 14, n. 18, p. 75-92, 2012.

FERREIRA, D. N. A.; SCHWARTZ, A. M.; KROHLING, A. O método de ensino lancasteriano: uma comparação entre a sala monitorial do The British School Museum de Hitchin, na Inglaterra, e o regulamento interno das aulas públicas das primeiras letras da província do Espírito Santo em 1871. **Hist. Educ.** [online], v. 20, n. 48, 2016.

FRISON, L. M. B. Monitoria: uma modalidade de ensino que potencializa a aprendizagem colaborativa e autorregulada. **Pro-Posições**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 133-153, 2016.

LINS, A. M. M. O método Lancaster: educação elementar ou adestramento? Uma proposta para Portugal e Brasil no século XIX. In: BASTOS, M. H. C.; FARIA FILHO, L. M. (Org.). **A escola elementar no século XIX**. Passo Fundo: Ed. UPF, 1999.

MANACORDA, M. A. **História da Educação: da antiguidade aos nossos dias**. São Paulo: Cortez, 1989.

MIRANDA, M. **Código pedagógico dos jesuítas: Ratio Studiorum da campanha de Jesus**. Campo Grande: Esfera do Caos, 2009.

NEVES, F. M. O método pedagógico de Lancaster e a instituição do estado nacional brasileiro. In: NEVES et al. **Fundamentos Históricos da Educação no Brasil**. Maringá: EDUEM, 2009, p. 57.

SCHMITT, M. D. et al. Contribuições da monitoria em semiologia e semiotécnica para a formação do enfermeiro: Relato de experiência Cidadania em Ação: **Revista de Extensão e Cultura**, Florianópolis, Brasil, 2013.

SILVEIRA, E.; SALES, F. A importância do programa de monitoria no ensino de biblioteconomia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). In: CID: **R. Ci. Inf. E Doc.**, Ribeirão



Preto v. 7, n. 1, 2016.

STEINBACH, G. **Fundamentos históricos e teórico-metodológicos da monitoria: um estudo de caso dessa práxis na UFSC. X ANDEP SUL**, Florianópolis, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA, CONSELHO ACADÊMICO, **Resolução Nº 007/2008. Dispõe sobre a instituição do Programa de Monitoria na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA, CONSELHO ACADÊMICO, **Resolução Nº 036/2010. Dispõe sobre a Reformulação da Resolução 007/2008 que institui o Programa de Monitoria na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA, CONSELHO ACADÊMICO, **Resolução Nº 007/2011. Dispõe sobre alteração na Resolução 036/2010, no Artigo 5º, inciso II, § 1º, no Art. 16, inciso II e nos Anexos I, II, III, IV, e VI**, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA, CONSELHO ACADÊMICO, **Resolução Nº 051/2013. Dispõe sobre a alteração na Resolução Nº 036/2010, em seu artigo 7º, inciso III**, 2013.

GRUPO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES: RELATO DE VIVÊNCIAS

*Fabio Santos de Oliveira
Sibele de Oliveira Tozetto Klein
Marcilio Delan Baliza Fernandes
Aianna Macedo de Oliveira Almeida
Elen Maiana Lima C. da Silveira
Juliane Pinto dos Santos*

INTRODUÇÃO

Os Grupos de Estudos da UFRB estão regidos pela Resolução do Conselho Acadêmico nº 005/2015 e Nota Técnica da Pró-Reitoria de Graduação nº 001/2016, que prevê a regulação de procedimentos. A partir destes documentos, os grupos de estudo constituem-se por um conjunto de pessoas com interesses comuns por temas específicos, que se reúnem para estudá-los com finalidade de aprofundar e divulgar conhecimentos para a comunidade. Neste contexto, é relevante que esses grupos se integrem às demandas dos cursos de graduação, grupos de pesquisa cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), certificados pela instituição, e/ou por demandas institucionais e da comunidade. Destaca-se ainda que os grupos de estudos devam apresentar relevância técnica, científica, artística, cultural ou institucional.

Considerando a necessidade de superação de lacunas dos modelos tradicionais de formação em saúde, o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) (UFRB, 2017) incorpora uma série de princípios alinhados com políticas públicas de saúde e com as tendências contemporâneas para formação universitária. Entre estes princípios podem ser destacadas a interdisciplinaridade, a flexibilidade, a autonomia para aprender, a responsabilidade social e cidadania. Estes são materializados nos componentes curriculares ofertados, nas relações desenvolvidas em espaços comunitários e em atividades complementares de ensino, pesquisa e extensão.

Ainda segundo PPC do BIS (UFRB, 2017), o processo formativo deve ser embasado no desenvolvimento de ações que impliquem os estudantes como sujeitos ativos e interativos, através de diferentes caminhos, sendo o educador somente facilitador e/ou mediador do processo ensino-aprendizagem. Desta forma, os educadores devem criar possibilidades para a produção do conhecimento pelo educando, fortalecendo a capacidade crítica destes, estimulando-os para ampliação dos saberes existentes, a partir do exercício da curiosidade epistemológica e científica.

Neste sentido, o educando explora seus conhecimentos prévios, iniciando um processo de produção de novos saberes, mediante a participação em pesquisas científicas, ações de extensão e participação em grupos de estudos (FREIRE, 1999). Assim, os Grupos de Estudos caracterizam-se enquanto espaços que permitem aprofundamento e/ou diversificação de campos do saber, contribuindo para o aperfeiçoamento acadêmico em diferentes dimensões.

GRUPO DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES

O Grupo de Estudos Interdisciplinares (GEI) foi criado como um processo educativo que envolve o estudante em atividades de estudos temáticos, sob orientação e/ou supervisão de alguns professores. O GEI proporcionou oportunidades para docentes e educandos, construindo um rico ambiente de troca de experiências e desenvolvimento, tanto a nível pessoal quanto acadêmico e profissional.

A motivação para a criação do GEI se baseou na busca pelo atendimento das diferentes necessidades dos estudantes, tais como: i) desenvolvimento da competência/habilidade para aprender a aprender; ii) estímulo à pesquisa; iii) aprimoramento da habilidade de resolver problemas; iv) exploração da inter/multidisciplinaridade; v) incentivo ao trabalho cooperativo; e vi) articulação entre conteúdos teóricos e respectivas aplicações em situações concretas.

O GEI adotou como princípio a existência de diferenças no aprender dos estudantes, onde alguns apresentam maior dificuldade em assimilar conhecimento, enquanto outros se interessam em aprofundar os conteúdos aprendidos ou ampliar seus conhecimentos. Como forma de mediar estas diferenças, o GEI estruturou suas ações para que os estudantes pudessem explorar com autonomia a capacidade autodidata e de aprendizagem colaborativa, contribuindo para processos de interação entre seus membros. A formação de equipes de trabalho dentro do GEI contribuiu para o desenvolvimento de habilidades dos estudantes em suas relações pessoais e cooperativas, mostrando a importância do trabalho em grupo para realização de atividades propostas, dentro de prazos estipulados e com qualidade.

Durante a formação no BIS, os estudantes nem sempre se deparam com problemas com os mesmos níveis de complexidade vivenciados em situações reais. Os estágios, presentes ao final dos segundos ciclos de formação dos egressos do BIS, ainda que contribuam muito para oferecer este tipo de vivência, geralmente, ocorrem apenas no final dos cursos. Por isso, o GEI configurou-se como um recurso importante, por permitir que os estudantes experimentassem situações semelhantes às encontradas na resolução de problemas relacionados às pesquisas científicas no exercício de suas práticas profissionais.

Para integrar conhecimentos construídos a partir de diferentes componentes curriculares (VELASCO, 2005), o GEI desenvolveu atividades envolvendo situações e/ou problemas nas quais diferentes campos dos saberes se articulavam teórica e metodologicamente, para análise e compreensão de determinados temas e/ou objetos.

Os objetivos do GEI envolveram a formação de bases conceituais e metodológicas para compreensão de temas transversais, repercutindo em: i) formação complementar para ampliação de conhecimentos; ii) trocas de experiências estudante-estudante e estudante-docente; iii) preparo para atuação profissional em pesquisas científicas; e iv) desenvolvimento e/ou aprimoramento da capacidade de comunicação científica, tanto escrita quanto oral.

A metodologia adotada pelo GEI foi desenvolvida com decisões e estratégias de ações definidas em conjunto com os integrantes do grupo, trazendo grande motivação para o desenvolvimento do trabalho. O nome do grupo foi escolhido por envolver o estudo de um conjunto de temas, cuja complexidade implica na necessidade de articulação e aprofundamento de conhecimentos em diferentes áreas, através de interações entre as mesmas, tornando-o interdisciplinar. Os encontros eram realizados semanalmente, em horário alternativo aos horários das demais atividades de graduação, permitindo que todos os estudantes interessados pudessem participar.

As atividades desenvolvidas (i.e. apresentação e discussão de projetos e resultados de pesquisa, artigos científicos, técnicas laboratoriais, entre outras) foram estruturadas pelos

estudantes e mediadas pelos docentes envolvidos, adotando-se o modelo de gestão coletiva e estratégias, nas quais, os estudantes foram autônomos para conduzir seus processos de aprendizagem e disseminação do conhecimento. Adicionalmente, a organização das atividades buscou o desenvolvimento de competências em estudos e/ou trabalhos colaborativos, integrando estudantes iniciantes e avançados.

