

**AS METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE: UMA
CRÍTICA À LUZ DO MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO**

**LAS METODOLOGÍAS ACTIVAS EN LA FORMACIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD:
UNA CRÍTICA A LA LUZ DEL MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉCTICO**

**THE ACTIVE LEARNING METHODOLOGIES IN THE EDUCATION OF THE HEALTH
PROFESSIONAL: A CRITIC UNDER THE LIGHT OF HISTORICAL-DIALECTICAL
MATERIALISM**

DOI: <https://doi.org/10.9771/gmed.v15i1.52679>

Nathania Vaz Santiago¹

Nilson Berenchein Netto²

Resumo: As metodologias ativas estão se expandindo e se consolidando como teoria e prática pedagógica na formação do profissional de saúde, produzindo a necessidade de análise deste fenômeno, buscando compreender suas origens, desenvolvimento e consequências para a formação, atuação e consciência social dos trabalhadores da saúde. O objetivo deste trabalho é investigar as determinações materiais, bem como suas expressões filosóficas, políticas e ideológicas, do processo de adesão às metodologias ativas na formação do profissional da saúde, à luz do materialismo histórico-dialético.

Palavras-chave: Metodologias ativas. Formação profissional em saúde. Reforma Sanitária. Materialismo histórico-dialético. Estratégia Democrático-Popular.

Resumen: Las metodologías activas están en expansión y consolidación como teoría e práctica pedagógica en la formación del profesional de salud, produciendo la necesidad del análisis de este fenómeno, buscando comprender sus orígenes, desarrollo y consecuencias para la formación, actuación y conciencia social de los trabajadores de la salud. El objetivo de esto trabajo es investigar las determinaciones materiales, bien como sus expresiones filosóficas, políticas e ideológicas, del proceso de adhesión a las metodologías activas en la formación del profesional de salud, a la luz del materialismo histórico-dialético.

Palabras clave: Metodologías activas. Formación profesional en salud. Reforma Sanitária. Materialismo histórico-dialético. Estrategia Democrático-Popular.

Abstract: The active learning methodologies are expanding and consolidating as pedagogical theory and technique in the education of the health professional, producing a need to analyze this phenomenon, seeking to understand its origins, development and consequences for the education, practice and social consciousness of the health workers. The aim of this study is to investigate the material determinations and their philosophical, political and ideological expressions in the process of affiliation to the active learning methodologies in the education of the health professional, under the light of historical-dialectical materialism.

Keywords: Active learning methodologies. Health professional education. Health Care Reform. Historical-dialectical materialism. Popular-democratical Estrategy.

Introdução

As metodologias ativas estão em franco processo de expansão e de consolidação como teoria e prática pedagógica na formação do profissional da saúde, sendo possível constatar sua implementação em diversos cursos de graduação cujos projetos político-pedagógicos estão parcial ou integralmente fundamentados na pedagogia escolanovista e no paradigma construtivista do conhecimento (MARIN et. al., 2010; MELO, SANT'ANNA, 2012). 2017). Segundo Sobral e Campos (2012),

A metodologia ativa (MA) é uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, nos quais o educando participa e se compromete com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções (SOBRAL, CAMPOS, 2012, p. 209).

De acordo com Lima (2017) as metodologias ativas têm origem no movimento escolanovista e seu objetivo é o de promover a proatividade, a conexão do processo de aprendizagem com a realidade, o comprometimento e a colaboração dos participantes do processo educativo, além do desenvolvimento do raciocínio e da capacidade de intervir na realidade. A aplicação das metodologias ativas na formação do profissional de saúde seria responsável por estimular o estudante a exercer a reflexão de forma crítica e transformadora, além de promover a valorização de todos os atores envolvidos no processo de construção do conhecimento, estimular a liberdade de pensamento e de trabalho em equipe, e vincular as práticas do sistema de saúde à formação acadêmica (ROMAN et. al., 2017).

O escolanovismo é uma concepção pedagógica fundamentada na oposição ao ensino tradicional e na retirada da transmissão de conteúdo do centro do processo educativo, inserindo a pesquisa e a construção de conhecimentos pelos próprios estudantes em seu lugar. O escolanovismo se opõe à educação tradicional por entender que o objetivo da escola deveria ser o desenvolvimento de habilidades necessárias para a vida na sociedade moderna, não a transmissão dos conteúdos científicos. A filosofia pragmática e liberal de John Dewey, principal expressão da pedagogia da Escola Nova, defende a formação centrada na inserção harmônica do homem na sociedade, orientado para o exercício de seus direitos e deveres (DERISSO, 2010).

O paradigma construtivista sustenta que o conhecimento é produto da atividade subjetiva, ou seja, é uma construção individual que adquire significado através da experiência e é regida pela interpretação pessoal (ARCE, 2000). Neste sentido, a teoria construtivista é marcada pela contraposição ao objetivismo, a partir da negação da relação entre conhecimento e realidade social, já que o processo de conhecimento é estritamente subjetivo, e pela defesa da neutralidade da ciência, pois as determinações sociais são vieses que comprometeriam a produção científica. O construtivismo pode ser definido como “um conjunto de diferentes vertentes teóricas que, apesar de uma aparente heterogeneidade ou diversidade de enfoques no interior de seu pensamento, possuem como núcleo de referência básica a epistemologia genética de Jean Piaget” (ROSSLER, 2000, p. 7).

Em paralelo às mudanças na compreensão do processo educativo, a própria concepção de saúde e a organização da oferta dos serviços de saúde no Brasil passaram por abrangentes transformações acompanhando um movimento internacional de questionamento do modelo biomédico, centrado no hospital e na doença, de caráter preventivista e individualista. Este processo desenvolveu-se no âmbito da luta sanitária pela Reforma Sanitária e resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. O movimento sanitário, por sua vez, insere-se num contexto mais amplo de luta e organização da classe trabalhadora brasileira pela redemocratização no período pós-ditadura empresarial-militar (DANTAS, 2017).

O processo de adoção das metodologias ativas no ensino superior em saúde é decorrente das reformas curriculares realizadas após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde (DCNs), entre 2001 e 2004, e está presente, por exemplo, nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Odontologia (FERRAZ JÚNIOR et. al., 2016), Medicina (GOMES et. al., 2010), Enfermagem (VANUCCHI, CAMPOS, 2007), Farmácia (SILVA, MIGUEL, TEIXEIRA, 2011) e na Política Nacional de Educação Permanente (PRADO et. al., 2012). Entretanto, a educação brasileira, como um todo, já vinha passando por um processo de reforma fundamentado no ideário escolanovista e construtivista desde a década de 1990, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996, no Relatório Delors de 1998, na LDBEN de 2001 (MACEDO et. al., 2018) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2014 (SOUZA, SILVA, SILVA, 2018).

Observa-se na produção científica sobre a utilização das metodologias ativas na formação do profissional de saúde a menção a universidades cujos cursos de graduação e pós-graduação em saúde adequaram seus projetos pedagógicos às novas orientações para a formação profissional, dentre eles o Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe - UFSE (GUEDES-GRANZOTTI et. al., 2015), os Cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA (MARIN et. al., 2010), o Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS (MELO, SANT'ANNA, 2012), a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP (PARANHOS, MENDES, 2010), os Cursos de Odontologia e Farmácia da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora - SUPREMA (OLIVEIRA et. al., 2005).

Há uma grande diversidade de metodologias ativas utilizadas nos cursos de graduação da área da saúde, dentre elas merecem destaque a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) e a metodologia da Problematização. Outras metodologias utilizadas são a simulação (SOUZA, SILVA, SILVA, 2018), portfólio e mapa conceitual (MACEDO et. al., 2018); espiral construtivista (LIMA, 2017; ROMAN et. al., 2017), dramatização e exposição dialogada (ROSA et. al., 2017), articulação interdisciplinar (FERRAZ JÚNIOR et. al., 2016), autoavaliação (VARGA, TURATTO, 2012; VASCONCELOS et. al., 2016), plenárias, oficinas e interpretações musicais (FREITAS et. al., 2015), aprendizagem baseada em projeto (LIMBERGER, 2013), aprendizagem baseada em equipes (RONCONI, BERNINI, 2017).

Dada a significativa influência destas metodologias na formação do profissional da saúde, expressão das pedagogias escolanovista e construtivista, apresenta-se a necessidade de analisar este fenômeno de maneira a avaliá-lo criticamente, buscando compreender suas origens, desenvolvimento e

consequências para a formação, a atuação e a consciência social dos trabalhadores da saúde. Nesta perspectiva, faz-se necessário abordar, ainda, o desenvolvimento das lutas do movimento sanitário no Brasil, sob a hipótese de encontrar, na estratégia e táticas adotadas, formulações e vinculações filosóficas, políticas e ideológicas que auxiliem na compreensão deste fenômeno.

O objetivo deste trabalho é, portanto, investigar as determinações materiais, bem como suas expressões filosóficas, políticas e ideológicas, do processo de adesão às metodologias ativas na formação do profissional de saúde. Para isso, buscou-se discorrer sobre o desenvolvimento histórico da Reforma Sanitária no Brasil; apresentar os fundamentos filosóficos e as origens pedagógicas das metodologias ativas; analisar a literatura sobre o tema, a fim de identificar as vinculações filosóficas, políticas e ideológicas entre estes fundamentos e o processo de luta sanitário, que poderiam ter possibilitado o processo de adesão às metodologias ativas; por fim, apontar as consequências deste fenômeno para a formação do profissional de saúde. A análise foi realizada à luz do Materialismo Histórico-Dialético, método marxista de investigação da gênese, desenvolvimento, estrutura e dinâmica de um dado fenômeno em sua relação com a totalidade da produção social da vida humana.

A Reforma Sanitária e a Estratégia Democrático-Popular (EDP) no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição de 1988, foi resultado da Reforma Sanitária Brasileira e do movimento sanitário que, por sua vez, está inserido na conjuntura das lutas pela redemocratização no período pós-ditadura empresarial-militar (DANTAS, 2017). Hoje, o SUS permanece sendo uma das principais vitórias da classe trabalhadora organizada deste período. Entretanto, o SUS não é, ao contrário do que se poderia acreditar, produto acabado da Constituição de 88 e da Reforma Sanitária, dado que, ainda hoje, mantém-se como projeto em disputa pelos interesses antagônicos da classe dominante, que pretende a mercantilização completa dos serviços de saúde visando a máxima extração de lucro, e dos trabalhadores e usuários do SUS.

A ascensão das lutas dos trabalhadores na década de 1970 produziu o novo movimento sindical, do qual as grandes greves do operariado metalúrgico do ABC paulista são a maior expressão. Com ele, a classe trabalhadora brasileira protagonizou a transição de uma estratégia de luta, a Estratégia Democrático-Nacional³, formulada e dirigida pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), para outra, a Estratégia Democrático-Popular, conduzida pelo Partido dos Trabalhadores (PT). O movimento sanitário, considerado uma expressão da Estratégia Democrático-Popular no campo da saúde, apresenta características de ambas, pois surge num contexto de transição entre elas (DANTAS, 2017).

