

## 5.2 MANUSCRITO 2: PERCEPÇÕES DE DISCENTES SOBRE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DURANTE A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Este manuscrito foi elaborado conforme as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva - ISSN: 1678-4561, Qualis B1. Link de acesso: <https://www.scielo.br/revistas/csc/iinstruc.htm>. Acesso em 01 de dezembro de 2020.

## PERCEPÇÕES DE DISCENTES SOBRE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DURANTE A GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Tatiana Almeida Couto

Sérgio Donha Yarid

### RESUMO

Este estudo objetiva descrever como os discentes de Enfermagem vivenciam o processo ensino-aprendizagem sobre educação em saúde durante sua trajetória acadêmica. Desta forma, busca-se descrever as estratégias de educação em saúde utilizadas pelos discentes durante a Graduação em Enfermagem e conhecer os limites e as perspectivas do processo ensino-aprendizagem sobre educação em saúde na Graduação em Enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em seis municípios baianos nos quais estão os *campi* das Universidades Estaduais Baianas que possuem o Curso de Graduação em Enfermagem. Foram entrevistados 39 discentes que estavam regularmente matriculados no curso. Os dados foram analisados sob a ótica da hermenêutica filosófica de Gadamer. Os discentes vivenciam o processo ensino-aprendizagem sobre educação em saúde em componentes curriculares obrigatórios, optativos, assim como de forma transversal no curso, porém ainda predominando nos finais dos semestres de formação. Bem como, participam de projetos de extensão. Sobre as estratégias de educação em saúde utilizadas pelos discentes houve a demonstração da predominância de recursos pedagógicos e instrumentos que possibilitam a implementação de metodologias ativas. No que se refere aos limites e perspectivas do processo ensino-aprendizagem para a educação em saúde na graduação são pontuadas as relações entre docentes, discentes e o impacto na formação. Conclui-se, pois, sobre a necessidade de reformulação dos currículos para impactar o processo ensino-aprendizagem positivamente.

Descritores: Estudantes de Enfermagem. Enfermagem. Universidades. Educação em saúde. Aprendizagem.

### INTRODUÇÃO

A formação de discentes de Curso de Graduação em Enfermagem deve estar de acordo às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, espera-se que o Projeto Político do

Curso oportunize um processo de ensino-aprendizagem de forma humanística, crítica e generalista. Dessa maneira, faz-se necessário que os discentes experimentem maior integração com os cenários do SUS para que a interprofissionalidade seja operacionalizada, proporcionando maior superfície de contato com os distintos serviços de saúde.

As práticas de educação em saúde na formação são mencionadas pelos discentes como uma das abordagens, de forma específica, em componentes curriculares ou nos estágios curriculares supervisionados, de forma mais enfática, porém já se remete aos semestres finais da formação<sup>1</sup>.

Os(as) discentes compreendem que devem ser utilizadas estratégias pedagógicas que os(as) coloquem como proativos(as) no processo ensino-aprendizagem de educação em saúde, de forma a desvincular dos modelos tradicionais. Entre as propostas, além dos componentes curriculares, a implementação dos projetos de ensino, pesquisa e extensão, como atividades extracurriculares. Assim, para além de competências e habilidades técnico-científicas, visa o desenvolvimento de uma postura profissional crítica e reflexiva<sup>2</sup>.

Dessa maneira, os conhecimentos e as experiências adquiridas pelo discente durante sua formação impactarão no perfil profissional. Sendo uma das características avaliadas, o destaque para a autonomia no processo ensino-aprendizagem. Em que os(as) discentes sinalizam a percepção de ações pontuais de enfermagem, como procedimentos, ao invés de ações de cuidado no geral. E as vivências práticas devem ser dialogadas com os(as) discentes para se sentirem incluídos(as) e não limitados(as) nas programações<sup>3</sup>.