HISTÓRICO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O planejamento das atividades desenvolvidas pelo GEI se deu semestralmente – entre os semestres letivos 2012.1 a 2017.1, com envolvimento dos docentes e estudantes participantes do grupo. Inicialmente, as atividades foram embasadas em apresentações de projetos de pesquisa em andamento, sob a orientação e participação dos docentes do grupo. Nos semestres subsequentes, o GEI focou suas atividades na apresentação de Trabalhos de Conclusão de Curso e outros resultados de pesquisa, apresentação de artigos científicos articulados com temas de projetos de pesquisa em desenvolvimento e apresentação de trabalhos científicos com ênfase eixos temáticos relevantes.

a) Fase da apresentação de projetos de pesquisa (2012.1-2015.2)

Nesta fase, a temática adotada referiu-se aos estudos de bioindicadores de contaminação ambiental e risco à saúde humana decorrentes da contaminação por chumbo e cádmio no município e entorno de Santo Amaro, BA. Adicionalmente, foi abordada a análise de susceptibilidade genética a problemas clínicos decorrentes da exposição a esses metais pesados e dos níveis dos metais pesados no sangue de indivíduos potencialmente expostos à contaminação ambiental. Além disso, também foi tema de estudo a análise de alterações histopatológicas e químicas, e a relação da contaminação microbiológica e toxicológica, em alimentos produzidos e consumidos na região de estudo, ou seja, exposta ao risco de contaminação por metais pesados.

Semanalmente, ocorriam apresentações e discussões de subprojetos de discentes inseridos no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da UFRB (bolsistas e voluntários) e Trabalhos de Conclusão de Curso de integrantes do GEI. Nesses momentos eram socializados e debatidos os projetos de pesquisa, resultados obtidos e ações planejadas, constituindo um ambiente saudável de aprendizagem, reflexões críticas e aprimoramento dos trabalhos de pesquisa desenvolvidos, articulando-se com planejamento para divulgação científica das produções em encontros e congressos.

Temas de planos de trabalho de pesquisa apresentados:

2012-2013

- Análise microscópica tecidual de caranguejos Uçá (*Ucides cordatus*), para avaliação dos impactos ambientais por metais pesados em Santo Amaro, Bahia;
- Análise microscópica tecidual de camarões (*Penaeus brasiliensis*), para avaliação dos impactos ambientais por metais pesados em Santo Amaro, Bahia;
- Quantificação proteica na hemolinfa do crustáceo bioindicador (caranguejo Uçá - *Ucides cordatus*), para avaliação dos impactos ambientais por metais pesados em Santo Amaro, Bahia.

2013-2014

- Análise morfofuncional do hepatopâncreas de *Ucides cordatus* (Crustacea, Decapoda) como suporte para detecção de contaminação alimentar induzidas por fatores ambientais, em Santo Amaro, Bahia;

- Análise morfofuncional das brânquias de animais bioindicadores como suporte para detecção de contaminação alimentar induzidas por fatores ambientais, em Santo Amaro, Bahia;
- Padrões socioeconômicos de consumidores de alimentos potencialmente contaminados por metais pesados em Santo Amaro, Bahia;
- Caracterização morfológica de pescados (*Ucides cordatus*) para determinação de contaminação alimentar na população de Santo Amaro, Bahia.

2014-2015

- Perfil alélico do gene ALAD de indivíduos residentes na área rural do município de Santo Amaro, Bahia, expostos a metais pesados;
- Isolamento de DNA genômico de indivíduos residentes na área rural do município de Santo Amaro, Bahia, expostos a metais pesados;
- Isolamento de DNA genômico de indivíduos residentes na área urbana do município de Santo Amaro, Bahia, expostos a metais pesados;
- Perfil alélico do gene ALAD de indivíduos residentes na área urbana do município de Santo Amaro, Bahia, expostos a metais pesados;
- Correlação dos padrões sócio-econômicos e epidemiológicos de indivíduos expostos a metais pesados, de uma cidade do Recôncavo da Bahia.
- Análise de metais pesados (chumbo e cádmio) no caranguejo-uçá (*Ucides cordatus* Linnaeus - 1763) enquanto bioindicador de contaminação ambiental na região de Santo Amaro – BA.

b) Fase da apresentação de Trabalhos de Conclusão de Curso e outros resultados de pesquisa (2016.1)

Esta etapa do histórico das atividades desenvolvidas no GEI adotou como estratégia a apresentação de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de integrantes enquanto mobilizadora para o aprofundamento, socialização, ampliação e problematização dos conhecimentos produzidos em projetos de pesquisa frutos de orientações por docentes integrantes deste grupo de estudos.

Com periodicidade semanal ocorriam apresentações e amplos debates sobre resultados de TCC de integrantes do GEI, disseminando diferentes técnicas laboratoriais, assim como os resultados e discussões produzidas nas pesquisas, artigos científicos. Desta forma, considerando as relações horizontais estabelecidas entre educandos-educadores do GEI e o estímulo à manifestações crítico reflexiva, o ambiente desenvolvido favoreceu o livre questionamento, bem como, problematização de possíveis alternativas e/ou desdobramentos da pesquisa, contribuindo para desenvolvimento de uma postura investigativa, crítica e reflexiva.

Os trabalhos de conclusão de curso abordados nessa fase foram:

- Quantificação da concentração de glicose no bioindicador *Ucides cordatus* (Linnaeus, 1763), em áreas potencialmente contaminadas na cidade de Santo Amaro, Bahia;
- Avaliação de teratogênese por cádmio e chumbo na população de Santo Amaro da Purificação-BA;
- Perfil socioeconômico-demográfico de indivíduos potencialmente contaminados por metais pesados em Santo Amaro, Bahia;
- O caranguejo uçá *Ucides cordatus*, (Linnaeus, 1763) enquanto indicador de contaminação ambiental por metais pesados e de riscos à saúde humana no entorno de Santo Amaro – BA;

- Avaliação dos impactos ambientais por metais pesados em Santo Amaro – BA, através do estudo histopatológico de animais bioindicadores *Ucides cordatus* (Linnaeus, 1763);
- Perfil alélico do gene *alad* de indivíduos da área rural no município de Santo Amaro, Bahia, expostos a metais pesados;
- Internações por neoplasia em uma população potencialmente exposta a metais pesados

c) Fase da apresentação de artigos científicos articulados com temas de projetos de pesquisa e com eixos temáticos relevantes (2017.1)

Uma característica marcante desta etapa do GEI foi a ampliação do quadro de integrantes, até então composta por docentes e seus respectivos orientandos em projetos de pesquisa, passando a incorporar estudantes do BIS interessados, independente do estágio de integralização curricular em que se encontravam ou da existência de vínculos com algum dos projetos de pesquisa desenvolvidos. Considerando este novo cenário, as metodologias coletivamente reestruturadas adotaram as seguintes estratégias: i) seminários de apresentação e discussão de artigos científicos; ii) participação alternada de duplas de cada integrantes enquanto apresentadores; iii) aprendizagem colaborativa, instituindo duplas de estudo/apresentação compostas por estudantes iniciantes e avançados; iv) estímulo a autonomia para aprender a aprender; v) disponibilização preliminar dos artigos científicos adotados para todos integrantes do GEI; vi) incentivo contínuo a participação de docentes e discentes em discussões e esclarecimento de dúvidas.

Temas dos artigos científicos que foram apresentados:

- Doenças crônicas e aspectos gerais;
- Mulheres lésbicas e fatores de risco à saúde;
- Esclerose Lateral Amiotrófica;
- Diabetes/Hipertensão;
- Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Doenças pulmonares crônicas e obstrutivas;
- O mal de Alzheimer;
- Câncer de mama e colo de útero;
- Antibióticos e multirresistência;
- Autoimunidade;
- Zoonoses.

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DE DISCENTES

Para compreender melhor as experiências do Grupo de estudos Interdisciplinares no BIS, privilegiando os espaços de autonomia discente é relevante destacar a percepção de alguns discentes que vivenciaram estas reuniões durante suas formações. Desta forma, destaca-se que estes relatos evidenciam os aprendizados, benefícios, superações e desafios/dificuldades encontradas.

Discente 1

Bacharel em Saúde, Discente de Medicina/UFRB

O ensino superior brasileiro está cada vez mais se pautando em um sistema de educação centralizado no aluno, em que o discente é responsável por organizar seus horários,

matérias de estudo e estabelecer metas de aprendizado capazes de auxiliarem e repercutirem em sua formação profissional. Contudo, nem sempre os currículos dos cursos do ensino superior conseguem oferecer ou possibilitar o desenvolvimento dos estudantes diante de suas expectativas e objetivos acadêmicos ou profissionais. E nesse ínterim, hoje, há nas instituições de ensino superior uma gama de atividades extracurriculares voltadas para complementação das atividades formais, repercutindo no aperfeiçoamento de competências e habilidades técnicas, científicas e sociais.

O Grupo de Estudos Interdisciplinares (GEI), localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), campus da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), se configura como uma atividade extracurricular. O GEI está alicerçado em metodologias ativas de aprendizado, priorizando, nesse sentido, a assimilação do conhecimento de forma significativa, em detrimento dos modelos mecânicos e tradicionais. Assim, o grupo reforça a importância do papel ativo do aluno, conduzindo-os a independência e responsabilidades, esses elementos reforçam um comportamento mais autônomo do graduando.

Inicialmente, foi complicado compreender a proposta do GEI. Trabalhar assuntos, aparentemente, desassociados de temas biomédicos conferia uma sensação de afastamento do caminho a ser percorrido dentro da área da saúde. Entretanto, com o tempo é notável a relevância de estudos acerca de conteúdos diversos, como: riscos ambientais, marcadores biológicos da exposição humana, indicadores de impactos à biota, segurança alimentar e outros.

A aplicabilidade desses conteúdos em implicações na saúde individual e coletiva é evidenciada através de estudos, pesquisas e artigos científicos, os quais eram nossos objetos de estudo. Assim, o grupo auxiliava no desenvolvimento de qualidades e aptidões fundamentais para a contextualização, integração e articulação de temas transversais em detrimento da compartimentação dos saberes, convocando-nos a agir de forma interdisciplinar. Para Marinho, Silva e Ferreira (2015), a transversalidade cria subsídios para a consolidação do trabalho interdisciplinar, ao promover mudanças e renovação do ensino.

O GEI foi composto por docentes e discentes de todos os cursos do Centro de Ciências da Saúde. Os encontros ocorreram semanalmente na UFRB e tinham duração de cerca de uma hora. A construção do calendário de atividades era realizada de forma conjunta, os discentes e docentes ficavam responsáveis por propor temas variados para realização dos seminários e discussão.