A Estratégia Democrático-Popular é produto da constatação de que o Brasil é um país capitalista com alto grau de desenvolvimento das forças produtivas, porém entravado pela dependência e subordinação ao capital imperialista e pela manutenção da estrutura agrária tradicional. Esta particularidade do desenvolvimento do capitalismo no país teria produzido o caráter permanentemente autocrático do Estado, instrumento da burguesia nacional para a repressão e a marginalização das classes populares nos espaços políticos (IASI, 2013).

Florestan Fernandes⁴, ao se debruçar sobre o caráter da revolução burguesa no Brasil, a caracterizou como uma “via não clássica da via não clássica”. Em sua análise, a formação social brasileira, de origem colonial e oligárquica na forma política, não permitiu que se repetisse aqui o modelo tradicional de desenvolvimento da indústria, da exploração baseada no assalariamento da força de trabalho e do arrendamento capitalista da terra (IASI, 2013). Isto impediu que surgisse no país uma burguesia clássica, e a revolução burguesa foi assumida por um grupo social que o autor denominou de *congiere social*: setores oligárquicos e outras frações sociais que assumiram os valores burgueses e passaram a perseguir o lucro e a acumulação de riqueza e a adotar um estilo de vida urbano e moderno. Desta forma, transcorreu uma revolução burguesa dentro da ordem, na qual a burguesia não precisou se aliar à classe trabalhadora contra uma aristocracia decadente, pelo contrário, a velha oligarquia em crise se aliou aos elogiosos da ordem burguesa e à burguesia imperialista, contra a possibilidade de uma revolução vinda dos trabalhadores e demais explorados, assumindo a forma de uma contrarrevolução preventiva (IASI, 2013).

O caráter particular da revolução burguesa no Brasil fez com que se desenvolvesse aqui um capitalismo dependente, cuja forma política a que corresponde é uma autocracia, ou seja, uma forma de poder político que se impõe de cima para baixo e emprega práticas repressivas para tornar o Estado inflexível às demandas das classes exploradas. Além disso, a autocracia, que no geral é uma alternativa provisória de manutenção do poder, na formação social brasileira tornou-se a forma política estrutural do Estado, o que significou a consolidação da ordem burguesa apartada de seu caráter democrático e nacional (IASI, 2013).

As classes populares permaneceram alheias aos espaços políticos, restando a elas, assim, a necessidade de realizar as tarefas democráticas em atraso. Dada a crise da hegemonia burguesa, Florestan Fernandes vislumbrou duas possíveis saídas, ambas dentro da ordem: na primeira, o Estado passaria de uma ditadura para outra formação política, mantendo seu caráter autocrático; na segunda, a burguesia tentaria a incorporação dos trabalhadores e explorados dentro da ordem, mediante uma “democracia de cooptação” (IASI, 2013). Na ausência de uma ação de caráter socialista das massas de trabalhadores e do operariado, Florestan Fernandes descarta a possibilidade do estabelecimento de uma democracia de cooptação e aposta no fortalecimento da autocracia burguesa. Entretanto, o movimento operário grevista do ABC paulista, no final da década de 70, possibilita crer que a luta da classe trabalhadora pela ampliação da democracia entraria em choque com o Estado autocrático brasileiro, fazendo com que uma revolução democrática “dentro da ordem” se transformasse em uma revolução socialista, “fora da ordem” (IASI, 2013).

Tal análise da formação social brasileira, assim como os acontecimentos históricos do período em questão, produziram a formulação de uma estratégia democrática e popular, assentada sobre a aliança entre trabalhadores do campo, da cidade, camadas médias empobrecidas e pequena burguesia, a partir da qual um acúmulo gradual de reformas econômicas e políticas atuaria como elemento mediador para a construção do socialismo, em oposição à forma organizativa histórica do partido de vanguarda e à tomada do poder no momento de ruptura revolucionária. A conquista do Estado e a realização das tarefas democráticas em atraso ocuparam o centro da estratégia, ao que se seguiu uma formulação tática denominada “teoria da pinça”:

uma tática de cerco à burguesia, por um lado, através da luta institucional e participação nas eleições, e por outro, pela pressão empregada pelas massas populares organizadas⁵ (DANTAS, 2017).

No que concerne à execução da estratégia e seu desfecho, ao longo dos trinta anos que seguiram à sua formulação, Iasi apresenta a crítica do que ele chama de "uma lenta, mas evidente metamorfose que transita, em termos gerais, de uma postura de negação da ordem burguesa ao acomodamento nos limites desta ordem" (IASI, 2013, p. 15). Os elementos desta transição, apontados pelo autor, são: a ampliação do leque de alianças, incluindo a pequena e grande burguesia, não só pela conquista do poder no Estado, mas para garantir a sua manutenção; o investimento no desenvolvimento econômico, de cunho nacionalista, mas não mais antiimperialista; a secundarização da radicalidade do programa e das reformas pretendidas em favor do acúmulo de forças; a sobreposição da questão democrática ao caráter popular da estratégia e, por fim, a rendição ao pragmatismo.

Com efeito, a história nos mostra que o Partido dos Trabalhadores, na tentativa de se contrapor às experiências socialistas revolucionárias, operou uma inflexão à democracia fetichizada, porque abstraída de sua determinação e conteúdo de dominação de classe, e ao abandono da luta socialista, de tal forma que a tática de ocupação do aparelho estatal tomou o lugar da estratégia, e as duas palavras – democracia e socialismo – passaram ser equivalentes no discurso dos representantes do partido e na consciência das massas por ele organizadas⁶.

Neste sentido, a Estratégia Democrático-Popular conduziu à resolução da crise da autocracia burguesa e à consolidação de sua hegemonia política mediante uma democracia de cooptação. O pacto foi firmado em dois termos: capacidade de consumo para os trabalhadores empregados e políticas sociais para os miseráveis que compõem o exército industrial de reserva, aprofundando a acumulação e concentração da riqueza pela classe dominante e produzindo um apassivamento, desorganização e recuo da consciência da classe trabalhadora resignada (IASI, 2013).

Inserido na dinâmica da luta de classes do mesmo período que produziu a Estratégia Democrático-Popular, o movimento sanitário surgiu como uma aliança entre intelectuais, profissionais da saúde e movimentos populares, que construíram uma unidade em torno da crítica da mercantilização da assistência médica individual e da defesa dos determinantes sociais da saúde, da atenção à saúde coletiva e da criação de um sistema de saúde público, gratuito e universal. O movimento sanitário, assim como as demais organizações da classe trabalhadora no período, defendia um projeto de sociedade socialista, além das pautas setoriais. Entretanto, ao expressar a Estratégia Democrático-Popular no campo da saúde, realizou uma luta por reformas que, descolada da estratégia socialista, se tornou uma via de atuação política setorial e institucionalizada.

A estratégia do movimento partiu de uma análise do Estado em que este, após a redemocratização pós-ditadura, fundamentado na igualdade jurídico-política e na liberdade de expressão e organização, passaria a cumprir o papel de agente patrocinador da democracia e regulador da iniciativa privada. Desta forma, operou a transição de uma concepção de Estado como espaço desigual de disputa entre as classes, para outra, como espaço privilegiado no qual a disputa legítima e igual entre interesses privados e coletivos

ocorreria mediada pela atuação da sociedade civil fortalecida pelos mecanismos institucionais de controle social.

A ocupação de postos no Estado pelos militantes do movimento – autoridades sanitaristas e lideranças populares – foi, mais uma vez, o centro da estratégia. A tática adotada foi o reformismo revolucionário: a luta por reformas, o acúmulo de forças e direitos políticos, a busca por espaços para concessões e a execução de políticas públicas como um longo caminho direcionado à consolidação das bases econômicas, políticas e de consciência social para a construção do socialismo no Brasil (DANTAS, 2017).

Já na década de 80 uma parte dos militantes denunciava o descolamento entre teoria e prática políticas, portanto, o movimento sanitarista deparou-se com a necessidade de dissolver as disputas internas para organizar a resistência aos ataques da burguesia da saúde e seus representantes no Estado, dado o caráter urgente e imediato da luta interna aos trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte. A política de alianças foi ampliada ao máximo, abarcando todos os segmentos que contribuísem para a aprovação das suas pautas, independente dos seus interesses de classe e de suas orientações ideológicas, políticas e partidárias, constituindo um caráter suprapartidário e policlassista do movimento.

A defesa do pluralismo de ideias teve como motivação a busca pelo consenso sem o qual não seria possível avançar em uma tática institucional que tem o Estado como centro. Assim, a política de conciliação dos diferentes projetos de saúde e de sociedade adotada pelo movimento sanitarista, abstraída de seu conteúdo de classe, foi reinterpretada como a expressão de uma pluralidade natural à ordem democrática. A ampliação do arco de alianças e a defesa do pluralismo serviram para unificar o movimento em torno da estratégia reformista, da tática institucional, da democracia como valor universal e da disputa do caráter de classe do Estado via participação social, produzindo um forte consenso em torno do objetivo comum de criação do SUS e impedindo que o movimento sofresse novas cisões após a saída do Movimento Popular de Saúde (DANTAS, 2017).

Este processo produziu ainda um autocentrismo e isolamento no movimento sanitarista, que imputou à saúde o caráter de *locus* privilegiado da luta de classes, promovendo uma naturalização da luta pela saúde como essencialmente revolucionária e dotada de um potencial organizativo em si. Ao ampliar o conceito de saúde e inseri-lo na totalidade da produção social da vida, superou-se sua determinação exclusivamente biológica, que passou a ser considerada também histórica e social. Entretanto, por estar inscrito em uma determinada estratégia, o movimento sanitarista acabou por desvincular a luta pela saúde da totalidade da luta de classes, abandonando a determinação das relações sociais de produção sobre a saúde que havia defendido até então (DANTAS, 2017).

Exemplo disto é a contradição entre o que, de um lado, compreendeu-se tratar da determinação social da saúde – ou seja, a determinação das relações sociais de produção sobre o acesso, em quantidade e qualidade, aos valores de uso que determinam o que chamamos de processo de saúde-doença de uma certa classe social – e o que, por outro lado, ficou conhecido hegemonicamente como os “determinantes sociais da saúde”. Segundo Laurell (1982), o processo normalidade/anormalidade biológica dos seres humanos é produzido historicamente a partir das relações que estes estabelecem entre si e com a natureza, através

da organização do trabalho e do desenvolvimento das forças produtivas. Isto determina, por sua vez, o grau de desgaste da força de trabalho e as possibilidades de sua reprodução.

Neste sentido, o modo como os seres humanos produzem e acessam saúde, está diretamente relacionado com a apropriação dos valores de uso que satisfazem as necessidades de sobrevivência e reprodução, ou seja, moradia, alimentação, transporte, educação, lazer, dentre outros “determinantes sociais da saúde”. A análise destes produtos do trabalho humano como “determinantes sociais da saúde”, conforme tem sido hegemonicamente realizada de maneira apartada da determinação da luta de classes, não alcança a compreensão de que eles próprios são determinados pela produção social da vida na sociedade de que tratamos, ou seja, o modo de produção capitalista, no qual a produção destes valores de uso é realizada tendo em vista a produção e a circulação de mercadorias e a extração de mais-valia, e não a satisfação das necessidades de manutenção e reprodução da vida humana (ALMEIDA, GOMES, 2014).