Entre os momentos do círculo hermenêutico, observa-se as experiências percebidas no encontro com o outro. Entendendo como um círculo de compreensão, e de modo algum, um círculo metodológico, mas descreve um momento estrutural ontológico da compreensão<sup>4</sup>. Deste modo, no momento da coleta de dados, a pesquisadora manteve-se reflexiva sobre os relatos dos(as) participantes.

Na busca pela compreensão do objeto de estudo, isto é, o ensino-aprendizagem na perspectiva do discente, a hermenêutica filosófica apresenta

a possibilidade de análise de textos e falas, afastando das intenções preconcebidas, mas aberto para o aprendizado sobre o que pode emergir<sup>5</sup>.

Os objetivos desse estudo são: descrever como os discentes de Enfermagem vivenciam o processo ensino-aprendizagem sobre educação em saúde durante sua trajetória acadêmica; bem como descrever as estratégias de educação em saúde utilizadas pelos discentes durante a Graduação em Enfermagem e conhecer os limites e as perspectivas do processo ensino-aprendizagem sobre educação em saúde na Graduação em Enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Os campos do estudo foram os municípios de Feira de Santana, Guanambi, Ilhéus, Jequié, Salvador e Senhor do Bonfim, sendo que os cenários do estudo foram seis *campi*, das quatro Universidades Estaduais Baianas, que possuem o Curso de Graduação em Enfermagem: Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC).

Os(as) participantes deste estudo constituem-se 39 discentes do curso de Graduação em Enfermagem, que foram identificados por meio de e-mails informados pelas equipes dos colegiados dos cursos das Universidades e submetidos ao seguinte critério de inclusão: estar regularmente matriculado em um dos três últimos semestres da graduação. E o critério de exclusão: não apresentar disponibilidade para participação na pesquisa presencialmente, após três tentativas de agendamentos.

A seleção dos três últimos semestres da graduação ocorre pelo entendimento de que esses discentes possuem uma compreensão mais integral do processo formativo e que já teriam acesso aos componentes curriculares que contemplam os conteúdos previsto como essenciais das DCN. Para codificação dos(as) participantes utiliza-se as seguintes abreviaturas: DI, para discente e a sequência numérica dos(as) entrevistados(as).

Para atender as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em

Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), essa pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) e foi aprovada com Parecer nº2.876.954 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE):89000818.8.0000.0055.

Após parecer favorável do CEP, foi enviada a carta de apresentação da coordenação do PPGES às Secretarias dos *campi* dos Cursos de Graduação em Enfermagem, das Universidades Estaduais Baianas e, posteriormente, houve contato presencial nas salas de aula ou nos espaços das Universidades com os(as) discentes para realização do convite para a pesquisa, assim como o contato prévio por e-mail com antecedência de uma semana.

Na sequência, foi realizada a coleta de dados por amostragem aleatória simples pela pesquisadora, diante da aprovação pelas instâncias diretivas destes *campi*, no período de setembro a dezembro de 2018. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora (gênero feminino, Enfermeira, Mestra em Ciências da Saúde) que possui experiência na realização de estudos qualitativos por meio de participação de cursos em instituições nacionais, leituras de livros e artigos, cumprimento de componentes curriculares durante a graduação e pós-graduação.

Os(as) participantes da pesquisa foram informados(as), presencialmente, sobre a temática, os objetivos do estudo, a justificativa, a relevância, a motivação pessoal e também foram esclarecidas as dúvidas. Posteriormente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias, pela pesquisadora e participante, no intuito de assegurar sigilo e anonimato, buscando minimizar os riscos e possíveis desconfortos. E cedendo os direitos de uso e divulgação do conteúdo da gravação e de sua transcrição literal, além de conceder autorização para publicação dos resultados da pesquisa em meio científico.

Os dados foram coletados prioritariamente nas Universidades e diante de solicitação do(a) participante (durante a fase de agendamento), a coleta também foi realizada nas unidades de saúde em que os(as) discentes estavam em atividades de estágio (Unidades Básicas e hospital), quando era inviável a presença na universidade. Foram utilizados um gravador de voz e um roteiro

de entrevista semiestruturada com questões disparadoras para facilitar a comunicação e o registro entre a pesquisadora e os participantes.