A metodologia foi sendo adequada a realidade da composição do grupo durante o decorrer dos semestres. Inicialmente as apresentações foram realizadas por um único discente ou docente, e posteriormente em forma de grupos para que os alunos mais antigos pudessem auxiliar os mais novos durante a construção do trabalho. A maioria dos artigos propostos para as apresentações eram em inglês e muitas vezes os temas desafiavam os discentes pela complexidade do assunto, por isso muitas vezes era necessário recorrer a outros dados da literatura para obter embasamento teórico e enriquecer a apresentação.

Quando entramos na universidade somos como um livro em branco, aos poucos tentamos nos adequar a nova realidade e o GEI me ajudou nesse processo de adaptação. Foi a partir da vivência no Grupo de Estudos que aos poucos fui crescendo academicamente, pois os docentes sempre estavam orientando sobre como construir apresentações, a importância das referências bibliográficas, qualidade da imagem que será projetada, linguagem adequada ao ambiente acadêmico, postura e segurança para apresentação.

O primeiro seminário que assisti no GEI foi o trabalho de conclusão de curso (TCC) de um colega do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) que tratava sobre questões ambientais. Essa apresentação abriu um leque de possibilidades e ideias, pois nessa época

precisava escolher um tema para o pré-projeto do TCC. Assim como o seminário do colega foi de grande ajuda para minha decisão, o primeiro artigo (“Levels of lead in the children’s blood”) que apresentei no GEI também colaborou para delimitar ainda mais o tema escolhido para o futuro TCC.

As experiências, atividades, e desafios vivenciados durante os semestres, com os professores atuando como facilitadores no ensino-aprendizagem promoveram em mim um profundo autoconhecimento possibilitando o reconhecimento de minhas potencialidades, e também, a autonomia construída e consolidada ao longo desse período. Dessa forma, pude começar a compartilhar esse saber com outros estudantes que iniciavam no Grupo de Estudos. Participar do GEI durante esse período foi bastante enriquecedor e importante para firmar laços com os docentes, amadurecimento acadêmico e pessoal, autonomia, reconhecimento das minhas habilidades, competências, capacidade de planejamento, de manter boas relações com o coletivo e saber trabalhar em grupo.

Por fim, o Grupo de Estudos Interdisciplinares foi muito importante para construção da autonomia do estudante sem que ele se sinta cobrado por uma nota no fim do semestre, socialização e integração com estudantes e docentes de outros cursos, adaptação dos graduandos a vida universitária e para a produção de metodologias de aprendizagem mais efetivas.

Discente 2

Bacharel em Saúde, Discente de Medicina/UFRB

Integrante desde a sua criação, percebo que a participação em um Grupo de Estudos interdisciplinar (GEI), diante dos seus objetivos já mencionados acima, tem gerado poderosas fontes de conhecimento e transformações em minha vida acadêmica e pessoal. Visto que, desde o ingresso no grupo venho tendo a oportunidade de discutir sobre diversos temas das áreas da saúde, biológicas e humanísticas, de forma integrada, onde me permite navegar sobre os componentes: ensino, pesquisa e extensão, e a importância da sua aplicação na prática de todo conhecimento construído, tendo em vista os aprendizados adquiridos durante a graduação do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, que mesmo com obstáculos, permitiu uma formação humanizada, com princípios e estudos fundamentais para o entendimento das novas experiências e saberes obtidos atualmente.

Contribuindo para o êxito no desenvolvimento das atividades do GEI, a relação aluno-professor vem sendo primordial, haja vista que a concessão nos espaços das discussões de tais atividades trouxe um bom rendimento sobre o conhecimento das discussões no que tange a contribuição de cada discente e docente participante do grupo, colaborando assim para o real sentido da interdisciplinaridade. Para fortalecer essa fala, Ferreira (2000 apud FAVARÃO; ARAUJO, 2004) considera que, na educação, a parceria é aspecto indispensável para que ocorra a interdisciplinaridade. Ainda, na opinião do autor, a ideia de construção da aprendizagem e o gosto pela pesquisa são fatores imprescindíveis.

O princípio pelo qual o conhecimento é oportunizado por meio de buscas ativas, estabelecendo responsabilidades, metas, fazendo-se necessária a interação em equipe para atingir o objetivo final e/ou realizar bons trabalhos, faz dessa metodologia, no GEI, um meio de condições favoráveis para o enfrentamento de dificuldades em situações de interação pessoal e superação da timidez, por exemplo, em apresentações ao público, já que as mesmas são postas a desafio constantemente, o que tem contribuído bastante para o aperfeiçoamento da autoconfiança diante de uma apresentação científica, principalmente devido as

valiosas observações que são feitas com o intuito de preparar o discente para estar apto a desenvolver as atividades de acordo com a realidade de cada espaço, sabendo lidar com as críticas e procurando sempre levá-las como algo a somar na reflexão sobre o que precisa ser estudado, levando assim a autocritica que acaba sendo essencial para o aprimoramento pessoal/estudantil/profissional.

As buscas de pesquisas exercidas no GEI, realizadas pelos discentes e docentes, têm através do compartilhamento das mesmas, para todos os participantes do grupo, obtido estudos com boa produtividade em discussões evidenciando que com tais desafios foram construídos e somados novos conhecimentos, bem como gerado novos debates que contribuem diariamente para o progresso das habilidades de ensino. E segundo Freire (2008, apud PAIVA et al., 2016), o ensino exige rigor metodológico; pesquisa; respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; corporeidade das palavras pelo exemplo; risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação; reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento e elevação da identidade cultural.

Ademais, PAIVA (2016) traz que o processo de ensino estabelece uma relação diferenciada com o educando, onde se observa uma trajetória de construção do saber e promoção da aprendizagem. Tratando-se então de uma relação “que ativa o processo de aprendizagem em função de capacidades particulares a adquirir”. Compreendendo-se que a aprendizagem necessita do saber reconstruído pelo próprio sujeito e não simplesmente reproduzido de modo mecânico e acrítico. Por isso, é com a metodologia de busca ativa que o GEI torna-se significativo para o processo ensino aprendizagem e enriquecimento profissional e pessoal dos discentes que nele participa, tendo sido objeto de diversos debates acerca da formação profissional em saúde, fazendo com que esses desenvolvam habilidades e competências técnicas-científicas voltadas sempre para o processo de construção e compartilhamento do conhecimento, com capacidades de planejar e desenvolver a busca ativa do mesmo.

Discente 3

Bacharel em Saúde, Discente de Medicina/UFRB

Inicialmente, o grupo de estudo foi criado com o intuito de ser um momento para compartilhar as atividades que estavam sendo desenvolvidas no projeto de pesquisa, “Estudo de bioindicadores e biomoduladores para a avaliação dos impactos ambientais por metais pesados em Santo Amaro - BA”, entre os membros mais experientes com os que acabaram de chegar, estes encontros aconteciam nas quartas-feiras, às 18h00min, no qual um membro ficava responsável de fazer uma exposição do seu trabalho, que era um subtema do projeto de pesquisa. Após finalizar um ciclo de apresentações, os subtemas do projeto de pesquisa se esgotaram, mas permaneceu, de forma mutua entre os participantes, o desejo que houvesse a permanência do grupo, que passou a ser chamado “Grupo de Estudo Interdisciplinar (GEI)”.

Mas por que um grupo de estudo interdisciplinar? A percepção de que ainda hoje, o pensamento descartiano é presente, mesmo em uma universidade que propõe cursos e disciplinas interdisciplinares, neste pensamento os elementos que compõe o Universo são objetos, que podem ser separados e reduzidos aos elementos fundamentais que o compõe, de forma sistemática e organizada, sob o propósito de alcançar o saber científico de forma específica, referindo-se apenas a um único e mesmo nível de realidade. É a possibilidade de observar o Universo em partes como se ele fosse formado por peças a serem exploradas em suas divisões de interesses (SANTOS, 2008).



Em contrapartida, reconhecer a existência de uma organização que proporciona múltiplos níveis de estruturas, sendo que cada nível pode ser dividido em subsistemas, contudo a divisão não o transformará em uma parte que se isola de seu todo, pois o “todo” estará presente em cada parte que é relativamente menor que todo. Em outras palavras, o quociente dessa divisão será o “todo” por ter suas estruturas integradas e “parte” por ser uma porção menor do todo, mas que possui as mesmas complexidades intrínsecas (CAPRA, 1982). Pois a própria sociedade contemporânea tem visado à busca por pessoas de formação polivalente e habilidades para a solução sistêmica de múltiplas tarefas. Dentro dessa perspectiva, teóricos como Morin têm proposto mudanças na visão fragmentada do conhecimento para a concepção sistêmica da inter e transdisciplinares (MORIN, 2007).

Diante dessa necessidade que Ciências Biológicas e da Saúde apresenta a de serem compreendidas como uma unidade de sistema dinâmico, interligado sob as diferentes óticas do conhecimento, o GEI propõe não ser apenas um “preenchedor” de lacunas, ele proporcionou um espaço coletivo de aprendizagem com atividades complementares de ensino, pesquisa e extensão.

No entanto, é um desafio incorporar os princípios inovadores existentes entre as disciplinas, pois este movimento representa uma visão que tende abalar as estruturas conservadoras da Universidade. Para Clotet (2007) a Universidade só tem a ganhar quando impulsionada por essa força, já que, ela potencializa a capacidade criadora em diversos âmbitos – projetos de pesquisa, projetos pedagógicos dos cursos ou até mesmo nas estruturas internas.

No início de cada ciclo do GEI, concomitante com início do semestre letivo da Universidade, havia reuniões, escolha dos temas e áreas de conhecimento a serem trabalhadas e sorteios de temas e datas a serem trabalhados entre os membros do GEI.