Este abandono do referencial marxista revolucionário, e sua substituição pelo ecletismo teórico, é uma operação sem a qual a defesa da tática exclusivamente institucional e do pluralismo democrático não poderia se sustentar. A crise das experiências socialistas e as derrotas sofridas pela classe trabalhadora internacional também contribuíram para a equiparação do marxismo às mais diferentes filosofias e concepções de mundo, desde que comprometidas com transformações sociais particulares que não necessariamente apontem para a superação da ordem capitalista (DANTAS, 2017). Desta forma, a defesa do pluralismo e do ecletismo teórico pelo movimento sanitaria apresenta-se, ao mesmo tempo, como origem e produto do abandono do marxismo e da perda do objetivo revolucionário.

Na atual condição de retraimento e derrota da classe trabalhadora brasileira, a tática de ocupar cargos no Executivo do aparelho estatal se mostrou insuficiente e ineficaz para defender o SUS frente aos ataques da burguesia e do Estado. Os balanços feitos pelos militantes giram em torno dos entraves decorrentes da conjuntura e a autocritica conserva imune a estratégia e táticas adotadas (DANTAS, 2017). Diante da derrota, reinscrevem-se as antigas táticas na forma de novos modelos de financiamento, gestão e formação profissional. Neste campo está localizada a problemática das metodologias ativas, que será discutida a seguir.

Os fundamentos filosóficos e pedagógicos das metodologias ativas

Ao analisar os principais elementos constitutivos das metodologias ativas, é possível identificar suas correspondências pedagógicas com o escolanovismo e o construtivismo. Duarte (2000) e Derisso (2010) apontam a aproximação filosófica destas pedagogias com o pensamento pós-moderno, produto avançado do processo de decadência do pensamento burguês após as Revoluções de 1848, das transformações econômicas e políticas operadas no capitalismo tardio e do fracasso das lutas políticas do período de 1968-76, especialmente do fenômeno conhecido como *Maião de 68*.

A questão da decadência ideológica foi abordada sistematicamente por Lukács a partir da crítica marxista da conversão político-ideológica do pensamento burguês que, da preocupação científica em conhecer e transformar a realidade passou à apologia (direta ou indireta) da sociedade capitalista, por meio

do ocultamento de suas contradições. A decadência ideológica teve início com a conquista do poder político pela burguesia, estabelecendo a centralidade da luta de classes entre ela e o proletariado ascendente. Segundo Lukács (2016), os elementos mais significativos desta decadência são: a fuga da realidade, o ecletismo, a transformação dos enunciados científicos em fraseologias, o encobrimento das contradições produzidas pelo progresso social, o descarte e mistificação dos fatos históricos a serviço das necessidades econômicas e políticas do capital.

Ao analisar as origens históricas do fascismo, Lukács se depara com a crise da filosofia e do pensamento burguês, após o êxito da Revolução Política Francesa e da Revolução Industrial Inglesa, em que estão contidas quatro formas de expressão: a crise da democracia, a crise do progresso, a crise da razão e a crise do humanismo. Esse complexo de crises teve seu mais alto grau de desenvolvimento com o imperialismo, intensificando-se no período entre guerras, quando surgiu o fascismo (LUKÁCS, 2009).

A crise do progresso, resultante das outras três, levou a uma concepção de mundo em que a não correspondência entre o ideal e o real aparece como insuperável, de modo que o único progresso possível é o individual. Isto produziu uma postura intelectual pessimista, de negação do progresso e da história e uma crítica romântica do capitalismo⁷. Segundo o autor, esta postura de negação do progresso está intimamente ligada ao irracionalismo e à crise da razão. O irracionalismo surgiu em oposição à Revolução Francesa, em defesa da sociedade aristocrática, fomentando, portanto, um repúdio à razão que combate as antigas instituições e tradições que o irracionalismo pretende conservar (LUKÁCS, 2009).

A ciência do período da decadência ideológica, assim como na fase de ascensão da burguesia, é marcada pela necessidade de responder às demandas de desenvolvimento do capital. Entretanto, segundo Lukács (2016), enquanto os ideólogos clássicos buscaram resolver as questões essenciais da sociedade burguesa de forma honesta e científica, os ideólogos do período da decadência abdicaram da coerência com o real, produzindo uma ciência acrítica, limitada à aparência do fenômeno imediato, admitindo, por meio do ecletismo, uma associação de fragmentos de ideias incompatíveis e um isolamento dos elementos contraditórios do progresso social.

O pensamento pós-moderno é expressão do atual estágio de decadência ideológica da ciência, já que incorpora manifestações do pessimismo irracionalista, da negação do progresso e da história, da crítica romântica ao capitalismo e de uma aspiração idealista à democracia fetichizada. Na década de 50, o termo pós-moderno consolidou-se como referência ao nascimento de uma sociedade que posteriormente fora nomeada como pós-industrial, uma nova época social na qual o predomínio da oferta de serviços teria superado a produção industrial de mercadorias. Esta nova época social seria marcada pela imagem, pelo consumo generalizado, pela comunicação, pela informação e pelo esvaziamento da subjetividade. Foi também neste período que o termo passou a ser dotado de um caráter de negação da modernidade, referindo-se ao fracasso das experiências socialistas e uma suposta dissolução da centralidade da luta de classes (RODRIGUES, 2006).

Mavi Rodrigues (2006) afirma que o pós-modernismo é a expressão ideológica das transformações operadas na economia e na política do capitalismo contemporâneo, ou capitalismo tardio, tal como nomeado por Mandel (1982), tornando-se a lógica cultural dominante na arte e na ciência, a partir do último

quartel do século XX. Na fase tardia do capitalismo ocorreu a generalização e a universalização da indústria e da forma-mercadoria, de modo que a padronização, a superespecialização e a fragmentação alcançaram a esfera da reprodução social, da circulação, da cultura e do lazer. Neste período, a volatilidade, a obsolescência e a efemeridade, características da produção capitalista, adentraram a cultura e a produção científica. Desta forma, a autora demonstra que a condição pós-moderna não condiz com a superação do capitalismo ou da modernidade, mas com o surgimento de uma nova fase de acumulação do capital, o regime de acumulação flexível, que constituiu a forma de saída da crise econômica da década de 70 após o fim do período de crescimento do pós-guerra.

No âmbito das ciências humanas e sociais, o pós-modernismo defende a alteridade em oposição à totalidade, assim como prega a impossibilidade de se explicar racionalmente a realidade, de forma que a ciência, ao deixar de ter como fim a busca pela verdade, iguala-se a quaisquer outros saberes e se reduz à mera construção discursiva. Por isso, para a autora, o pós-modernismo pode ser considerado uma anti-ontologia, pois nega os conceitos de totalidade, de realidade objetiva e as diferenciações entre natureza/sociedade, essência/aparência e ciência/arte. A posição pós-moderna configuraria, portanto, um positivismo de sinal contrário (invertido), pois ao reduzir o conhecimento científico à subjetividade singular, na tentativa de se opor à neutralidade objetivista das ciências naturais, caracteriza uma nova forma de idealismo anticientífico e antiontológico, no qual a linguagem é autorreferente e onipresente (RODRIGUES, 2006).

O pensamento pós-moderno é, portanto, marcado pelo presentismo decorrente da negação do progresso e da continuidade histórica, provocando uma percepção dilatada do presente, na qual a realidade é fragmentária e efêmera. Disto decorre uma perda da profundidade da análise causada pela fixação nas aparências e pelo pragmatismo enquanto via de ação sobre a experiência imediata desvinculada da totalidade da vida social (RODRIGUES, 2006).

Para Rodrigues (2006), o pós-modernismo não é apenas um produto da mercantilização da cultura, mas também um resultado do fracasso das lutas políticas do período de 1968-76 e dos projetos socialistas revolucionários. Segundo a autora, este período foi marcado pela Revolução Portuguesa de 74-75, por greves e levantes de trabalhadores, negros, mulheres, população LGBT+ e estudantes em vários países do mundo. Estes eventos significaram a intensificação geral da luta de classes, resultante da crise da hegemonia norte-americana, da crise das formas autoritárias de governo e da crise do stalinismo. Neste contexto, a crise da experiência socialista soviética é um elemento fundamental para compreender o processo de fragmentação da esquerda e a ascensão do marxismo acadêmico, pois diante dela e da contrarrevolução democrática burguesa, parte da esquerda enveredou na naturalização do capitalismo e no abandono do horizonte revolucionário.

Após demonstrar que o pós-modernismo é a expressão cultural do regime de acumulação flexível da fase tardia do capital, bem como do individualismo, subjetivismo e hedonismo que marcaram as lutas de 1968, a autora conclui que, ao contrário do anunciado fim da modernidade e do surgimento de uma sociedade pós-industrial, as características da cultura pós-moderna refletem apenas alterações sistêmicas da ordem capitalista que, de forma alguma, apontam para a sua superação ou para o desmontamento de uma

nova ordem social. Sendo assim, o pensamento pós-moderno apresenta um duplo caráter regressivo: teórico - pois descarta a possibilidade de compreender o real em sua totalidade, identificando a perspectiva ontológica e teórico-crítica com o totalitarismo - e político, pois, assim fazendo, inviabiliza uma ação coerente dos homens sobre o mundo em que vivem (RODRIGUES, 2006). Dessa maneira, o pós-modernismo desvincula a ciência da emancipação humana e apesar de declarar-se libertário, plural e democrático é, na verdade, conservador e inofensivo à manutenção da ordem burguesa.

Após apontar o caráter irracional e reacionário do pós-modernismo enquanto expressão da decadência ideológica burguesa, tentaremos demonstrar as correspondências deste com as teorias pedagógicas que fundamentam as metodologias ativas de aprendizagem: o escolanovismo e o construtivismo. O movimento Escola Nova surgiu no início do século XX, num contexto em que a expansão das escolas se tornou uma necessidade decorrente do intenso desenvolvimento da indústria e da generalização do trabalho assalariado. Segundo Derisso (2010), estas pedagogias são a expressão, no plano ideológico, desta necessidade do capital, e tiveram como objetivo oferecer à nova geração de proletários uma formação, nos moldes do liberalismo, que atendessem aos interesses burgueses.

O pensamento escolanovista partiu da crença de que os homens são únicos e as diferenças entre eles, sejam de classe, cor ou acesso ao conhecimento, não são a causa do insucesso dos indivíduos. Logo, a origem das desigualdades deve ser uma questão de má adaptação do indivíduo à sociedade e da incapacidade desta em aceitar e fazer bom uso das diferenças entre os homens. O papel da educação seria, portanto, o de equalizar a sociedade através da adaptação dos indivíduos e da aceitação das diferenças entre estes (ALBUQUERQUE, 2009).