As entrevistas tiveram duração média de 28 min. E aproximadamente 109 horas de transcrição. Sendo discutida a saturação dos dados com o orientador, mediante o andamento e conclusão adequados da coleta de dados pelos depoimentos pertinentes e satisfatórios. Durante a coleta de dados as questões disparadoras foram:

- Como você vivenciou/vivencia a educação e saúde na Graduação em Enfermagem?
- Relate as estratégias de educação e saúde utilizadas durante a Graduação em Enfermagem.
- Em sua opinião quais os limites e perspectivas no processo de ensino-aprendizagem sobre educação e saúde na Graduação em Enfermagem?

Os questionamentos apresentaram as informações de cada participante e validaram a compreensão adequada pela pesquisadora. Assim como, diante do tempo para a apresentação do estudo, as transcrições não foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção. Porém, ressalta-se a adequada gravação dos áudios, no que se refere a qualidade e a realização de transcrição com o uso de *Software Media Player x64 edition Classic* e *Microsoft Word* (versão 16.0) e codificação apenas pela pesquisadora, seguida de conferência completa do material gravado também realizada pela mesma, a fim de minimizar quaisquer inconsistências de informações.

Diante da objetividade e clareza das questões disparadoras, *feedback* positivo e ausência de dúvidas pelos(as) participantes sobre tais características desde as primeiras entrevistas, não foi necessária a realização de estudo piloto. Além disso, os(as) participantes referiram satisfação pela condução das entrevistas pela pesquisadora, em virtude da forma objetiva e dialógica que foi conduzido o processo.

Os participantes terão acesso aos resultados com a publicação em âmbitos nacionais e internacionais, por meio de periódicos e eventos, e também por meio da disponibilização da pesquisa em meio eletrônico, conforme rotina do PPGES. Durante a coleta de dados os participantes

apresentaram devolutiva positiva sobre os resultados e a potência de promover reflexões e possíveis mudança em ato.

A característica importante da amostra é a representatividades dos(as) discentes, pois houve participação similar de quantitativo de discentes por cada campus das Universidades. A análise dos dados consistiu-se na transcrição dos depoimentos únicos de cada entrevistado(a), com a definição dos temas que foram identificados a partir dos dados apresentados e da utilização do embasamento da hermenêutica filosófica, segundo Hans-Georg Gadamer <sup>4;5</sup>.

## RESULTADOS

### **Vivências do processo ensino-aprendizagem sobre educação em saúde durante a trajetória acadêmica**

Os participantes apresentaram média de idade de 21 a 43 anos, 32 (82%) do sexo feminino, predominando 19 (49%) de cor parda e 13 (33%) de cor preta, 5 (13%) possuem formação prévia de nível técnico, 13 (33%) trabalham e 8 discentes não residem com a família, predominando origem de municípios do interior da Bahia.

As vivências que são remetidas sobre os aprendizados acerca da educação em saúde são oriundas de projetos de extensão, pesquisa e outras iniciativas como o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS). Dessa maneira, o conjunto de falas expressam os efeitos dessas vivências, configurando em espaço potente, como pode ser observado a seguir:

[...] eu participei do Projeto de extensão mulheres no climatério [...] a gente realizava educação em saúde [...] todas as matérias ensinam um pouco de educação em saúde [...] Tem o projeto também de Saúde do Adulto que faz educação em saúde na questão de hipertensão, diabetes [...] o projeto de Saúde do Idoso que fazia rodas de conversa com os cuidadores para poder trocar experiências [...] (DI1).  
[...] a oportunidade que o aluno tem de vivenciar educação em saúde de fato é em projeto de pesquisa ou de extensão. Mas, pra você passar em um projeto de pesquisa, projeto de

extensão, você tem que ter um bom currículo. Então, você não vai conseguir isso antes do quarto, quinto semestre [...] (D16).