A elaboração de uma apresentação de um artigo ou seminário, que quase sempre com uma temática nunca antes trabalhada e sempre o material de apoio era em outra língua, era um verdadeiro desafio. Que muitas das vezes lhe tirava da zona de conforto, da sua caixinha de conhecimentos, fazendo com que você permeasse entre outras áreas, que por não um ambiente seguro, do ponto de vista do seu conhecimento, lhe obrigava a criar formas e (inter) relações entre os conhecimentos, fazendo brotar um novo olhar a cerca de uma realidade, que até então era considerada conhecida e explorada, mas sob uma nova ótica possibilitava a formulação novas teorias ou até mesmo consolidação de conhecimentos, que não foram alcançados anteriormente.

O membro do GEI que era responsável pela apresentação do artigo ou seminário era deslocado para uma posição desconfortável, visto a insegurança por apresentar algo que não faz parte diretamente da sua rotina de estudo, no entanto a mediação feita pelo docente que possuía maior envolvimento no assunto apresentando abrandava a sensação de insegurança, essas mediações eram feitas de forma horizontal, sem a ótica hierárquica dos níveis de conhecimento, mas sob o intuito de complementar e reafirmar o que estava sendo apresentado, trazendo de volta o apresentador para um local confortável de formação de conhecimento.

As apresentações eram avaliadas por todos, e não eram isentas de críticas, essas críticas eram tecidas em conjunto, mas com a finalidade de acrescentar e colaborar com o aperfeiçoamento da apresentação, que acabara de fazer e as possíveis apresentações futuras, não só no GEI, mas pra todo âmbito acadêmico. Dessa forma, saber dar e receber críticas foi uma habilidade bastante desenvolvida no GEI.

Mesmo o GEI sendo este espaço rico de aprendizagem, por possuir um caráter extracurricular, em algumas vezes ocorreu o esvaziamento, sendo necessária formulação de es-



estratégias para continuação do GEI, como certificação ao participante que manteve frequência mínima e processo seletivo para toda comunidade acadêmica que tivesse interesse de participar do GEI.

O GEI proporcionou um espaço para o desenvolvimento habilidades para além do âmbito acadêmico, perpassando assim âmbito profissional e pessoal. Uma experiência que impulsionou a busca ativa de conhecimentos e a construção/percepção das interligações entre as diversas áreas do conhecimento. Além do aprofundamento de diversas temáticas trabalhadas, que por vezes não foram abordadas, ou abordadas de forma rasa na graduação. Proporcionou também um momento de convívio e troca de experiências com professores e alunos de graduações distintas.

RESULTADOS OBTIDOS

Ao longo dos encontros realizados, constatou-se a participação de estudantes de diferentes níveis e oriundos de diferentes cursos da área da saúde: BIS, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia. A partir dessa diversidade, os principais resultados atingidos pelo GEI que estão articulados com os princípios norteadores do PPC do BIS foram: i) estreitamento de vínculos educador-educando; ii) desenvolvimento de competências em estudos/trabalhos colaborativos, integrando estudantes iniciantes e avançados; iii) formação da autonomia para aprender a partir do exercício da metacognição; iv) formação para articulação de diferentes campos do saber; v) aprofundamento/pesquisa/ aprendizagem/socialização de conhecimentos básicos avançados; vi) desenvolvimento e exercício continuado de postura crítica e reflexiva.

As vivências no GEI revelaram que os princípios e estratégias adotadas contribuíram significativamente para o crescimento acadêmico e pessoal de discentes e docentes envolvidos, evidenciando a capacidade de superação e de extrapolar os conhecimentos construídos em sala de aula a partir de componentes curriculares. Isto pode ser comprovado pelos depoimentos dados, onde há relatos de estudantes que conseguiram se engajar em monitorias de ensino, projetos de pesquisa e extensão, assim como ingresso em programas de pós-graduação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interdisciplinaridade agregou valores ao trabalho desenvolvido pelo GEI, possibilitando aos estudantes a oportunidade de, além de aprofundar conhecimentos adquiridos através dos componentes curriculares da graduação, poder integrar esses saberes para resolução de problemas reais. Ao contrário do que se possa imaginar, a diferença entre níveis dos estudantes não se configurou como um obstáculo, observando-se forte interação entre os integrantes do grupo e o prazer em dividir e problematizar os conhecimentos adquiridos.

As contribuições do GEI estão evidenciadas nos registros de sucesso que a grande maioria dos discentes participantes apresenta, tais como: aprovação em programas de pós-graduação e processos seletivos para docência superior, excelentes colocações no ingresso em curso de segundo ciclo desejado, inserção em novos projetos de pesquisa e extensão. Adicionalmente, o trabalho aqui apresentado contribuiu para fortalecimento da articulação e integração docentes-docentes e docentes-orientandos, proporcionando um espaço continuado de diálogo, parceria e aprimoramento na academia.

Por fim, considera-se que relações se estabeleceram a partir da experiência de pesquisar, aprender e resolver problemas juntos. Conforme Mayworm (2005), “um senso co-

mum de identidade é desenvolvido e essas pessoas se tornam uma comunidade de prática”.

REFERÊNCIAS

CAPRA, F. **O ponto de Mutação**. São Paulo: Ed. Círculo do Livro, 1982.

CLOTET, J. Apresentação. In: AUDY, J. L. N.; MOROSINI, M. C. (Org.). **Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade**. EdIPUCRS, Porto Alegre, 2007.

FAVARÃO, N. R. L.; ARAÚJO, C. S. A. Importância da Interdisciplinaridade no Ensino Superior. EDUCERE. Umuarama, vol. 4, nº2, p. 103-115, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 13ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

MARINHO, J. C. B; SILVA, J. A; FERREIRA, M. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 429-444, 2015.

MAYWORM, M. **Comunidades de prática: um estudo de caso baseado e grupo de usuários java**. Disponível em: <<http://www.mayworm.com/comunidades>>, acesso em 30/07/2018.

MORIN, E. **Desafios da transdisciplinaridade e da complexidade**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 22-28, 2007.

MOROSINI, M. C. (Org.). **Inovação e Interdisciplinaridade na Universidade**. EdIPUCRS, Porto Alegre, 2007.

PAIVA M. R. F et. al. Metodologias Ativas de Ensino Aprendizagem: **Revisão Integrativa. SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.

SANTOS, A. Complexidade e transdisciplinaridade em educação: cinco princípios para resgatar o elo perdido. **Revista Brasileira de Educação**, vol. 13 nº 37, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do Curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde**. Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Núcleo Didático-Pedagógico, 2017.

VELASCO, S. Algumas reflexões sobre a política nacional de educação ambiental. **Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental**, v. 8, 2005. Disponível em: <<http://www.fisica.furg.br/mea/remea/vol8/sírio.pdf>>, acessado em 30/07/2018.



PROJETO SEMEANDO SABERES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Maeli Sales Santana
Tainá Santos Oliveira
Rodrigo Barbosa Alves
Riane Rosa de Almeida
Maria Luíza Camurugi Macedo
Sabrina Souza Silva
Micaele Gomes Moreira Angelim
Elivan Silva Souza*

INTRODUÇÃO

A saúde perpassa todas as dimensões da vida do ser humano, caracterizando-se por um equilíbrio entre diversos fatores ambientais e pessoais, que estão além da ausência de doenças. Dentre as dimensões da saúde podemos citar: alimentação, moradia, saneamento básico, lazer, transporte, educação, entre outros determinantes (COSTA, 2005).

Assim, para auxiliar a população a compreender o que é saúde são essenciais trabalhos educativos com grupos na comunidade, criando vínculos, derrubando barreiras entre os profissionais e os usuários dos serviços, e estimulando a participação do indivíduo no crescimento do seu meio social (SOUZA, et al., 2005; JUNQUEIRA, et al., 2011). O componente curricular Processos de Apropriação da Realidade (PAR), do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), tem uma proposta semelhante, tendo o objetivo de proporcionar interação entre os estudantes dos cursos de saúde e a comunidade externa, de bairros de Santo Antônio Jesus.

O PAR é dividido em cinco Unidades de Produção Pedagógica (UPP) com diferentes eixos temáticos com a finalidade de integrar ensino, pesquisa e extensão. Sendo assim, cada turma ao ingressar no 1º semestre do BIS passam a desenvolver trabalhos com determinada comunidade até o 5º semestre.

Para a turma 03, ingressante no Semestre 2015.2, a trajetória de cinco semestres aconteceu na comunidade do bairro São Benedito. Durante o PAR I, os estudantes foram inseridos no bairro, onde inicialmente as visitas foram observacionais, reconhecendo o bairro e seu funcionamento. Os estudantes foram instruídos pelos docentes responsáveis pela UPP a irem ao bairro com todos os sentidos sensíveis à dinâmica da comunidade. Em um segundo momento do PAR I, baseado em todas as observações relatadas, os estudantes foram divididos em quatro grupos de trabalho, com os seguintes temas: histórico-cultural, religiosidade, lazer e urbanização, e estrutura do bairro. A partir desses temas foi construído um instrumento de coleta de dados, a fim de conhecer a realidade daquela população. Concluindo o PAR I, os dados coletados foram utilizados para a produção de artigos, através da visão dos moradores em relação ao bairro.

Durante essa trajetória do PAR I, alguns sentimentos foram gerados nos estudantes, tal como, o estranhamento com relação ao desconhecido, a ansiedade e a insegurança pela incerteza do que seria produzido ao final do semestre. Em contrapartida a tantos sentimentos inquietantes, foi vivenciado sentimento de satisfação com relação aos resultados

adquiridos com a produção dos trabalhos, embora ainda não existissem vínculos diretamente estabelecidos com a comunidade e suas principais instituições.