A filosofia da existência, sobre a qual se funda a pedagogia da existência (categoria em que se enquadram as pedagogias ativas), apresenta uma concepção dos seres humanos como desiguais em sua essência, em oposição ao ideal iluminista de igualdade abstrata defendido nas revoluções burguesas. Esta concepção, ao pautar uma desigualdade também abstrata (já que tampouco é determinada pela posição que os sujeitos ocupam na produção social da vida e pelo que lhes é permitido acessar da riqueza produzida pela humanidade) pode ser compreendida como expressão ideológica da necessidade burguesa de legitimar a desigualdade a partir do momento em que deixa de ser a classe revolucionária e passa a ocultar as contradições entre seus interesses e os do proletariado para manter-se na posição de classe dominante. Neste sentido, para a pedagogia da existência, caberia à escola respeitar a essência desigual dos seres humanos, especialmente quanto ao ritmo de aprendizagem, à capacidade intelectual e aos interesses cognitivos (ALBUQUERQUE, 2009).

A característica central do escolanovismo, para Derisso (2010), é a virada do eixo educacional do professor para o aluno, cuja origem filosófica remonta ao idealismo kantiano, na mudança de foco do objeto para o sujeito do conhecimento, ou seja, uma mudança do caráter ontológico para o caráter epistemológico da produção de conhecimento. Outra característica importante do escolanovismo, decorrente da primeira, é a fusão equivocada do ensino com o processo de produção do conhecimento, em oposição à tradicional articulação entre ensino e transmissão. Quando esta pedagogia associou o processo educativo à produção de conhecimento, professor e aluno passaram a ter uma mesma tarefa: a de descobrir ou construir

conhecimentos. Segundo Albuquerque (2009) isto significou, além da perda de centralidade do papel do professor no ensino, uma banalização do processo de pesquisa, que só pode ser científico caso parta da identificação daquilo que é desconhecido pela humanidade (e não por um indivíduo isolado), partindo do conhecimento acumulado sobre o objeto e, neste sentido, não pode abdicar da transmissão deste conhecimento para aqueles que pretendem fazê-lo avançar.

As pedagogias ativas encontraram sua fundamentação psicológica em Jean Piaget, que elaborou uma tese do conhecimento e da formação da inteligência, a partir da qual foi realizada uma transposição da psicologia genética para o campo da educação, sob a denominação de construtivismo, caracterizando uma teoria do conhecimento e um método de ensino. De acordo com a teoria piagetiana, o conhecimento é um produto da atividade subjetiva e, portanto, cada indivíduo produz seu próprio conhecimento (DERISSO, 2010). Segundo Klein (2000), na psicologia genética de Piaget, a inteligência é considerada uma adaptação biológica efetivada através do mecanismo de autorregulação. Isto significa que a inteligência opera sob as leis de assimilação de um dado exterior à estrutura e de acomodação desta estrutura às demandas do meio (adaptação). Esta adaptação biológica se processa através de uma sequência evolutiva de etapas, da inteligência sensório-motora ao desenvolvimento do raciocínio lógico-matemático, e isto ocorre em decorrência de situações adaptativas às quais o indivíduo é submetido pelo meio.

A compreensão piagetiana do humano está fundamentada na determinação do biológico sobre o psicológico (e deste sobre o social), na naturalização do social e na redução do conceito de sociedade (abstraido da sociologia animal) às interações, naturalmente grupais, de um agregado de indivíduos que convivem em um mesmo espaço e estabelecem (intencionalmente ou não) regras para esta convivência. Portanto, afirma Klein (2000), a diferença entre os homens e os animais, para Piaget, reside apenas no grau de desenvolvimento e de complexidade de suas interações sociais.

A partir das características apresentadas acima, é possível compreender que o construtivismo e o escolanovismo guardam semelhanças fundamentais entre si: a relação dicotômica entre a transmissão do conhecimento pelo professor e a autonomia intelectual do aluno, a secundarização do ensino e a descaracterização do trabalho do professor como aquele que pode transmitir um conhecimento acumulado (DUARTE, 2000). Além das convergências entre as duas pedagogias citadas pelo autor, podemos apontar outras como: a valorização do método de aprendizagem descoberto pelo próprio aluno (o "aprender a aprender") em detrimento da apropriação dos conteúdos escolares; a exaltação do pragmatismo, dos métodos ativos e da pesquisa; o discurso predominantemente ideológico e maniqueísta que eleva estas pedagogias ao posto de solução absoluta e inquestionável para o fracasso da educação. Não é por acaso que Rossler (2000) identifica que a interface com o movimento escolanovista foi uma das condições que propiciaram a difusão do construtivismo no Brasil.

Assim, a finalidade do ensino torna-se o "aprender a aprender", ou seja, o desenvolvimento de habilidades e destrezas cognitivas que possibilitem o aluno interpretar a realidade de forma subjetiva e individual a partir das próprias ações no mundo. Isto significa que as aprendizagens realizadas pelos sujeitos são dotadas de maior valor qualitativo do que aquelas produzidas através da transmissão (DUARTE, 1998). Não há, no construtivismo, uma ação intencionalmente colocada de possibilitar uma melhor compreensão

da realidade a partir da socialização dos acúmulos científicos mais significativos produzidos pela humanidade. Aí reside o conservadorismo desta proposta pedagógica que, ao defender como progressista uma educação individualista e adaptativa, contribui ideologicamente para

[...] a aceitação pacífica e passiva da situação de desigualdade em que vivemos. Entendida não como fruto das diferenças de classe, impostas pelas privações originadas nas relações de exploração que se estabelecem entre os homens no capitalismo, mas como saudáveis diferenças econômicas, geradas e geradoras da competitividade, alimento vital da economia neste modo de produção. [...] Ao propor a adaptação às novas necessidades sociais, na verdade se propõe adaptar-nos às atualizadas necessidades de exploração do capital (ALBUQUERQUE, 2009, p. 86).

O construtivismo, ao negar a correspondência entre conhecimento e realidade, pertence ao mesmo universo ideológico e partilha da mesma concepção de mundo irracionalista, subjetivista e relativista do pensamento pós-moderno (DUARTE, 2000), incorrendo na mesma rejeição do progresso, da história e da universalidade. O pós-modernismo e o construtivismo são expressões da decadência ideológica da ciência burguesa e do irracionalismo que lhe é peculiar. Segundo Duarte (2000), tanto a defesa da neutralidade positivista, quanto o relativismo subjetivista, presentes na obra de Piaget e por consequência, nas formulações sobre a relação entre conhecimento e realidade dos autores construtivistas, resultam no fortalecimento do irracionalismo pós-moderno⁸.

Exemplo disto é a separação radical entre ontologia e epistemologia, ou seja, a perspectiva de que o conhecimento não corresponde à representação da realidade exterior, mas a um mecanismo cognitivo de adaptação, de forma que o que determina um conhecimento como verdadeiro é o quanto ele viabiliza, ou não, a adaptação do indivíduo ao meio tal como ele é (DUARTE, 2000). Da mesma forma, o resultado das ações dos humanos sobre o mundo não indica a precisão do conhecimento ao representar a realidade, mas sua viabilidade adaptativa. Disto decorre uma concepção do processo educativo não como instrumento de transmissão do conhecimento, mas como ambiente facilitador para que cada estudante construa, a partir de suas experiências individuais, conhecimentos subjetivos que lhes permitirão adaptar-se de maneira mais ou menos viável à realidade na forma como ela se apresenta aos sentidos: fragmentada, imediata e aparente.

A manutenção da fragmentação do processo educativo e do caráter utilitarista dos conteúdos escolares é reforçada pela negação do caráter ontológico e universal da ciência (ARCE, 2000) e demonstra ser mais uma expressão da necessidade da classe dominante de ocultar a realidade da classe dominada (DUARTE, 2000). Desta forma, justifica-se "cientificamente" a função da escola na sociedade burguesa de desenvolver a capacidade adaptativa dos indivíduos, naturalizando diferenças que são historicamente produzidas pela exploração de uma classe sobre a outra. Este movimento contribui para o empobrecimento do ensino e o rebaixamento do professor ao papel de facilitador na construção de um conhecimento pragmático e imediatista que não ultrapassa o limite da aparência dos fenômenos. Sendo assim, participa também da manutenção do controle burguês sobre o acesso da classe trabalhadora ao conhecimento acumulado pela humanidade (ARCE, 2000).

Neste sentido, estas pedagogias acabam por justificar, apologeticamente, a apropriação privada do conhecimento científico, contribuindo para a naturalização da desigualdade produzida pelo modo de

produção burguês e para a expropriação do conhecimento científico da classe trabalhadora. Vejamos como este fenômeno se expressa na utilização destas pedagogias na formação do profissional da saúde.

A utilização das metodologias ativas na formação do profissional de saúde

A rejeição ao ensino tradicional na literatura consultada aparece, principalmente, na crítica da disciplinaridade, da fragmentação, da especialização, da prática pedagógica centrada no professor como detentor do conhecimento, da desarticulação entre teoria e prática, geradora de um desconhecimento da realidade na qual os futuros profissionais irão atuar, e do caráter punitivo das avaliações de verificação de rendimento (MARIN *et. al.*, 2010; MACEDO *et. al.*, 2018; CARVALHO *et. al.*, 2016; VARGA, TURATO, 2012). O ensino tradicional é caracterizado como um modelo disciplinar rígido (FERRAZ JÚNIOR *et. al.*, 2016), individualista e antropocêntrico (LIMBERGER, 2013), baseado em princípios obsoletos e desatualizados e que desconsidera as experiências culturais dos alunos no processo de aprendizagem (GOMES *et. al.*, 2010).

Além disso, o ensino tradicional é tido como responsável pelo empobrecimento da criatividade e da inteligência, pela baixa eficiência na capacitação e aprendizagem (FREITAS *et. al.*, 2009), pela passividade e pela visão instrumental do aprendizado que promove uma carência de atualização constante (MELO, SANT'ANNA, 2012). Desta forma, "o processo de formação baseado na metodologia tradicional impede que os profissionais de Saúde operem de modo a transformar as práticas de Saúde e organizar os serviços" (FREITAS *et. al.*, 2015, p. 124).

A crítica ao modelo tradicional de ensino expressa-se também na recusa do modelo flexneriano, surgido em 1910 e amplamente utilizado nos cursos de graduação das áreas da saúde, fundamentado no modelo biomédico e centrado na doença e nos hospitais (ROMAN *et. al.*, 2017). O modelo flexneriano apresenta uma abordagem fragmentada do ser humano (RONCONI, BERNINI, 2017) e um exagerado conteúdo disciplinar no ciclo básico, associado a uma estruturação pedagógica precária no ciclo profissionalizante (SILVA, MIGUEL, TEIXEIRA, 2011).

A necessidade de superação da pedagogia tradicional e do modelo flexneriano de formação na área da saúde é apontada na literatura como decorrente do surgimento de uma nova ordem social marcada pela globalização, pela massificação do acesso à informação, pelo aumento na velocidade de construção dos conhecimentos (LIMBERGER, 2013), pela influência dos meios de comunicação na formação do homem/profissional e pelas sociedades de controle como uma nova organização do espaço-tempo social (MITRE *et. al.*, 2008). Assim, o papel da educação seria o de "desencadear 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).