No projeto de extensão que eu participava também de profilaxia de doenças parasitárias, já aconteceu na creche, nas escolas [...] lembro que esse foi o primeiro projeto e o primeiro contato [...] foi no segundo semestre porque a professora no primeiro convidou e no segundo eu já entrei direto para participar [...] a gente fazia atividades lúdicas com as crianças (D17).

Eu participei do VER-SUS[...] Meu grupo foi pro CAPS-i, que é o CAPS pra crianças [...] (D12).

Eu participei do projeto de vacinação [...] Participei dois anos desse projeto de extensão e a gente realizava a vacinação e atrelado à vacinação a gente fazia palestras, organizava material educativo [...] (D127).

Eu aprendi muito no projeto de extensão [...] eu vi educação em saúde o tempo inteiro[...] o projeto de extensão trabalha muito com educação em saúde[...] e não informação, apenas [...] (D137).

Constata-se que as práticas de educação em saúde precisam ser uma aposta curricular desde os semestres iniciais do curso. E é perceptível o quanto as atividades extramuros são potentes, porém não são oportunizadas a todos, diante da necessidade de seleção de um determinado quantitativo de discentes. Sendo assim, a necessidade de ampliação de oportunidades de práticas nos cenários do SUS.

A linguagem é percebida nos depoimentos aos se remeterem ao que é escutado nas ações de educação em saúde realizadas. A forma como a participante interpreta é uma questão de hermenêutica. Considerando que a compreensão é o último ponto entre a linguagem e a hermenêutica, a discente vai fazer a hermenêutica a partir da compreensão da linguagem. Sendo portanto, a compreensão linguística a partir do que a mesma ouviu.

Por sua vez, alguns discentes mencionam a dificuldade para cursar componente curricular próprio para a discussão da temática de educação em saúde, seja esse componente curricular obrigatório ou optativo, como apresentado a seguir:

Não tem uma disciplina só, Educação em saúde. Eu acho que já teve como optativa [...] eu vejo que às vezes a gente é muito

pouco preparado, apesar de ter muitas coisas [...] Se tivesse uma disciplina na grade ou então tivesse tipo assim, um período [...] (DI7).

[...] tem uma disciplina optativa, educação em saúde, que infelizmente eu tento pegar, mas nunca oferece, nenhum semestre oferece [...] No fórum que a gente teve em 2016 um dos meus posicionamentos inclusive, foi que a disciplina de educação em saúde fosse obrigatória [...] Alunos que falam, “pra quê estudar capacitação pedagógica?” [...] teve alunos que foi lá pedir pra tirar a parte prática de capacitação pedagógica [...] (DI9).

Eu acho que algumas matérias, que às vezes são colocadas como optativas, relacionada a educação em saúde deveriam ser obrigatórias [...] (DI15).

A compreensão que os(as) discentes têm da necessidade de oportunidades de cursar um componente curricular específico de educação em saúde.

[...] toda atividade educativa a gente tem que fazer o plano pedagógico pra apresentar pra elas [docentes do componente curricular de estágio curricular supervisionado em Unidade Básica de Saúde] e elas orientarem a gente em relação a como a gente tem que conduzir [...] Elas não fazem interferência nenhuma na nossa sala de espera. Elas assistem, participam [...] Então eu acho, que às vezes, o estágio é até melhor pra gente ver a questão da educação em saúde, do que a própria disciplina de capacitação [...] (DI9).

[...] capacitação pedagógica. Ela [professora] dava o roteiro, nós tínhamos que fazer a educação através do roteiro. Como é que vai ser a educação, o local, tudo separado. Dessa forma, fica muito mais organizado. Então a capacitação pedagógica teve como objetivo mostrar, direcionar, como através de planejamento, de organização, nós poderíamos fazer de uma forma mais organizada. Prever o que vai acontecer. Como se fosse um planejamento da atividade (DI10).