A proposta de trabalho para o PAR II se constituiu com base no método etnográfico, onde inicialmente buscou-se embasamento teórico para aplicação do mesmo. A seguir, a turma foi subdividida em novas equipes para listar as principais instituições do bairro, classificando-as em escolas, instituições religiosas, comunidades sociais e unidades públicas de saúde. Posteriormente, cada equipe ficou responsável por visitar as instituições relacionadas às categorias citadas, a fim de acompanhar a rotina e a dinâmica, além de conhecer e construir vínculos com as pessoas que frequentavam aqueles espaços. Então, foi produzido um relato etnográfico sobre cada instituição visitada.

Ao compartilhar os relatos etnográficos, a turma foi particularmente afetada pelo relato sobre a instituição Universidade da Criança, um projeto filantrópico de caráter educacional criado em 2014, realizando as seguintes atividades: atividades pedagógicas; assistência social; atendimento psicológico; atendimento nutricional; atendimento médico; atendimento odontológico; atividade de recreação; atividades de artesanato para as mães dos alunos; atividades de valores e princípios, regido por uma instituição religiosa que tem base protestante e é bastante conhecida na cidade. Esse projeto impactou a turma, principalmente, por se tratar de um trabalho sem fins lucrativos em resposta a uma carência de creches públicas, que visa ajudar crianças de três a seis anos, cujas famílias do bairro, se encontram em estado de vulnerabilidade social. Além das cem crianças atendidas, de ambos os sexos, são oferecidas atividades para suas mães com intuito de ressocialização, a fim de tirá-las do contexto de violência e tráfico de drogas no bairro em que estão inseridas.

Após essa caminhada no PAR II, um novo desafio surgiu junto com o PAR III. A turma 3 teria que selecionar uma das instituições mapeadas no PAR II para ampliar os vínculos. Então, foi pactuado em sala que a instituição que a turma trabalharia seria a Universidade da Criança. A partir disso, a turma entrou em contato com a direção da escola, houve uma reunião com a diretora e as professoras para compreensão de necessidades e como a turma poderia promover uma ação junto à escola.

Ocorreu o planejamento de quais atividades seriam realizadas (oficinas para os pais e responsáveis, peças teatrais para as crianças, construção de uma horta no espaço da escola, além de outras atividades educativas solicitadas e planejadas em parceria com a equipe da Universidade da Criança). E foi através dessas atividades que algumas pessoas da turma pensaram na constituição de um projeto que realizaria trabalhos em turnos extracurriculares nesta instituição, onde haveria atividades recreativas e educativas para as crianças, envolvendo os princípios da escola e o tema do PAR III (alimentação), que foi definido em sala a partir das demandas da comunidade, atendendo também a proposta do semestre, objetivando conscientizar e ensinar as crianças como cuidar de sua alimentação, além de demonstrar o quanto uma alimentação rica em proteínas é importante para a saúde.

Esse trabalho foi pensado a partir da perspectiva de contribuir com o processo de formação/ação dos indivíduos para que estes tivessem autonomia no processo de saúde, melhorando sua qualidade de vida, facilitando a compreensão das múltiplas vertentes da saúde, proporcionando aprendizagem entre as partes envolvidas, comunidade, estudantes e profissionais de saúde (SOUZA, et al., 2005; JUNQUEIRA, et al., 2011).

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Participaram das atividades, propostas pelos discentes do BIS, estudantes da Universidade da Criança entre três e seis anos de idade, sendo 22 alunos da turma G3 (crianças

de três anos), 21 alunos da turma G4 (crianças com quatro anos), 22 alunos da turma G5 (crianças de cinco anos) e 19 alunos do 1º ano (crianças de seis anos), totalizando 84 alunos da instituição.

Sete estudantes com disponibilidade de três horas semanais deram início às atividades do projeto, que mais tarde foi nomeado: Semeando saberes. Os discentes eram acompanhados pela professora responsável pelo componente do BIS, que oferecia suporte e orientação para as atividades desenvolvidas, acrescentando à programação, atividades pedagógicas relacionadas à alimentação saudável, uma vez por semana durante o período letivo.

Desta forma, as atividades desenvolvidas neste projeto foram:

Visita à instituição: primeiro contato com a escola, em que foi possível conhecer o local, o projeto e a gestão. Logo, nessa oportunidade, o pré-projeto começou a ser delineado.

Preparação do espaço para horta: os estudantes do BIS foram auxiliados pelo voluntário da comunidade, Sr. Florenço (nome fictício), na preparação da terra para o plantio, com a construção de 3 leiras para germinação das sementes, bem como, preparação de espaço destinado à composteira, que receberia restos de frutas e verduras utilizadas na própria instituição, para produção de adubo a ser utilizado na horta da escola.

Plantio das primeiras sementes: os estudantes do BIS auxiliaram as crianças no plantio das primeiras sementes, apresentando-as, indicando o local que deveriam ser plantadas e explicando, em linguagem adequada, sobre o processo de germinação.

Realização da oficina plantio de mini hortas com os pais/responsáveis: os estudantes do BIS realizaram uma oficina sobre produção de mini hortas com os responsáveis das crianças, demonstrando como elaborar uma mini horta em casa, utilizando materiais de baixo custo, como garrafas pet. Assim, os participantes da oficina, tiveram a oportunidade de produzir e plantar as primeiras sementes de suas mini hortas.

Realização da oficina Higiene Bucal com as crianças: outro grupo de estudantes do BIS desenvolveu uma atividade de higiene bucal com as crianças. Auxiliados por atividades lúdicas e linguagem apropriada, os discentes motivaram as crianças presentes a escovarem os dentes por meio de brincadeiras e muita criatividade com espelhos e baldes compondo o que foi chamado de “escovódromo”. Ao final, todas as crianças receberam kits de higiene bucal com escova e creme dental, que foram identificados com seus respectivos nomes, para serem utilizados na escola. E ao longo do projeto, em alguns dias, as crianças foram novamente incentivadas a fazerem a escovação dentária após os momentos de lanche, com o auxílio de estudantes dos BIS.

Realização da Roda de Conversa sobre conservação de alimentos com pais/responsáveis: foi realizada uma roda para troca de saberes entre estudantes do BIS e os pais e responsáveis pelas crianças com o tema conservação de alimentos. Os proponentes da roda de conversa levaram alimentos e recursos para demonstrarem algumas formas de conservação de alimentos. Ao mesmo tempo, ouviam e aprendiam outras maneiras relatadas pelos participantes da roda de conversa. Assim, houve uma troca de saberes científicos e populares.

Realização da oficina com as crianças sobre consumo de frutas e legumes: desenvolveu-se também uma atividade com as crianças sobre a importância do consumo de frutas e leguminosas, em que foram empregadas peças teatrais infantis e uso de paródias com intuito de transmitir a mensagem como se todos estivessem brincando.

Planejamento da atividade fruta no pé e 1º colheita: foi desenvolvida uma atividade pedagógica que atendesse as necessidades da instituição e que fosse relativo à alimentação saudável e em seguida os discentes auxiliaram as crianças na primeira colheita.

Aplicação da atividade pedagógica “Fruta no pé”: a atividade consistia numa explicação breve sobre determinadas frutas, com o objetivo de fazer com que as crianças reconhe-

cessem a primeira letra das frutas, as cores, o processo de plantar, regar e colher, além da importância de consumi-las. Essa atividade foi desenvolvida com as quatro turmas.

Atendimento médico para avaliação de saúde: os estudantes junto à gestão programaram um dia para atendimento médico das crianças acompanhadas dos responsáveis. Os estudantes ficaram encarregados de auxiliar o médico, preencher as fichas elaboradas previamente com informações sobre a saúde das crianças, e orientar os pais sobre a realização dos exames complementares que seriam necessários.

Auxílio em atividades necessárias: auxílio em atividades dentro do cronograma escolar da instituição.

PERSPECTIVAS DOS ESTUDANTES

A realização do planejamento do projeto foi construída entre a gestão, os professores e os estudantes do BIS. Dessa forma, para além de inserir propostas particularmente acadêmicas, procurou-se atentar para as demandas da instituição, entendendo que falar com a comunidade é também ter uma escuta atenta e compreensiva às suas necessidades (MEK-SENAS, 1982). Neste diálogo, os discentes sugeriram a criação de uma mini horta e atividades sobre alimentação saudável, que foram recebidas com empolgação pelos professores e gestão que agregaram ideias e opiniões à proposição.

Para iniciar o projeto da horta era primordial que o terreno fosse preparado para receber as sementes, por isso, os estudantes foram auxiliados por um dos voluntários da comunidade que apoia a escola. A experiência do cuidado com a terra, para muitos uma novidade, reuniu uma série de sentimentos, estranheza e desconforto, mesclados com empenho, dedicação e força de vontade, gerando euforia, risos, interação entre os colegas de turma e, ao final, uma imensa sensação de satisfação. Assim, esse projeto foi iniciado utilizando como recurso de aproximação a construção da horta.

As crianças, acompanhadas e auxiliadas pelos estudantes do BIS, plantaram as primeiras sementes e tiveram expectativas de colher muitos ganhos. A complexidade envolvida no processo de organização dos pré-escolares nessa atividade, própria de quem desconhece os princípios da pedagogia infantil, indicou a necessidade da interação com os professores da escola, assim, a dificuldade inicial foi sendo substituída pelo compartilhamento dos saberes entre os estudantes do BIS, os professores da escola e voluntários da comunidade. Dias depois, foi realizada a primeira colheita de verduras e leguminosas, que possibilitou o envolvimento das crianças com cuidado ambiental, além de conversas e atividades relacionadas a hábitos saudáveis.

Houve ainda uma oficina de produção de mini hortas que gerou troca de conhecimentos técnicos e populares, com a finalidade de que o hábito do plantio perpassasse os muros da instituição e, além disso, incentivasse a atuação dos pais no processo educacional dos filhos, entendendo que a participação operante da família nas atividades escolares têm grande relevância para o desempenho do educando. Enquanto os responsáveis participavam da oficina, outro grupo de estudantes se dedicavam à prática de higiene bucal com as crianças, associando essa atividade sempre ao tema principal do projeto – hábitos alimentares saudáveis – tendo como principal desafio obter a atenção da garotada, o que nem sempre foi fácil, mas não trouxe prejuízos às ações propostas, demandando habilidades dos estudantes do BIS para lidar com o grupo específico de pré-escolares.