No que diz respeito à atuação profissional, o Fórum Econômico Mundial de 2016 elegeu como principais habilidades a serem exigidas pelo mercado de trabalho, até 2020, a resolução de problemas complexos, a criatividade e comunicação, a capacidade crítica, o trabalho em equipe e a flexibilidade (RONCONI, BERNINI, 2017). No campo da saúde, a formulação dos determinantes sociais e a ampliação

do conceito de saúde teriam produzido a necessidade da formação de profissionais com um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo (LIMBERGER, 2013), proativo e criativo (MACEDO *et. al.*, 2018), que seja capaz de atualizar-se de forma autônoma (FERRAZ JÚNIOR *et. al.*, 2016) e de intervir em contextos de incerteza e complexidade (GUEDES-GRANZOTT *et. al.*, 2015).

Diante das novas exigências para a formação do profissional de saúde, o ensino superior está passando por um processo de transformação baseado em novas evidências em relação à aprendizagem (LIMA, 2017). Nas metodologias ativas o aluno é considerado o centro do processo de ensino-aprendizagem e protagonista da construção do próprio conhecimento, enquanto ao professor fica destinado o papel de mediador deste processo (RONCONI, BERNINI, 2017). O papel do professor é o de "apresentar o mundo ao estudante e, ao mesmo tempo, deixá-lo caminhar sozinho" (MARQUES, 2018, p. 3). Para isto é necessária uma postura do docente de "respeito à bagagem cultural do discente, bem como aos seus saberes construídos na prática comunitária" (MITRE *et. al.*, 2018, p. 2136).

A fundamentação teórica apresentada para a utilização de metodologias ativas é composta de diversas teorias da aprendizagem e de campos afins, com destaque para as pedagogias de Paulo Freire (VASCONCELOS *et. al.*, 2016) e de John Dewey (SIMON *et. al.*, 2014; RONCONI, BERNINI, 2017), a teoria da aprendizagem significativa (MACEDO *et. al.*, 2018; VARGA, TURATO, 2012) o construtivismo (ROMAN *et. al.*, 2017; LIMA, 2017), e o materialismo histórico-dialético⁹ (MITRE *et. al.*, 2008; MARIN *et. al.*, 2010; GOMES *et. al.*, 2010).

Os desafios para a consolidação e aceitação do uso das metodologias ativas nos cursos de graduação são justificados como problemas relacionados ao uso do método de forma superficial e isolada (SIMON *et. al.*, 2014; LIMA, 2017), falta de capacitação e de disponibilidade dos professores, e falta de maturidade dos discentes. Os empecilhos para a aplicação destas pedagogias foram relacionados à

[...] influência de métodos conservadores, resistência de alguns profissionais; a dificuldade do aluno em responsabilizar-se pela autoaprendizagem; a rigidez das instituições e dos serviços de saúde; a percepção equivocada de perda do poder de alguns profissionais e o desconhecimento das teorias pedagógicas (SOBRAL, CAMPOS, 2012, p. 212).

A literatura consultada foi unânime ao apresentar conclusões positivas e recomendar a adoção das metodologias nos cursos de graduação, pós-graduação e formação permanente em saúde. Como exemplo, podemos citar um estudo em que os autores concluíram que as metodologias ativas possuem "potencial didático-pedagógico para preparar o futuro profissional e cidadão, necessário para ajudar a enfrentar os desafios de uma sociedade globalizada que passa por rápidas transformações" (CARVALHO *et. al.*, 2016, p. 95).

Reestruturação produtiva e a exigência de um novo perfil profissional

A utilização das metodologias ativas na formação do profissional de saúde é justificada pelo surgimento de uma sociedade pós-moderna e de um novo paradigma da educação orientado para a formação

de profissionais proativos e flexíveis, capazes de apresentar soluções criativas para contextos de complexidade e incerteza (MITRE *et. al.*, 2008; LIMBERGER, 2013; LIMA, 2017). A alegação do surgimento desta suposta nova ordem social foi empregada para sustentar a adoção destas pedagogias nas reformas dos sistemas escolares de diversos países como Estados Unidos, Rússia, África do Sul e Suécia (MIRANDA, 2000). Neste contexto, a concepção piagetiana de inteligência correspondeu à exigência contemporânea de uma capacitação moral e intelectual para o trabalho tecnificado.

Já abordamos neste trabalho o fato de que a condição histórica contemporânea, longe de significar uma transformação na ordem social, é produto das transformações econômicas e políticas operadas na fase tardia do capital, a partir da instauração do regime de acumulação flexível (RODRIGUES, 2006). O aparente surgimento de uma sociedade e de uma cultura pós-modernas, nada mais é do que a expressão ideológica destas alterações oriundas dos processos produtivos industriais, refletidas na esfera da reprodução social.

No ciclo de crescimento econômico do pós-guerra, a acumulação de capital era garantida pela reconstrução da estrutura social destruída, pelo abastecimento do mercado interno dos países vitoriosos e pela exportação de mercadorias e processos produtivos aos países derrotados e periféricos (ALBUQUERQUE, 2009). Desta forma, sustentava-se o Estado de Bem-Estar (*Welfare State*) das grandes potências, necessário para manter as condições de reprodução da força de trabalho e apaziguar a luta dos trabalhadores que se inspiravam nas revoluções socialistas daquele período. O fim deste ciclo de acumulação e a redução das taxas de lucro exigiram dos capitalistas uma reestruturação da produção que,

[...] com o desenvolvimento dos meios de produção, com a grande elevação da produtividade, alavancada pela automação e a informatização, reduziu drasticamente a necessidade de trabalho vivo. Já não é mais necessário garantir a reprodução da vida dos trabalhadores nos patamares anteriores e a privatização daqueles setores ocupados pelo Estado de Bem-Estar significa a reabertura de espaços de realização de lucro fundamentais para o Capital (ALBUQUERQUE, 2009, p. 49).

Esta nova fase do capital foi marcada pela extinção de milhares de postos de trabalho, seguido de um aumento muito inferior no setor de serviços, pela proletarização deste setor e pela industrialização precária dos países periféricos. Nos postos de trabalho mantidos à custa da precarização e flexibilização das relações de trabalho, passou-se a exigir do trabalhador uma atuação mais ativa, com maior dedicação e maior capacidade de adaptação. Neste contexto, as necessidades de educação dos trabalhadores restringiram-se a uma capacitação ínfima, pois a objetivação do conhecimento no trabalho morto da maquinaria prescinde, em parte, da qualificação do trabalho vivo (ALBUQUERQUE, 2009).

Nos Estados capitalistas periféricos, ressurgiu a ideia de que o nível da educação de um país determina seu desenvolvimento econômico e sua capacidade competitiva no mercado internacional. Este ideário veio acompanhado da defesa de que as necessidades de aprendizagem dos diferentes grupos humanos eram diversas e, assim, também deveriam ser os meios para satisfazê-las. Para tanto, disseminou-se "a ideia de que estratos sociais diferentes necessitam ensinamentos diferentes, uma vez que as necessidades de um e de outro não são as mesmas" (ALBUQUERQUE, 2009, p. 55). Este processo, associado à necessidade de formar trabalhadores adaptáveis à reestruturação produtiva e capazes de aprender com rapidez e facilidade - lembremos que a volatilidade e a obsolescência, traços típicos da produção capitalista, invadiram

a esfera da cultura e da produção de conhecimento - fez ressurgir e ganhar força as pedagogias escolanovistas e construtivistas (ALBUQUERQUE, 2009).

No ensino superior, as determinações econômicas das reformas educacionais expressaram-se na adequação do trabalho intelectual ao modo de produção capitalista, e na crise da universidade humanista clássica que, ao se tornar anacrônica na fase tardia do capital, tornou-se responsável pela qualificação da força de trabalho intelectual para o desenvolvimento de competências específicas para a produção e circulação de mercadorias (RODRIGUES, 2006).

Logo, constata-se que a solução apresentada para se superar a especialização e o tecnicismo na atuação do profissional de saúde, é justamente a adoção das pedagogias que contribuíram para o processo de fragmentação do trabalho intelectual. Esta contradição decorre do fato de que as determinações econômicas deste processo não são consideradas, sendo suas causas deslocadas para o predomínio do ensino tradicional e da razão científica na transmissão e produção do conhecimento. Contra o cientificismo vulgar e mecânico do tecnicismo, contra a miséria da razão, propõem a destruição da razão, um conjunto de saberes (para usar o termo que lhes é caro e respeitar o conceito de teoria) de base irracionalista que nada mais é que uma inversão do problema, não a sua solução.

A questão da fragmentação do conhecimento no período da decadência é abordada por Lukács (2016) como decorrente da divisão social do trabalho no capitalismo, não da produção de conhecimento fundamentada na razão científica. Segundo o autor, na produção capitalista, as atividades profissionais especializadas aparecem como independentes do processo global. Esse antagonismo superficial é consequência da contradição entre a produção social da riqueza e sua apropriação privada. Neste sentido, o problema da fragmentação e especialização no setor da saúde não é da ordem da produção do conhecimento ou da abordagem educacional utilizada na formação dos profissionais, estas são apenas expressões do processo de mercantilização dos serviços de saúde ocorrido ao longo do século XX.

A instauração do modo de produção capitalista colocou como necessidade a manutenção e a reprodução da força de trabalho nas cidades, composta pela grande massa de expropriados do campo que deu origem ao proletariado nascente. Esta responsabilidade ficou à cargo do Estado burguês com ênfase na questão higiênico-sanitária urbana, no controle da força de trabalho e no enfrentamento às epidemias. (GOMES, 2006). As ações do Estado sobre a questão sanitária culminaram no desenvolvimento, entre os séculos XVIII e XIX, de propostas de reforma na prática médica denominadas medicina social, baseadas em uma concepção do adoecimento como decorrente das condições de vida e, portanto, do papel de organizador social da medicina.

Segundo Gomes (2006), a partir do século XX, o controle sobre o espaço urbano e sobre a força de trabalho de forma coletiva é incrementado pela normalização dos corpos com a generalização da assistência médica individual. Na sociedade capitalista, o corpo, e especificamente o corpo do trabalhador assalariado, cuja força de trabalho é uma mercadoria, é indissociável da produção de valor e da extração de mais-valia. Assim, a recuperação e a normalização do corpo, neste modo de produção, estão diretamente relacionadas à manutenção da disponibilidade de força de trabalho a ser explorada. Além disso, o caráter de normalização e disciplinamento presente nas práticas em saúde a partir deste período contribuem para a

propagação das ideias da classe dominante e a legitimação das relações de exploração vigentes (GOMES, 2006).