Educação em saúde, dos quase cinco anos que estou aqui nunca foi ofertada a optativa. E eu tive capacitação pedagógica, só que a professora é uma pedagoga. Eu acho que ela não entendia bem as demandas que a gente tinha como estudante de enfermagem. Foi uma disciplina boa, mas pra mim foi algo muito mais voltado para demanda de sala de aula do que do contexto que a gente de enfermagem está inserido. Que é o contexto de Unidade Básica de Saúde, lidar com paciente, lidar com usuário de atenção básica, de saúde mental. Então eu acho que não houve durante a disciplina esse *link* com a gente da enfermagem [DI12].

Assim, a autonomia adquirida e a oportunidade de vivenciar a educação em saúde ao longo dos estágios supervisionados possibilitam a vivência de diálogo com os usuários, também no ambiente hospitalar, e sugerem temáticas a serem abordadas, de forma a preencher as lacunas percebidas.

E a orientação de ter sala de espera é sempre no início do estágio [...] no hospital é mais leito a leito. Só que agora mesmo no Supervisionado II que a gente tem uma autonomia maior [...] a gente está propondo fazer uma conversa sobre a higienização das mãos dos acompanhantes (DI7).

[...] no decorrer do curso foram vários momentos. Mas trazendo para a disciplina que eu estou cursando agora, que é estágio supervisionado I, quando nós atendemos os programas, nós fazemos educação em saúde, o tempo todo. Quando nós dizemos para a mãe qual a alimentação adequada pra uma criança, a importância da vacinação. Quando nós falamos a importância do preventivo, do autoexame da mama. Quando nós explicamos para a gestante a importância dela fazer a consulta no período adequado, dela ter cuidado com a amamentação. Durante todas as consultas. Quando nós orientamos o hipertenso e o diabético, nós estamos fazendo educação em saúde. Quando nós fazemos a atividade na sala de espera. Quando a gente faz visita domiciliar, a gente orienta [...] também está fazendo educação em saúde [...] Mas pelo que eu entendo, agora em estágio I nós fazemos educação em saúde o tempo todo. Tanto em visita domiciliar, quanto atendimento, na sala de espera [...] O PSE é um espaço também de educação em saúde [...] (DI11).

A gente trabalhou muito com educação em saúde em relação à atenção básica. E aí em estágio, no PET que eu fazia parte e no serviço de saúde mental, a gente procurava conversar com os usuários dos serviços, perguntar pra eles quais eram as demandas deles, o que eles queriam saber [...] e os usuários deram esse feedback: “não, a gente quer falar sobre isso e vamos trabalhar isso”. E a gente conseguiu levar isso em relação as aulas práticas, ao estágio, ao PET também (DI12).

[...] com os usuários e os acompanhantes dos usuários que estão lá dentro e não percebe a importância de coisa simples, como é a questão da lavagem das mãos, o manuseio [...] (DI16)

Agora também a gente está na atenção básica e a gente faz algumas salas de espera [...] (DI25).

O levantamento das necessidades nos momentos das consultas se refere ao elemento em que foi percebida a necessidade de realização da educação em saúde.

Lá nas consultas a gente foi vendo essa necessidade [...] Porque eu ainda acho que falta dentro da graduação que a educação em saúde deveria ser inserida já nos primeiros semestres. Do primeiro ao quarto é muito aquela questão da aprendizagem técnica [...] E eu acho que a sensibilidade aumentaria se começasse inserir a partir do primeiro semestre. Porque é mais enfatizada realmente no oitavo e no nono semestre [...] Então, eu acho que deve está amadurecendo essa questão da educação em saúde desde os primeiros semestres[...] (DI16).

[...] na prática de Gestão na Unidade Básica de Saúde a gente está desenvolvendo algumas ações de educação em saúde. Aí fomos para algumas escolas e tentamos desmitificar essa ideia de já levar o conteúdo pronto[...] (DI17).

Sendo a prática educativa uma dimensão inerente ao enfermeiro como educador, questiona-se: por que a aposta nessa abordagem não é realizada desde os semestres iniciais do curso? Por que alguns currículos colocam a educação em saúde como componente curricular optativo, se é inerente e é um dos principais feitos da AB, o currículo não deve também formar para isso?