Essas experiências facilitaram o planejamento e execução da atividade pedagógica “Fruta no pé”, que teve como objetivo fazer com que as crianças reconhecessem a primeira letra das frutas, as cores, o processo de plantar, regar e colher e a importância de consumi-

-las. Apesar de ser a mesma proposta de atividade, cada sala correspondeu de uma forma diferente, no entanto, ambas obtiveram resultados satisfatório de aprendizagem. A tarefa superou as expectativas, havia um interesse em participar, aprender e contribuir com a proposta gerando uma grande interação entre os estudantes do BIS, professoras e pré-escolares.

A Universidade da criança é uma instituição com atuação interdisciplinar. Contribuir com essa proposta foi um privilégio para os estudantes do BIS, que junto à gestão programaram um dia para atendimento médico das crianças acompanhadas dos responsáveis, o que foi um excelente momento para os discentes estabelecerem diálogo com pais e responsáveis das crianças, e um forte aliado para aproximação dos envolvidos. Para além da literatura, eles puderam vivenciar a interdisciplinaridade na íntegra, concordando que é a prática que valida o discurso e não o contrário (MEKSENAS, 1982).

Ao consolidar a temática alimentação saudável, as crianças e os responsáveis foram novamente convidados a participarem de oficinas, com novos temas (para os adultos) e um teatro infantil sobre a importância do consumo de verduras, legumes e frutas (para as crianças). Percebeu-se que a relação entre os estudantes do BIS, pais e crianças estava estabelecida, e o laço de amizade estava também mais estreito, havendo uma sensação de familiaridade por parte das professoras, algo que foi construído através do trajeto percorrido.

Assim, após essas atividades, as quais fortaleceram os vínculos não apenas com a instituição, mas também com as crianças que lá estudam e seus responsáveis, a turma construiu um questionário para ser aplicado com os pais das crianças, buscando identificar informações sobre aquela população e sua realidade. Tais informações foram utilizadas na produção do Portfólio Reflexivo Integrador (PRI).

Durante o PAR IV foram utilizadas as informações adquiridas no PAR III para dar continuidade à proposta do componente curricular com a comunidade, visando a integração entre ensino, pesquisa e extensão. Prosseguindo o trabalho realizado no semestre anterior, a horta continuou sendo mantida pela instituição, membros da comunidade e crianças, sendo utilizada como fonte de renda para produção do livro de formatura da turma do 1º ano. Dessa forma, percebemos que o vínculo com a instituição proporcionou um acesso mais aberto ao bairro, o que facilitará as futuras propostas de atividades junto à comunidade, visto que a trajetória da turma 3 na comunidade São Benedito ainda está em construção.

AGRADECIMENTOS

A elaboração e realização desse projeto não teria sido possível sem o estímulo, colaboração e empenho de diversas pessoas. Em especial, a Profª Drª Simone Seixas da Cruz, docente responsável pelo componente Processo de Apropriação da Realidade III e a Prª Rita Gomes, diretora da Universidade da Criança, que forneceram todo o apoio e incentivo necessário para estreitar a relação da turma com as pessoas do local, principalmente os pais, e tornou o projeto um verdadeiro sucesso. Há também o Sr. Florenço (nome fictício), zelador da instituição e de crucial importância na construção da horta, fornecendo instruções valiosas e auxiliando desde a escolha do local até a manutenção, e toda a equipe que presta serviços à Universidade da Criança pelo apoio e receptividade.

REFERÊNCIAS

COSTA, H. A educação que produz saúde. Série F. **Comunicação e educação em saúde**. Brasília: Ministério da saúde, 2005.



JUNQUEIRA, M.A.B.; CAMPOS, C.S.; CHAVES, L.A.; DIAS, L.P.; DIAS, M.P. **A educação que produz saúde:** um relato de experiência. Uberlândia – MG: Rev. Em Extensão, 2011.

MEKSENAS, P.; PENTEADO, N. L. **Como trabalhar com o povo?** São Paulo: Pastoral de juventude setor pastoral vila prudente, 1982.

SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S; COSTA, L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.S. **A educação em saúde com grupos na comunidade:** uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Porto Alegre – RS: Rev. Gaúcha de Enfermagem, 2005.



A EXPERIÊNCIA DO BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE DA UFRB NO PET-SAÚDE/GRADUA SUS

*Fran Demétrio
Micheli Dantas Soares
Emmanuelle Fonseca Marinho de Anias Daltro
Rafael Brito
Tatiane Santos Couto de Almeida
Lara Granja Santos
Rebeca Correa Rossi
Flávia Karine Pereira Nery
Jamile Gomes Ferreira
Daniele de Andrade Santos
Luana Maria Gabriel Barreto
Gleidson Cerqueira dos Santos Pereira
Erycles Paixão Barros
Vânia Sampaio Alves
Ismael Mendes Andrade
Graciete Maria Santos de Magalhães
Carla Cardoso*

NOTAS INTRODUTÓRIAS

O Projeto Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde)/Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, desenvolvido no âmbito do PET-Saúde/GraduaSUS, tem o objetivo de analisar a implementação dos programas de ensino-aprendizagem dos módulos de Processos de Apropriação da Realidade (PAR), constituintes do Curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB), e suas contribuições à formação para o SUS e à articulação ensino-serviço-comunidade.

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) foi criada em 2005 no contexto da Política de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). O Centro de Ciências da Saúde (CCS) foi implantado em 2006, em Santo Antônio de Jesus-BA, com a oferta dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia.

Em 2007, a UFRB aderiu por completo ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), correspondendo, assim, a uma das 17 universidades que apresentaram projetos de reestruturação curricular de cursos já existentes ou a proposição de cursos de graduação com propostas inovadoras nas práticas pedagógicas e implantação de flexibilidade e interdisciplinaridade curriculares. Nesse contexto, foi criado, em 2009, o curso de Bacharelado Interdisciplinar (BI) em Saúde, com proposta de formação geral no campo da saúde, articulada a saberes concernentes à cultura humanística, artística e científica, com vistas ao desenvolvimento de competência política, ética e humanística, pautada nas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2012, como parte da Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas, foi implantado no CCS/UFRB o curso de Medicina, com um projeto pedagógico inovador pela

incorporação do regime de formação em ciclos. Essa proposição pedagógica intensificou os debates acerca da reestruturação curricular no âmbito do CCS, que culminou, em 2013, com a aprovação do Regime de Ciclos e estrutura curricular modular, com o primeiro ciclo de formação dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Medicina e Psicologia correspondendo ao Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS). Com a aprovação desse modelo pedagógico, a partir de 2014, o ingresso aos cursos do CCS ocorre via BI em Saúde, o qual tem duração de seis semestres e contempla componentes curriculares das áreas de Humanidades, Ciências Básicas e Saúde Coletiva, apresentando uma formação geral, científica e básica do campo da saúde. O estudo dos componentes curriculares específicos é iniciado no sétimo semestre com acesso dos estudantes ao segundo ciclo de formação.

O BI em Saúde possui uma matriz curricular organizada em seis Unidades de Produção Pedagógica (UPP), correspondentes aos semestres letivos. Cada UPP é orientada por um eixo temático, que favorece a integração e articulação entre módulos teóricos e práticos. O módulo “Processos de Apropriação da Realidade”, ofertado da primeira a quinta UPP, caracteriza-se pela transversalidade na matriz do curso e pelas vivências de pesquisa e de extensão em contextos comunitários e em equipamentos de saúde (Unidades de Saúde da Família, escolas, creches, espaços de convivência para idosos, associações comunitárias entre outras). Trata-se de um componente curricular estratégico para a formação inter e transdisciplinar em saúde e integração ensino-serviço-comunidade, haja vista a articulação teoria-prática, integração de conhecimentos técnico-científicos e saberes populares, desenvolvimento de habilidades e competências relacionais e comunicacionais, tão relevantes para a reorientação da formação para o SUS.

Os módulos “Processos de Apropriação da Realidade” contabilizam uma carga horária de 391 horas de ações de pesquisa, extensão e ensino. Suas práticas se destinam ao desenvolvimento de ações vinculadas e atuadas em territórios, configurando-se como dispositivo político-pedagógico de curricularização da pesquisa e da extensão e de incentivo à inter e transdisciplinariedade, tendo em vista que tem a função de articular e integrar os conteúdos discutidos no âmbito dos demais componentes que conformam cada UPP da matriz curricular do curso.

O PET-Saúde/GraduaSUS, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus-BA, abriu processo seletivo para o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde no ano de 2016 tendo como proposta de trabalho a análise, sistematização e aprimoramento das metodologias de ensino aprendizagem, de vivências, de pesquisa e de extensão universitária em comunidades desenvolvidas na matriz curricular do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, tendo como foco de investigação a análise e o acompanhamento do desenvolvimento acadêmico das turmas dos módulos “Processos de Apropriação da Realidade” e o fortalecimento da integração ensino serviço-comunidade.

PERCURSOS METODOLÓGICOS

O Projeto PET-Saúde BIS foi operacionalizado em três etapas: reuniões periódicas dos pesquisadores e estudantes envolvidos no projeto; realização de grupos focais com discentes e docentes que já haviam tido experiência com o PAR e participação em oficinas teórico-metodológicas com docentes que lecionam no PAR. Para a realização da primeira etapa do projeto, os estudantes-bolsistas, estudantes-voluntários, tutores, preceptores e coordenadores do PET-Saúde BIS reuniram-se no CCS, semanalmente, entre maio de 2016 e dezembro de 2017, para aprofundamento teórico-metodológico e elaboração dos roteiros a serem utilizados nos grupos focais, dentre outros encaminhamentos acadêmicos e

administrativos.