Conforme desenvolveram-se as diferentes fases de organização da produção capitalista, observa-se também a organização do trabalho em saúde transitar da forma artesanal à forma assalariada típica desta sociedade. Em primeiro lugar, unificou-se o conhecimento e a prática da saúde no campo da clínica, legitimada pela neutralidade e cientificidade positivista da medicina moderna (GOMES, 2006). Neste momento, o trabalho em saúde ainda apresenta características gerais próprias da forma de organização pré-capitalista: o trabalhador detém os meios de produção e os produtos do trabalho, além de controlar a organização do processo produtivo, de forma que trabalho manual e intelectual são indissociáveis. A clínica opera, portanto, como o elemento homogeneizador e unificador das práticas em saúde que possibilitou, no período seguinte, a divisão técnica, a parcelarização ou a fragmentação do trabalho. Segundo Gomes (2006), este processo ocorreu inclusive com as profissões da saúde que se consolidaram posteriormente, como a nutrição, a psicologia, a fisioterapia e outras.

No final do século XIX, após o movimento de unificação sob a clínica moderna e fragmentação do trabalho médico em diversas especialidades, ocorreu o desdobramento de certas especializações da prática médica que deu origem a outras profissões, como a nutrição e a fisioterapia. Além disso, houve a profissionalização de outros trabalhadores que mantinham sua atuação de forma relativamente independente até então, como enfermeiros, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas (GOMES, 2006). Um movimento mais recente é a configuração de novas práticas e a admissão de novas profissões, como os psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. O hospital foi o espaço privilegiado para a realização do trabalho em saúde por diferentes profissionais, possibilitando um novo ciclo de divisão técnica e parcelarização.

Neste sentido, conforme avança a divisão técnica do trabalho em saúde propiciada pela reunião das diversas profissões em um único local, o hospital, avança também o desenvolvimento das forças produtivas deste ramo, e diversificam-se os conhecimentos, as intervenções e os instrumentos de trabalho. Desta forma, faz-se necessária mais uma etapa de divisão do trabalho, acarretando o aumento da produtividade e o incremento tecnológico (GOMES, 2006). Entretanto, permanece a centralidade do modelo biomédico personificado na figura do médico, de modo que as demais profissões são incorporadas sob o controle deste que se mantém como trabalhador nuclear, sendo os demais considerados trabalhadores periféricos (GOMES, 2006).

Como vimos, o desenvolvimento da produção de serviços de saúde acompanhou o desenvolvimento da indústria no modo de produção capitalista, da produção artesanal à cooperação e desta à manufatura, com a realização dos processos de unificação, divisão técnica e simplificação do trabalho, seguidas de aumento da produtividade e desenvolvimento das forças produtivas. A simplificação progressiva do trabalho é, na análise marxiana da produção capitalista de mercadorias, uma tendência inerente à especialização, provocando uma complexificação do conhecimento sobre o objeto de trabalho que passa a determinar a necessidade de novas parcelarizações (GOMES, 2006). Este movimento impossibilita a apreensão da totalidade do objeto e dos processos de trabalho por um único trabalhador ou mesmo por

uma única profissão, desta forma, no ramo da saúde surgem as especialidades e as subespecialidades, e com a interferência da divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, surgem os trabalhadores responsáveis pela gestão dos processos de trabalho e os trabalhadores “técnicos”, como os técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal, técnicos em radiologia, etc. (GOMES, 2006).

Os resultados deste processo são, por um lado, a produção do trabalho em saúde por uma série de trabalhadores que de maneira, ao mesmo tempo, apartada e interdependente, realizam etapas parcelares que resultam em produtos parcelares. Esta diversidade de trabalhadores considerada em sua unidade constitui o que se denomina o trabalhador coletivo da saúde (GOMES, 2006). Por outro lado, a unificação destes trabalhadores parcelares em uma grande unidade produtiva resulta, a partir do século XX, na tendência ao assalariamento e proletarização dos mesmos, ainda que subsistam aqueles que permanecem como produtores independentes e que estes, por vezes, realizem relações de assalariamento dos demais em pequena escala (GOMES, 2006).

Segundo Lessa (2013), no decorrer do século XX, o médico da família foi transformado em assalariado de empresas, hospitais e planos de saúde, e a medicina foi reorientada para a priorização de procedimentos que produzem lucros maiores. O aumento da competição mercantil entre as prestadoras de serviços de saúde e o aumento dos custos dos cuidados médicos provocou a expansão e a diversificação destes serviços, passando a incluir laboratórios, suprimentos, remédios e serviços de atenção domiciliar, além da elevação do lucro destas empresas, dos bancos, e também dos gastos públicos com saúde (LESSA, 2013).

Entretanto, na década de 70, a capitalização da saúde, já altamente mercantilizada, começou a prejudicar a economia das indústrias, pois o aumento crescente dos custos dos empregadores com planos de saúde passou a interferir negativamente no capital industrial e no, já desgastado, Estado de Bem-Estar, exigindo ajustes e cortes nos gastos com a oferta de serviços de saúde (LESSA, 2013). O que sucedeu foi uma crise geral do setor, caracterizada pela baixa cobertura, baixa qualidade do atendimento e falta de resolutividade mediante a precarização das condições de vida da população.

Algumas consequências deste processo foram: a excessiva realização de exames a fim de garantir os lucros, o deslocamento dos médicos para áreas mais ricas e a especialização excessiva do trabalho médico (LESSA, 2013). Segundo o autor, as instituições (grandes corporações, fundações, indústrias e planos de saúde) que se desenvolveram com o apoio dos médicos, na sequência, reduziram a classe médica a um conjunto de trabalhadores assalariados que recebem "por peça". Além disso, observa-se no período recente a tendência da organização do trabalho em saúde acompanhar o movimento de reestruturação produtiva a partir das terceirizações e da precarização do trabalho, por exemplo, a proliferação das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão dos processos de trabalho do SUS.

Em se tratando da qualificação do trabalho em saúde, Gomes (2006) aponta como principal consequência a diferenciação na necessidade de qualificação da força de trabalho a depender da posição que ocupe no processo produtivo, ou seja, quanto mais simplificado o processo de trabalho, maior o peso da qualificação exclusivamente técnica do trabalhador. Em contrapartida, quanto mais parcelar é o objeto de trabalho, maior a complexidade da especialização naquele fragmento do objeto, perdendo de vista a

compreensão de totalidade dos processos de saúde-doença. Estes são alguns elementos que podem determinar, por exemplo, a disparidade da remuneração dos trabalhadores em saúde, já que, na relação de assalariamento capitalista, um dos elementos que compõem o valor da força de trabalho é justamente a sua qualificação, que é significativamente diversa em níveis de complexidade se considerarmos a necessidade de qualificação de um trabalhador técnico e de um trabalhador altamente especializado.

A literatura consultada sequer menciona este processo de mercantilização da saúde, tampouco a transformação do trabalhador da saúde num assalariado por peça ou num trabalhador por metas. Os autores limitam-se a criticar, exaustiva e repetidamente, o modelo biomédico de saúde, e, ignorando suas determinações econômicas, acreditam ser possível superar a fragmentação e a especialização tecnicista através da utilização das metodologias ativas para a formação de um profissional com “perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo” (LIMBERGER, 2013, p. 970), proativo e criativo (MACEDO *et. al.*, 2018) cuja atuação seja compatível com as diretrizes da integralidade, cuidado humanizado e promoção à saúde do SUS (GUEDES-GRANZOTT *et. al.*, 2015).

A análise da vinculação ideológica entre a exigência deste perfil profissional e a utilização das metodologias ativas não pode prescindir da retomada dos caminhos teóricos e políticos percorridos pelo movimento sanitário no Brasil. Abordaremos esta questão no próximo item.

Democracia, pluralismo e participação social: a base ideológica para a adoção do paradigma construtivista na formação do profissional de saúde

A difusão do paradigma construtivista no Brasil, segundo Rossler (2000), se deu por um processo de sedução e alienação. Esta tese parte da constatação de que na segunda metade da década de 80, iniciou-se uma rápida e significativa adesão ao ideário construtivista, que tem passado por um processo de reorganização e de reestruturação, incorporando e sendo incorporado por diversas concepções teóricas, caracterizando a existência de um modismo educacional em torno deste fenômeno. O autor, fundamentado na teoria do cotidiano de Ágnes Heller, define modismo como "uma forma alienada de orientação da sociedade para o futuro" (ROSSLER, 2000, p. 6), típica da sociedade burguesa, superando o domínio da tradição nas sociedades pré-capitalistas, orientadas para o passado.

Em primeiro lugar, a ideia difundida de que o construtivismo significaria "a concretização de uma prática educacional progressista e transformadora" (ROSSLER, 2000, p. 13), teria feito com que ele ocupasse um vazio deixado pelas teorias críticas da educação. A vinculação teórica e ideológica do construtivismo com o escolanovismo e o prestígio científico da teoria piagetiana também foram elementos significativos para o sucesso de sua difusão no Brasil. Além disso, o caráter prescritivo do modelo construtivista apareceu, para os educadores, como uma possibilidade de descoberta de respostas concretas para os problemas do cotidiano escolar (ROSSLER, 2000).

Entretanto, esta é apenas uma primeira aproximação do processo de sedução e alienação que facilitou a adesão dos educadores ao ideário construtivista. Em uma análise mais aprofundada, o autor levanta a hipótese de que este processo de adesão por sedução

[...] se daria tanto pela *forma* através da qual se articula o discurso construtivista, isto é, pela sua estrutura argumentativa maniqueísta, como também pelos *conteúdos* que constituem o conjunto deste ideário [...]. Em outras palavras, o ideário construtivista seduziria por aproximar-se a elementos fortemente ideológicos e sedutores difundidos no cotidiano alienado da nossa sociedade capitalista contemporânea (ROSSLER, 2010, p. 16).

Desta hipótese derivam outras três: a relação dos educadores com o construtivismo se dá de forma "imediate, espontânea, pragmática, carente de reflexão, de rigor lógico, aprofundamento teórico e posicionamento crítico" (ROSSLER, 2000, p. 16); a prática profissional e a formação destes educadores são marcadas pela alienação e por processos de sedução; o fenômeno da adesão aos modismos educacionais é determinado pelos processos sociais e psicológicos da sedução e alienação. Neste sentido, o paradigma construtivista, ao ser incorporado por um processo de sedução e alienação, opera de forma contrária à promoção da autonomia intelectual proclamada pelos seus defensores (ROSSLER, 2000). Partindo do pressuposto de que a adoção do paradigma construtivista na formação do profissional da saúde também tenha se dado por um processo de sedução, buscaremos identificar se há correspondências filosóficas, políticas ou ideológicas entre este ideário e o caminho percorrido pelo movimento sanitário que poderiam ter contribuído para esta adesão.

O surgimento de uma concepção ampliada de saúde a partir da análise dos determinantes sociais teria orientado a necessidade de formação de um profissional crítico e reflexivo, capaz de identificar e atuar sobre estes determinantes (FERRAZ JÚNIOR *et. al.*, 2016), com "competência técnica investigativa, reflexão crítica e compromisso social e ético para atuar em equipe multiprofissional" (PEDROSA *et. al.*, 2011, p. 322). Por outro lado, os rumos institucionais tomados pelo movimento sanitário, expressão da Estratégia Democrático-Popular no setor da saúde, produziram um perfil de profissional e de militante do SUS que atua dentro das regras do jogo democrático burguês, direcionando sua prática política para as instâncias formais de participação social, em especial, os conselhos e conferências de saúde.