A história está presente pela mudança da percepção do discente a partir de uma dada vivência, o que caracteriza pelo efeito que eclodiu desse momento vivido, impactando positivamente na formação da discente. Assim, a ressignificação sobre a educação em saúde a partir de vivências realizadas.

A gente levava o que a gente queria falar com aquela população [...] porém quando a gente chegou no campo, a gente viu que a demanda era completamente diferente do que a gente enxergava dentro da sala de aula. Então, a partir dali eu tive essa noção que educação em saúde tem que vir a partir do público-alvo. Tem que ser a demanda do público [...] teve essa mudança, já no sétimo semestre (DI36).

O outro semestre que foi saúde da mulher falamos sobre os temas relacionados a essa disciplina quando a gente foi para a maternidade [...] tiveram várias outras disciplinas que também possibilitaram que a gente estivesse fazendo educação em saúde (DI15).

Saúde Coletiva, foi uma disciplina assim que trouxe esse leque pra gente trabalhar com educação em saúde (DI30).

Esse conjunto de falas, ressaltam que a história efetual apresenta-se ao ser justificado que a partir do encontro com os usuários houve efeito na reflexão e pela mudança de percepção dos discentes. Ressalta-se que a história efetual apresenta-se ao ser justificado:

[...] as práticas pedagógicas, apelou para a nossa realidade das desigualdades sociais. Dessas realidades sociais, dos grupos sociais e vulnerabilidades. E como a educação seria abordada com esses grupos específicos. Então foi um diferencial [...] nos levou a uma reflexão de ver dessa forma “o senhor vai tomar isso e isso. Por que não tomou?”, “ah, você vai fazer isso, isso e isso. Toma”. Aí o paciente entendeu a sua receita? O paciente entendeu o quadro clínico dele? É você detentora do poder de intervenção da saúde? É você que tem o poder na saúde do outro? Não. Então foram reflexões a partir da disciplina que teve sua grande importância[...] (DI21).

[...] disciplina de Didática em saúde [...] a gente estudava educação em saúde, toda essa abordagem de como lidar com diversos públicos e tudo mais. Preparações de materiais. Mas em todas as disciplinas, sempre tem um ponto ou outro que aborda também essa temática de fazer sala de espera, de fazer palestras, de organizar apresentações, folders, cartazes (DI27).

Sendo percebido no depoimento abaixo que a educação em saúde é percebida como uma abordagem transversal. Portanto, a aplicação da educação em saúde com frequência.

[...] capacitação pedagógica, Saúde coletiva I e Saúde coletiva II. Abordam muito essa questão de educação em saúde. Já nas próximas disciplinas, a gente já volta ao que a gente aprendeu. Já vai fazer educação em saúde como rotina (DI7).

Demonstra-se a repercussão dos momentos vividos, as experiências e o quanto permitem a aquisição da maturidade. Portanto, a história efetual pelos efeitos que foram produzidos.

[...]desde o terceiro semestre, quando começou Epidemiologia I, Epidemiologia II e as Saúdes Coletivas, Planejamento em saúde. À medida que foi avançando, foi sempre tendo presente essa educação em saúde. Essa maneira de abordar, de fazer sala de espera, educação em saúde, oficinas, com a comunidade ou com membros da Unidade de saúde [...] E o

que eu vejo nas Universidades públicas é que o tato e o manejo com a comunidade é muito cobrado do aluno desde o início da graduação até o fim [...] a partir do momento que você passou desde o início da graduação em vários ambientes, com diversas maneiras de lidar com aqueles ambientes, você começa a ter uma maturidade [...] E acho que amadurece totalmente o profissional. Vai chegando o final do curso e você vai vendo que isso é perceptível. Tanto o aluno, como eu acredito, que o professor também. Eu mesmo como aluno, percebo isso. A importância que foi fazer educação em saúde. Ter passado por diversos setores e se envolver emocionalmente com diversas situações diferentes. Foi uma coisa muito proveitosa (DI13).