Neste processo, as reuniões tinham como objetivos: discutir o cenário do PAR, por parte dos atores que compunham a equipe do PET_Saúde BIS; debater o modelo de formação em ciclos; delinear objetivo, metodologia e técnica de produção de dados; compreender e apropriar-se dos métodos e técnicas adotados; discutir os resultados alcançados.

Na segunda etapa foram realizados grupos focais com discentes do BIS das turmas 2013.2, 2014.1, 2014.2, 2015.1, 2015.2. Foram formados grupos de 6-8 discentes que estavam no segundo ciclo dos cursos oferecidos pela UFRB-CCS e um grupo com oito docentes que ministraram o PAR. Os grupos focais foram conduzidos por duplas, compostas por discente e preceptor técnico integrantes do PET/BIS. Cada grupo focal teve a durabilidade de aproximadamente 1 h e 30 min.

A terceira etapa constituiu-se na participação dos pesquisadores do PET/BIS em oficinas teórico-metodológicas dos docentes que lecionam aulas no PAR, denominadas de Oficinas de Articulação do PAR. Nestas oficinas foram rediscutidos os propósitos, objetivos e finalidades do PAR para a formação em saúde e para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, como parte das atividades do grupo PET-Saúde/BIS, os estudantes petianos passaram a participar das Oficinas de Articulação do PAR. Devido a convergência dos objetivos do PET-Saúde/BIS com o propósito destas Oficinas, foi possível considerar a contribuição satisfatória dos integrantes do PET nas reuniões dos docentes. Alguns desses participaram como ouvintes auxiliando, quando necessário, na discussão, com base em suas experiências. Além disso, na programação destas oficinas foi dedicada uma pauta para apresentação dos resultados preliminares oriundos dos grupos focais realizados com as turmas do PAR pelo grupo PET-Saúde/BIS/GraduaSUS.

A EXPERIÊNCIA DO PET-SAÚDE/BIS/GRADUASUS: PESQUISA E INTERVENÇÃO POR MEIO DE PROCESSOS DE APROPRIAÇÃO DA REALIDADE

Por meio do método utilizado pelos integrantes do PET-Saúde/BIS/GraduaSUS para cumprir com o objetivo do Programa, ficou perceptível algumas contribuições para o componente curricular em questão, e conseqüentemente para o BIS. Por meio da realização dos grupos focais, os integrantes do Programa passaram a perceber e se aproximar dos alcances e limites demonstrados pelo PAR. Além disso, os integrantes estudantes já haviam passado ou estavam passando por esses componentes, o que os faziam também próximos a este contexto. Neste sentido, é possível assumir que os resultados derivados do trabalho do PET-Saúde/BIS/GraduaSUS tem potencial de repercussão positiva e efetiva na recondução da formação em saúde para fortalecimento do SUS e maior articulação ensino-serviço-comunidade, considerando a análise da implementação do PAR por parte dos atores da comunidade acadêmica que o experenciam, bem como por sua contribuição nas discussões institucionais que tem como propósito o acompanhamento, avaliação e planejamento destes componentes curriculares.

Considerando análises preliminares dos grupos focais desenvolvidos com turmas de estudantes e de docentes que lecionam no PAR, descrevem-se abaixo resultados relativos à:

- Percepção dos atores sociais acadêmicos acerca do entendimento do PAR, em termos das características que são reconhecidas pelos atores sobre o PAR;
- Vivências docente e discente no PAR e atividades que são realizadas na sua implementação;
- Alcances das ações que foram conquistadas considerando os objetivos do PAR;

- Limites que a implementação do componente enfrenta para o alcance dos objetivos previstos no Projeto Pedagógico do Curso;
- Sugestões para o aperfeiçoamento do PAR.

Considerando as narrativas que remetem às características do PAR por parte dos atores acadêmicos foi possível identificar que determinados grupos focais de turmas mais recentes (2015.1 e 2015.2) o identificam como componente processual no processo formativo. Enunciados como “O PAR é um componente que engatinha” remetem a uma definição associada aos ciclos da vida, construção e maturação. Por seu turno, percebe-se o reconhecimento dos discentes dos objetivos do componente, que é o aprendizado contextualizado e dialogado com uma dada realidade, tal como “o PAR é uma tentativa né, uma tentativa de aproximar a gente da comunidade, de tirar esse olhar de fora e trazer pra dentro”, ou ainda, “o PAR o que é que é? O PAR é o contato com a comunidade. Aí a gente já quer várias coisas, “vamos ajudar, somos os salvadores da pátria” e aí não é isso”. Em concordância, os discentes do segundo ciclo afirmam que “afinal o PAR é o Processo de Apropriação da Realidade, então é uma construção”. É importante destacar falas dos discentes do segundo ciclo que afirmam que “se não tivesse PAR, não existiria o BIS”, portanto, denotando a singularidade deste componente como referencial da formação inter e transdisciplinar em saúde e sua contribuição com a aproximação entre universidade e realidades concretas ou comunitárias.

Considerando o Grupo Focal Docente percebe-se o PAR como um componente desafiador para o corpo docente, na medida em que “ele é processo, que é processual tanto para os docentes, quanto para os discentes, cada PAR, cada semestre o PAR é diferente, nunca é igual”. Expressões como “o que eu entendo, é que o PAR é uma aproximação dos discentes e dos docentes também com a realidade”, demonstram a indissociabilidade do PAR com a comunidade e os serviços/equipamentos de saúde, contexto no qual os aprendizados significativos apresentam potencial mais efetivo de consecução. Por outra via, complementar a este entendimento, têm-se falas que expressam o caráter não fragmentado deste dispositivo pedagógico tão necessário no contexto da formação em saúde para o SUS, qual seja: “PAR ele não é só aquela ilha ou aquele latifúndio, ou só aquele semestre, o PAR é o conjunto dos cinco processos, dos cinco semestres desse estudante”. Desta forma, é possível considerar que os resultados dos grupos focais remetem à proximidade das percepções das características do PAR com o desenho postulado no Projeto Pedagógico do Curso de se constituir como componente curricular transversal e processual na formação em Saúde, elementos caros à sustentabilidade do SUS.

No que diz respeito à vivência do PAR, correspondendo aos aspectos que foram vivenciados pelos discentes e docentes nas suas experiências com o PAR, destacam-se abaixo alguns relatos e considerações que marcaram as trajetórias dos atores envolvidos neste componente curricular.

As atividades desenvolvidas nas comunidades pelo PAR foram, em sua maioria, diferenciadas, mas seguindo os objetivos de cada UPP. O primeiro contato dos discentes com a comunidade, assim como a escolha desta e a divisão de trabalho, foi visto em alguns casos como uma dificuldade no processo. De um modo geral, apesar de considerarem que a “observação também é um método”, a maior parte dos grupos considerou as visitas, em primeiro momento, como poucas e insuficientes para a criação de vínculo.

As vivências eram pautadas nas metodologias utilizadas em cada PAR. Uma das atividades propostas foi a experiência de acompanhamento de famílias durante um semestre, o que figurou para a turma como uma atividade bastante satisfatória com os aprendizados



gerados durante o período.

Os estudantes do primeiro ciclo (BIS) relataram que a criação de vínculo foi um dos objetivos precípuos relatados em diversas experiências vivenciadas pelos discentes. Para alcançar tal objetivo foram realizadas diversas atividades que buscavam articulação e integração com os moradores da comunidade, a exemplo de rodas de conversas, diálogo com grupos de capoeira, representantes religiosos, associações comunitárias, profissionais e serviços de saúde da rede SUS e outros representantes da comunidade. No entanto, os relatos sugerem que a criação de vínculos a partir das vivências relatadas não foi exitosa em todas as experiências relatadas.

Os estudantes do segundo ciclo destacaram vivências que marcaram as suas turmas. As principais ocorreram em torno de atividades práticas na comunidade, principalmente dirigidas a grupos específicos: atividades práticas nas escolas, atividades práticas desenvolvidas no centro comunitário, aproximação com a unidade básica de saúde, dialogando com as gestantes e puérperas, diálogos com pessoas que compõe um grupo de capoeira e uma associação por exemplo, as gestantes. Cafés da manhã com profissionais de saúde de unidades básicas e outros “eventos” para a comunidade, também foram relatados como estratégia de criação de vínculo nos grupos analisados.

O grupo dos discentes que já haviam concluído o BIS e vivenciado todo o processo do PAR em todas as UPPs apontou aspectos interessantes acerca da construção de questionários de investigação da situação de saúde comunitária e estabelecimento de vínculo, classificando como (des)construção o processo de ir à comunidade com objetivo de observar, aproximar-se e conversar com os moradores. Estas atividades permitiram repensar conceitos prévios acerca da comunidade escolhida e das questões de saúde-doença-cuidado observadas à luz do olhar da comunidade local.

Os docentes relataram suas experiências no PAR evidenciando a relação deles com os discentes, afirmando que sempre incentivavam o protagonismo dos mesmos para o desenvolvimento das atividades em sala e na comunidade. Os docentes relataram que o PAR é uma constante zona de conflito, isto porque visa desconstruir um modelo de conhecimento pautado na reprodução cartesiana e não na construção conjunta e integrada (docente e discente). A operacionalização do PAR ficou de certa forma mais clara e mais frequente nos enunciados deste grupo focal. Desde a dificuldade em seguir um cronograma pré-estabelecido, devido à característica do PAR de “ir mudando de acordo com as circunstâncias” até a questão de operacionalização do vínculo. Este é compreendido como “processual e com limites”, respeitando a dinâmica de cada comunidade. A orientação para o SUS no âmbito do PAR é observada como orientadora pelos docentes, todavia, destaca-se que esta orientação é descrita de forma mais tímida pelos estudantes.

De forma geral, a operacionalização do PAR vista a partir dos grupos focais, apesar da linha tênue com outras categorias como vivências e limitações, mostra como se desenvolvem atividades teóricas e práticas a partir do que é entendido como objetivo pelos docentes e discentes.

Foi possível identificar, a partir das experiências, os limites que se interpõem na implementação dos objetivos propostos, bem como de aprendizagens mais significativas, os quais serão descritos a seguir.