A adequação da EDP à ordem capitalista já foi abordada neste trabalho. O desfecho demonstrou que, na contramão do que Florestan Fernandes imaginou ser possível, a burguesia estava disposta a ceder o mínimo e a classe trabalhadora estava disposta a aceitá-lo, mais que isso, estava disposta a liderar o processo de conciliação e a tornar-se seu agente mediador (DANTAS, 2017). No campo da saúde, isto não se deu de maneira diferente e, ao contrário do que se imagina, a diretriz da participação social do SUS não significou apenas uma conquista da classe frente ao autoritarismo político burguês, mas foi, na verdade, um dos elementos da reforma da máquina estatal operada pela ofensiva neoliberal frente à crise internacional do Estado de Bem-Estar e do ciclo de acumulação de capital do pós-guerra.

Segundo Dantas (2017), o crescimento da crítica liberal à presença massiva do Estado na economia a partir de 1973 corresponde ao arrefecimento da ameaça revolucionária diante da crise do socialismo soviético e surge como solução para a crise fiscal da economia estadunidense. A reforma da máquina estatal com a redução do Estado de Bem-Estar, associada ao aumento da permeabilidade do Estado à participação social, foi a expressão política da reação da burguesia para a crise do ciclo de acumulação do

pós-guerra, acompanhada, no âmbito econômico, pela instauração da reestruturação produtiva e do regime de acumulação flexível.

No caso do Brasil, um dos principais aspectos da reforma gerencial, operacionalizada por Bresser-Pereira no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), foi "a criação de organizações sociais e agências executivas para liberar o Estado de tarefas que não lhe caberia executar" (DANTAS, 2017, p. 215). Para isto, era necessário consolidar o regime democrático através do controle social como instrumento de fiscalização do Estado para mantê-lo imune à nova forma, corporativista, do velho patrimonialismo estatal. No campo da saúde, o movimento sanitaria respondeu com entusiasmo ao chamado neoliberal para o controle da sociedade civil sobre a máquina do Estado. Isto foi possível porque dentro do movimento imperava, há muito, a defesa de uma "participação democrática institucionalizada, vislumbrada como a forma ideal para a garantia da efetividade do projeto [da reforma sanitária]" (DANTAS, 2017, p. 223).

Segundo o autor, outro elemento importante para entender este processo é a tradição conselheirista da esquerda, influenciada pelas experiências da Comuna de Paris e dos soviets da Revolução Russa. Entretanto, na consciência social de parte da esquerda brasileira, assim como do movimento sanitaria, a influência das experiências conselheiristas revolucionárias coexistia com a concepção fetichizada da democracia como valor universal, de tal forma que se imaginou ser possível equiparar ou, ao menos aproximar, a capacidade organizativa dos conselhos revolucionários com a dos instrumentos de organização da sociedade civil, dentro dos limites da democracia formal burguesa. Ao analisarmos este movimento, é possível observar que a exigência de formação de um profissional crítico e reflexivo visa atender a necessidade de ocupação dos espaços institucionais de controle social defendida não só pelo movimento sanitaria, mas também pelos expoentes da reconfiguração do aparelho estatal no período de ascensão do neoliberalismo como saída para a crise de 70.

A convivência democrática e a busca pelo consenso nas disputas políticas exigiram a defesa do pluralismo de ideias e a substituição do referencial marxista por um ecletismo teórico orientado pelo compromisso com uma mudança social abstraída da luta de classes (DANTAS, 2017). Não por acaso, a formação do profissional de saúde também passou a ser orientada por um paradigma do conhecimento no qual saberes e concepções de mundo inconciliáveis são igualmente legítimos, pois derivam da interpretação subjetiva da realidade de cada sujeito ou grupo social.

O paradigma construtivista do conhecimento pode ser observado na literatura analisada, mesmo naquelas produções que não mencionam o construtivismo de forma direta, por exemplo, na defesa do pluralismo e da construção de consensos, tal como aparece nos trabalhos de Marques (2018), Carvalho *et. al.* (2016) e Vasconcelos *et. al.* (2016); assim como na defesa da liberdade de expressão, ação e diálogo num espaço plural de interesses que aparece nos trabalhos de Freitas *et. al.* (2015) e de Varga e Turato (2012). Em PEDROSA *et. al.* (2011), as metodologias ativas foram exaltadas como técnicas dialógicas, participativas e horizontais.

O abandono do marxismo e da perspectiva de superação da ordem burguesa teve consequências para a luta sanitaria assim como para formação, atuação e consciência social dos profissionais de saúde frente aos crescentes ataques e tentativas de desmonte do SUS desde sua criação. A reforma do aparelho do

Estado operada no governo FHC foi acompanhada pela desarticulação e desmonte das conquistas obtidas. A falta de recursos para o funcionamento do SUS conforme foi concebido e a constatação da má utilização dos recursos disponíveis foram os argumentos utilizados por Bresser-Pereira para a realização de uma reforma da saúde inspirada no modelo britânico e baseada na descentralização e controle dos gastos, na instauração de uma lógica de mercado entre hospitais e ambulatórios especializados, na administração dos hospitais por organizações públicas não-estatais (as conhecidas organizações sociais - OSs) e na implantação de um sistema de triagem composto por médicos clínicos ou médicos da família (DANTAS, 2017).

Desde então, na tentativa de resistir aos ataques neoliberais, a produção intelectual e a formulação de políticas públicas para o SUS debruçou-se, por um lado, sobre a questão do financiamento e da gestão de recursos (DANTAS, 2017), e por outro, sobre o empoderamento e responsabilização dos profissionais de saúde para que estes possam dar seguimento à luta pela Reforma Sanitária e em defesa do SUS nível micro, discursando sobre os determinantes sociais da saúde e promovendo um cuidado aparentemente humanizado a partir de soluções criativas a despeito da precarização das condições de trabalho e da intensificação da jornada através do estabelecimento de metas de produtividade, por exemplo. Neste último elemento, podemos encontrar a outra face da necessidade, apontada pela literatura, de formação de profissionais humanistas, proativos e criativos, capazes de uma atuação compatível com as diretrizes da integralidade, cuidado humanizado e promoção à saúde do SUS.

Considerações finais

Este trabalho teve como objetivo investigar as determinações materiais e suas expressões filosóficas, políticas e ideológicas do processo de adesão às metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde. Para isso, buscamos discorrer sobre o desenvolvimento histórico da Reforma Sanitária no Brasil; apresentar os fundamentos filosóficos e as origens pedagógicas das metodologias ativas; identificar as vinculações filosóficas, políticas e ideológicas entre estes fundamentos e a luta do movimento sanitaria, que poderiam ter contribuído para o processo de adesão às metodologias ativas; e por fim, apontar as consequências deste fenômeno para a formação do profissional de saúde.

O uso das metodologias ativas na formação do profissional de saúde traz como consequência um perfil profissional cuja capacidade crítico-reflexiva e a atuação política restringem-se aos limites da democracia burguesa. A adoção de metodologias ativas na formação de saúde é uma expressão, no âmbito educacional, do processo de institucionalização, setorização, cooptação e arrefecimento da luta sanitaria, assim como da luta da classe trabalhadora brasileira em geral, resultado da execução e consolidação efetivas da Estratégia Democrático-Popular e da conciliação de classes dirigida pelo PT.

Temos razões para acreditar que - dada a vinculação da literatura consultada com o pensamento pós-moderno e com o paradigma construtivista do conhecimento - a defesa da formação de um profissional capaz de intervir sobre os determinantes sociais da saúde e transformar a realidade social está muito distante da necessidade de superação ordem burguesa e da construção do socialismo, expressa nos primeiros

momentos da luta sanitária, quando ainda mantinha-se um vínculo concreto com a organização da classe trabalhadora no Brasil.

A institucionalização do movimento sanitário, a defesa da democracia abstrata e do pluralismo de ideias, assim como da adesão aos mecanismos de participação social do Estado burguês, contribuiu para a formação de um terreno ideológico propício à adoção do paradigma construtivista na formação dos profissionais de saúde. Entretanto, vimos que a capacidade crítica e reflexiva pretendida restringe-se aos limites da ordem burguesa, enquanto a capacidade criativa e proativa significa, na verdade, a imposição de uma responsabilidade individual sobre o profissional de saúde, ao qual compete a defesa, em nível local, da universalidade, integralidade, humanização e transformação dos determinantes sociais da saúde que a luta sanitária não conseguiu garantir com a efetivação da tática institucional de ocupação do aparelho do Estado. A utilização destas metodologias não resultará na formação de profissionais capazes de conhecer, analisar e transformar radicalmente a realidade, mas de profissionais e militantes do SUS impossibilitados teórica e ideologicamente de retomar o horizonte revolucionário há muito abandonado pelo movimento sanitário e pela esquerda democrática brasileira.

Diante do exposto, apresenta-se como necessidade a retomada da discussão da produção dos serviços de saúde de forma pública e estatal e sua vinculação com a estratégia de superação da sociedade capitalista, fundamentada na análise da determinação das relações sociais de produção e da luta de classes sobre o processo de saúde e adoecimento da classe trabalhadora. Além disso, constata-se como fundamental a realização da crítica ao ensino tradicional embasada pela compreensão marxiana do trabalho como atividade humana que tem como uma de suas características a generalização do conhecimento já produzido sobre os processos de transformação da natureza a fim de satisfazer as necessidades humanas, em oposição ao caráter alienante e abstrato que é a forma particular que o trabalho assume sob as relações sociais de produção de valor na sociedade capitalista. É preciso uma crítica dos processos educativos, assim como dos processos de produção de saúde-doença, que tenha como norte a emancipação humana e a realização das capacidades e possibilidades de produzir, sobreviver, reproduzir e fruir, e não a adaptação de uma classe social ao domínio e subjugo de outra.

Faz-se necessário, ainda, apontar os limites desta pesquisa, que se pretendeu apenas uma primeira aproximação com o tema da utilização das metodologias ativas na formação do profissional de saúde. Outros estudos, de maior abrangência teórica e investigativa, são imprescindíveis para uma análise aprofundada das determinações econômicas e das expressões políticas, filosóficas e ideológicas deste fenômeno, assim como de suas consequências para a formação do profissional de saúde e para a atuação política da militância do setor. Apresenta-se ainda a necessidade de realização de estudos que abordem a utilização das metodologias ativas na qualificação específica de cada uma das forças de trabalho que compõem o trabalhador coletivo da saúde, de forma a identificar e analisar este fenômeno considerando as necessidades particulares de formação de cada uma dessas profissões.

Referências:

ALBUQUERQUE, G. S. C. **As determinações do capital sobre a formação do trabalhador em saúde: um estudo sobre reformulações curriculares em dois cursos de Medicina do Paraná.** 2009. Orientadora: Lígia Regina Klein. 249 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

ALMEIDA, M. R. de; GOMES, R. M. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: Estudos Sobre Educação**, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014.

ARCE, A. A formação de professores sob a ótica construtivista: primeiras aproximações e alguns questionamentos. *In: DUARTE, N. (Org.). Sobre o construtivismo.* Campinas: Autores Associados, 2000.

CARVALHO, W. M., *et. al.* Aceitação da utilização de metodologias ativas nos estágios no SUS por discentes da graduação e pós-graduação em Odontologia. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 16, n. 1., p. 88-98, 2016.

DANTAS, A. V. **Do Socialismo à Democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

DERISSO, J. L. Construtivismo, pós-modernidade e decadência ideológica. *In: MARTINS, L. M., e DUARTE, N. (Org.). Formação de professores: limites contemporâneos e alternativas necessárias* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010.

DUARTE, N. Concepções afirmativas e negativas sobre o ato de ensinar. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 44, 1998.

DUARTE, N. O construtivismo seria pós-moderno ou o pós-modernismo seria construtivista? *In: DUARTE, N. (Org.). Sobre o construtivismo.* Campinas: Autores Associados, 2000.

FERRAZ JÚNIOR, A. M. L. F., *et. al.* Percepção de estudantes de Odontologia sobre metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem. **Revista da ABENO**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, 2016.

FREITAS, V. P., *et. al.* Mudança no processo ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em odontologia com utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. **RFO**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, 2009.

FREITAS, C. M., *et. al.* Uso de metodologias ativas de aprendizagem para a educação na saúde: análise da produção científica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2015.

GOMES, A. P., *et. al.* Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 3, 2010.

GOMES, R. M. **As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação do trabalho em saúde.** 2006. Orientadora: Lígia Regina Klein. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

GUEDES-GRANZOTTI, R. B., *et. al.* Metodologias ativas e as práticas de ensino na comunidade: sua importância na formação do Fonoaudiólogo. **Distúrbios Comum.**, São Paulo, v. 27, n. 2, 2015.

IASI, M. L. **O PT e a Revolução Burguesa no Brasil.** 2013. Disponível em: https://docs.google.com/file/d/0B_s4202oxQXfNzKxN2hWb2VQSIE/edit?pli=1&resourcekey=0-R-yarNd_HmtAwH1qTgvgGQ. Acesso em: 12 de novembro de 2022.

KLEIN, L. R. Construtivismo piagetiano: considerações críticas à concepção de sujeito e objeto. *In: DUARTE, N. (Org.). Sobre o construtivismo.* Campinas: Autores Associados, 2000.

KOSIK, K. Dialética da totalidade concreta. *In: Dialética do Concreto.* Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

- LESSA, S. Saúde, moradia, educação, racismo e direitos civis, migrantes, crianças e adolescentes. *In: Capital e Estado de Bem-Estar: o caráter de classe das políticas públicas*. Maceió: Instituto Lukács, 2013.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface*, Botucatu, v. 21, n. 61, 2017.
- LIMBERGER, J. B. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. *Interface*, Botucatu, v. 17, n. 47, 2013.
- LUKÁCS, G. Concepção aristocrática e concepção democrática do mundo. *In: LUKÁCS, G. O jovem Marx e outros escritos de filosofia*. Organização, apresentação e tradução de Carlos Nelson Coutinho e José Paulo Netto. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.
- LUKÁCS, G. Marx e o problema da decadência ideológica. *In: LUKÁCS, G. Marx e Engels como historiadores da literatura*. Tradução de Nélio Schneider. São Paulo: Boitempo Editorial, 2016.
- MACEDO, K. D. S., *et. al.* Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2018.
- MANDEL, E. *O Capitalismo Tardio*. São Paulo, Editora Abril, 1982.
- MARIN, M. J. S., *et. al.* Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 34, n. 1, 2010.
- MARIN, M. J. S., *et. al.* Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 33, 2010.
- MARQUES, L. M. N. S. R. As metodologias ativas como estratégias para desenvolver a educação em valores na graduação em enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2018.
- MELO, B. C.; SANT'ANNA, G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. *Com. Ciências Saúde*, Brasília, v. 23, n. 4, 2012.
- MIRANDA, M. G. de. Pedagogias psicológicas e reforma educacional. *In: DUARTE, N. (Org.). Sobre o construtivismo*. Campinas: Autores Associados, 2000.
- MITRE, S. M., *et. al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2008.
- OLIVEIRA, R. G., *et. al.* Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem em um Curso de Odontologia. *Revista da ABENO*, Porto Alegre, v. 15, n.2, 2015.
- PARANHOS, V. D.; MENDES, M. M. R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 2010.
- PEDROSA, I. L., *et. al.* Uso de metodologias ativas na formação técnica do Agente Comunitário de Saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2011.
- PRADO, M. L., *et. al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2012.
- RODRIGUES, M. *Michel Foucault sem espelhos: um pensador proto pós-moderno*. 2006. Orientador: José Paulo Netto. 237 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- ROMAN, C., *et. al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. *Clin Biomed Res*, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2017.
- RONCONI, A. C.; BERNINI, D. S. D. O uso de metodologias ativas no ensino médico: um estudo bibliométrico do ano de 2017. *Rev. Esfera Acadêmica Humanas*, Goiabeiras, v. 2, n. 1, 2017.
- ROSA, R. S. *et. al.* Estratégias baseadas em metodologias ativas no ensino aprendizagem de primeiros socorros: relato de experiência. *Rev Enferm UFPE online.*, Recife, v. 11, n. 2, 2017.
- ROSSLER, J. H. Construtivismo e alienação: as origens do poder de atração do ideário construtivista. *In: DUARTE, N. (Org.). Sobre o construtivismo*. Campinas: Autores Associados, 2000.

- SILVA, R. H. A.; MIGUEL, S. S.; TEIXEIRA, L. S. Problematização como método ativo de ensino-aprendizagem: estudantes de farmácia em cenários de prática. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2011.
- SIMON, E., *et. al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem e educação popular: encontros e desencontros no contexto da formação dos profissionais de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, 2014.
- SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, 2012.
- SOUZA, E. F. D.; SILVA, A. G.; SILVA, A. I. L. F. Metodologias ativas na graduação em Enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 71, n. 2, 2018.
- VANNUCHI, M. T. O., CAMPOS, J. J. B. A metodologia ativa na residência em gerência do curso de Enfermagem da UEL. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 3, 2007.
- VARGA, C. R. R.; TURATO, E. R. Proposições curriculares para a formação em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica: o ensaio com metodologias ativas de aprendizagem da Universidade Federal de São Carlos. **Revista Brasileira De Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, 2012.
- VASCONCELOS, M. P. N., *et. al.* Curso de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas: considerações acerca das metodologias ativas no processo de ensino-aprendizagem. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei. 11, n. 3, 2016.

Notas

- 1 Pós-graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Uberlândia. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Marxistas em Psicologia, Educação e Saúde (UFU): dgp.cnpq.br/dgp/espelhorh/5590493834857446. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5590493834857446>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9242-5342>. E-mail: nathianasantiago@hotmail.com.
- 2 Doutor em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professor de Psicologia da UNESP-Bauru. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas Marxistas em Psicologia, Educação e Saúde (UFU): <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhorh/5590493834857446#gruposPesquisa>. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2244216489344337>. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5922-4437>. E-mail: nettoberenchtein@gmail.com.
- 3 A Estratégia Democrático-Nacional partiu da análise da formação social brasileira de tipo semicolonial e do pressuposto de que não houve, no Brasil, uma revolução burguesa clássica e que, portanto, o desenvolvimento das forças produtivas e democratização da política no período eram insuficientes para a realização de uma revolução socialista. Neste sentido, formulou-se a estratégia de execução, como etapa anterior ao socialismo, de uma revolução democrático-burguesa, na qual a aliança entre proletariado, camponeses, massas urbanas e setores da burguesia nacional seria responsável por dirigir a luta antilatifundiária, antiimperialista e pelo desenvolvimento da indústria nacional. A partir de 1964, a aliança entre a burguesia nacional e as forças militares logrou impor a derrota a esta estratégia, que não foi capaz de oferecer resistência significativa ao golpe (IASI, 2013).
- 4 A formulação sobre o caráter da revolução burguesa no Brasil realizada por Iasi (2013) incorpora os elementos de análise apresentados por Florestan Fernandes em sua obra *A Revolução Burguesa no Brasil*, publicada em 1975.
- 5 Segundo Iasi (2013), havia duas perspectivas no partido naquele momento: na primeira, o choque das demandas dos trabalhadores com a autocracia burguesa resultaria em uma ruptura, aproximando-se das formulações de Florestan Fernandes; na segunda, o fortalecimento da sociedade civil produzido pelo processo de redemocratização permitiria a realização de reformas que, de maneira gradual, levariam à superação da ordem burguesa, aproximando-se das análises de Carlos Nelson Coutinho.
- 6 A participação dos trabalhadores na política e na gestão dos serviços públicos foi defendida pelo partido como uma estratégia necessária para a instauração do poder popular dentro do aparelho estatal burguês. Esta pauta teve expressão significativa no movimento sanitário e permanece central no debate da gestão democrática do SUS ainda hoje.
- 7 Segundo Lukács (2009), o anticapitalismo romântico, produto da crise da democracia, também consiste em uma apologética indireta da sociedade burguesa, pois, apesar de ter se apresentado, de início, com um caráter democrático,

passou a promover uma defesa da desigualdade social e da ausência de liberdade como bases de uma sociedade saudável, uma defesa do capitalismo nas suas piores consequências.

8 O escolanovismo, por sua vez, apresenta-se como produto da decadência ideológica e do irracionalismo ao expressar, no campo da pedagogia, a naturalização das desigualdades entre os seres humanos, a mudança da centralidade do processo de produção de conhecimento que passa a ser o sujeito e não o objeto, e a consequente fusão entre pesquisa e transmissão.

9 A suposta correspondência entre as metodologias ativas e o materialismo histórico-dialético parece prover de um equívoco ao identificar no método Prática-Teoria-Prática, ou Ação-Reflexão-Ação, a relação de determinação da realidade, do concreto, sobre o processo de pensamento, ou seja, o pressuposto materialista do pensamento marxiano. Este equívoco decorre do fato de que não há, na compreensão epistemológica dos expoentes das pedagogias ativas, diferença entre o que identificamos como concreto aparente e concreto pensado. O concreto aparente é a realidade como ela se apresenta à primeira vista, enquanto aparência, fruto da *práxis* fetichizada, um complexo de representações abstratas que compõe um todo caótico. Já o concreto pensado é o fruto do método de apropriação e organização do concreto pelo ato da abstração do pensamento, a partir do qual a realidade apresenta-se agora não mais como um todo caótico e abstrato, mas como uma totalidade concreta, justamente porque preenchida de múltiplas determinações (KOSIK, 1976). Portanto, o concreto é ponto de partida, mas só se apresenta como de fato é, ou seja, despido das aparências dos fenômenos, quando é síntese, produto do processo de abstração do pensamento. A concepção equivocada do materialismo histórico-dialético como fundamento das pedagogias ativas é um tema a ser desenvolvido em outros trabalhos.

Recebido em: 24 de jan. 2023
Aprovado em : 18 de mar. 2023