Os discentes da turma 2015.2 que correspondia ao segundo semestre do BIS quando foi realizado o grupo focal, apontou como limites percebidos até então o fato do docente responsável pelo Processo de Apropriação da Realidade (PAR), não acompanhar os discentes nas idas às comunidades. Justificaram esse limite com o fato da maioria dos discentes não conhecerem a cidade de Santo Antônio de Jesus. Além desse fator, os discentes da





mesma turma também apontaram como limite a falta de objetividade do componente. A “extrema flexibilidade” do componente também foi mencionada como limite, pontuando que os discentes ficam “soltos” ao longo do semestre.

Além disso, os discentes do BIS deixam o PAR em “segundo plano” por ser um componente mais flexível. E os últimos limites relatados pela turma destacam que os docentes não tem experiência com comunidade, justificando isso com o discurso de que querem aplicar experiências de outros locais na comunidade de escolha, o que não funciona por ser outra cultura e contexto específico, outro meio; e que o PAR não une todos os semestres, cada um é diferente, não havendo uma linearidade e nem a construção de vínculo.

Outro limite apontado pelas turmas diz respeito à quantidade de idas à comunidade, considerada como insuficiente, dificultando a criação de vínculo. Além disso, houve enunciados que remetiam a falta de linearidade entre os PAR, evidenciando pouca comunicação e diálogo entre os docentes de um PAR e outro; e acrescentando a ausência de relação entre o PAR e os demais componentes do BIS. Ademais, pontuaram também o fato de “usar a comunidade” e não dar devolutivas resolutivas para a mesma, alertando para o risco da comunidade “se fechar” para a Universidade.

A troca de docentes do PAR entre os semestres subsequentes é considerada como limite pelos discentes, em virtude de perspectivas e visões diferenciadas entre os docentes.

Por fim, o último grupo focal realizado foi com os professores do PAR. Esses relataram como limite para o componente a percepção dos discentes sobre o PAR, visto que estes advinham de uma formação sedimentada na fragmentação do olhar em saúde, o que comprometia a compreensão do processo formativo que propõe o PAR. Além disso, o “fato do PAR só funcionar se o coletivo funcionar”, sendo difícil fazer com que todo um coletivo se envolva com a ideia do componente.

Outro limite é a dicotomia qualitativo e quantitativo que afasta alguns docentes, prejudicando o trabalho do PAR que precisa ser realizado em conjunto entre os diversos métodos e teorias de saúde; e a falta de um docente que atravessasse todos os PAR como elemento norteador e propulsor do vínculo, integração e circularidade dos saberes e práticas construídos ao longo dos distintos PAR.

Considerando os alcances que a proposta do PAR atingiu para os atores sociais, representado por ações que foram conquistadas de acordo com os objetivos do PAR, pode-se considerar que os discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde do primeiro ciclo e do segundo ciclo e os docentes apresentaram percepções complementares, como relatado a seguir.

Os discentes da Turma 2013.2 afirmaram que o PAR os fortaleceu enquanto turma. Para eles, o PAR possibilitou a relação interpessoal e o trabalho em grupo, mesmo num cenário de concorrência para acesso ao segundo ciclo. Um dos alcances do PAR, segundo a Turma 2013.2, é a potência de trabalhar com o inesperado e, ao final, perceber que houve a criação de vínculos, algo que, para eles, representa um aprendizado para além da literatura, e se constitui em princípio caro para a formação para o trabalho em saúde no SUS.

A Turma 2014. 2 reafirmou o trabalho com as pessoas e com as famílias como um alcance do PAR, mesmo relatando a fragilidade nos vínculos formados. Outro alcance evidenciado pela Turma 2014.2 foi o conhecimento da região e do território. Para eles, esta aproximação tem importância para o futuro profissional atuante no SUS, pois, consideram uma relação positiva entre o sucesso da clínica e o conhecimento sobre a situação sanitária dos indivíduos, família e comunidade.

A Turma 2015.1 trouxe como alcance do PAR a flexibilidade e a experiência dos docentes. Para eles, o contato com dois docentes (geralmente, de formações e áreas dife-



rentes), em especial, mudou a visão que tinham sobre o componente e sobre o exercício da interdisciplinaridade em saúde. Para esta turma, ainda, foi evidenciada como alcance a introdução, na formação, de metodologias ativas e vivas, como, por exemplo, a Roda de Conversa, o que permitiu “ver a realidade das pessoas fora dos livros e das teorias”.

Para a turma 2015.2, um dos alcances do PAR é a articulação com componentes teóricos. Como exemplo foi citado o “casamento” entre Sociedade, Cultura e Saúde Coletiva com o PAR.

Os estudantes do Segundo Ciclo relataram como alcance do PAR o aprendizado de que “não se deve levar as coisas prontas”, que a base do trabalho em comunidade é a construção coletiva, o diálogo e o saber lidar com o inesperado. Entretanto, eles ressaltaram que essa reflexão só foi possível com o tempo: “com o processo você acaba aprendendo realmente qual o intuito daquilo tudo”.

Para os docentes, um dos alcances do PAR é romper com a lógica de mercado na qual o complexo médico-industrial impera. Para eles, o PAR representa uma proposta extremamente ousada, que traduz o próprio projeto do REUNI: interiorizar para democratizar o acesso, mas, sobretudo, criar um paradigma novo de formação.

O Grupo Docente apresenta, ainda, como alcance do PAR, a retomada da prática, sobretudo no território comunitário, na qual os alunos podem ter o contato com atores sociais protagonistas. Para eles, o PAR, também, reforça a responsabilidade social da Universidade e vem se constituindo como um indutor de integração entre os módulos.

Considerando o conjunto dos enunciados que expressam reconhecimento das características, vivências, limites e alcances do componente PAR para formação em Saúde e fortalecimento do SUS, os resultados dos grupos focais apontaram sugestões que visam o aprimoramento do componente para consecução destes objetivos, descritos abaixo.

Os estudantes do BIS do primeiro ciclo e do segundo ciclo e os docentes produziram críticas construtivas, no sentido de, além de relatar o que era visto como problema/limite, acrescentarem possíveis “soluções” para tal:

- Professores realizassem um momento de integração durante o semestre, no qual os discentes conseguissem experienciar a interdisciplinaridade em ato.
- Permanência de um docente que acompanhasse a sequência de PAR nas cinco UPP;
- Maior frequência de aulas nas comunidades;
- Promover atividades continuadas na comunidade e nos serviços/equipamentos de saúde;
- Maior articulação entre os docentes*, tanto do PAR quanto dos componentes de cada UPP;
- Aperfeiçoamento do direcionamento relacionado ao SUS;
- Desenvolver atividades vinculadas a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF);
- Aperfeiçoar os retornos das atividades desenvolvidas à comunidade;
- Momento de integração entre os professores em cada UPP: integração/diálogo tanto entre os docentes de cada PAR específico, quanto dos docentes de cada UPP específica como um todo.
- Aumentar o referencial teórico antes das atividades práticas: Paulo Freire, Boaventura de Sousa Santos, artigos sobre territorialização, funcionamento do SUS, políticas públicas de saúde;
- Construção de um cronograma de atividades do PAR (até mesmo para o acompanhamento da comunidade).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados preliminares do PET-Saúde/BIS/GraduaSUS apontam, de um lado, para a relevância do componente PAR na formação em saúde no BIS e para o SUS, por outro lado, aos desafios que se apresentam na sua implementação para alcançar, de forma significativa, os objetivos propostos e contribuir para o fortalecimento do SUS. Depreendeu-se dessa experiência com o PET-Saúde/BIS/GraduaSUS a produção de um substrato valioso que permitirá reflexões, debates e redirecionamentos do componente PAR no BIS.

Por fim, os resultados remetem para um conjunto de proposições que visam o aperfeiçoamento do componente. Estes resultados estarão à disposição para o diálogo institucional, em especial, com coordenação de curso do BIS e docentes que estão na condução do componente, com os serviços de saúde e as comunidades locais do município de Santo Antônio de Jesus.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA-FILHO, N. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. The Lancet – Saúde no Brasil; 2011.

DEMÉTRIO, F.; ALVES, V. S.; BRITO, S. M. **Bacharelado Interdisciplinar em Saúde: a concepção positiva de saúde como referencial (re)orientador do modelo de formação**. In: SANTANA, L. A. A.; MEIRELES, E.; OLIVEIRA, R. P. BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. 176p.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149-180.

CECCIM, R.B. ; FEUERWERKER, L.C.M. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, set-out, pp.1400-1410, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

PAIM, J. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p.

RIBEIRO, Marcos Aguiar et al . Oficina Mapa Vivo na atenção básica: estratégia de planejamento local ao combate ao Aedes aegypti. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe2, p. 338-346, June 2017 .

SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P.; SOARES, M. D.; KLEIN, S. O. T. **O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia**. In: SANTANA, L. A. A.; MEIRELES, E.; OLIVEIRA, R. P. BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. 176p.

SOARES, M. D.; SANTANA, L. A. A.; OLIVEIRA, R. P.; ALVES, V. S. **Processos de Apropriação da**



Realidade: integração ensino, pesquisa e extensão na matriz curricular. In: SANTANA, L. A. A.; MEIRELES, E.; OLIVEIRA, R. P. BIS – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB: inovações curriculares, formação integrada e em ciclos. Cruz das Almas, BA: UFRB, 2016. 176p.

TREVIZAN, S. P. Ciência, meio ambiente e qualidade de vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade comprometida com sua comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v.5, n. 01, p. 179-186, 2000.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde.** In: VASCONCELOS, E. M. Caderno de Educação Popular em Saúde. Rio de Janeiro, 2007. p. 18-29.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA (UFRB). **Projeto Pedagógico do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.** Pró-Reitoria de Graduação. Coordenadoria de Ensino e Integração Acadêmica. Núcleo Didático-Pedagógico. 2014.