### **Estratégias de educação em saúde utilizadas pelos discentes durante a graduação**

A escuta dos(as) discentes sobre as estratégias utilizadas em atividades individuais e em grupo oportuniza o conhecimento para análise sobre a realização de práticas tidas como mais tradicionais, ou de fato com o uso de metodologias ativas.

Tanto é que a gente faz sala de espera...essas coisas assim para a população. Individualmente e em grupo [...] A gente não só fala, a gente interage com a pessoa pra saber se ela está entendendo o que a gente está falando [...] Ou a gente faz folder, ou a gente conversa com cada um, individual, ou então faz em grupo[...] (DI1).

Demonstra-se por parte do discente, certa intimidade no diálogo, empatia. A “troca de experiência” que é destacada, condiz com um dos aspectos da filosofia de Gadamer. Ou seja, compreende-se que é utilizado o diálogo, que já é sabido e ali coloca uma dimensão nova, sendo então, um princípio filosófico.

A gente tenta evitar ao máximo slide. Tenta mais ter mais aquela conversa olho no olho. Uma conversa mais amigável [...] A gente tenta conversar mesmo como em uma roda de conversa, uma roda de gestantes. A gente trouxe algo mais simples, uma roda de conversa. Na verdade, se chama “troca de experiências”. Que agora a gente vai tentar ver o que elas sabem e a gente traz algo novo [...] (DI4).

Assim como ressalta-se a necessidade de adequação na linguagem para possibilitar uma maior interação com os usuários.

Os professores começavam a conversar com a gente mesmo. “Oh, como é que deve ser a fala, o que vocês devem falar. Você não deve usar fala científica porque é muito rebuscada, eles não vão entender. Tem que ser mais coloquial. Porque a população é leiga, não conhece a fala de vocês”. Fala também pra gente usar muito cartaz ilustrativo, que é mais fácil de entendimento. Então ela sempre... trazia os exemplos e deixava a gente livre pra gente fazer [...] (DI7).

Percebe-se que não havendo o diálogo e a adequação da linguagem, não haverá compreensão. E, portanto, não havendo compreensão, não haverá a aplicação.

[...] eu acho que o que mais na questão de educação em saúde é essa forma mesmo de como você utiliza a sua linguagem. Porque a gente tem a nossa linguagem científica que deve escrever de forma adequada. A gente tem que saber a forma de adequar a linguagem a cada público que a gente vai atender. Porque senão a pessoa não vai compreender [...] às vezes resumir não significa que você está passando a informação da forma correta. Mas significa que você tem que ser gradual. Significa que você está passando para a pessoa o que você sabe que ela vai conseguir captar naquele momento [...] (DI6).

Os elementos sobre o *feedback* dos usuários (pela interação provocada pelo diálogo), a sensibilidade sobre as necessidades dos usuários continuarem acompanhados que fazem com que as abordagens escolhidas para o trabalho da educação em saúde fossem essas:

Mas é de você também captar as pessoas que chegam naquele local com a informação. Por exemplo, se chega alguém pra aferir a PA na sala de procedimentos, é o momento que eu tenho de abordar essa pessoa e começar a dialogar com ela. Então, naquele momento você já está realizando educação em saúde [...] (DI6).

A gente trabalhou muito com a roda de conversa. Porque a roda de conversa você tem um feedback [...] E foi muito positivo porque a gente conversava com eles e eles sempre traziam retorno [...] A gente faz o planejamento, traz algum folder explicativo. Vai também do nível de escolaridade que a gente vai está trabalhando com a população [...] usa mais

imagem, coloca pouco texto, pra que eles possam entender[...] (D17).

Ressalta-se a compreensão do participante como facilitador para o estabelecimento de vínculo com o usuário.

Os cartazes também a gente costumava fazer pra deixar na Unidade. Pra que eles possam visualizar. Em rodas de conversa também, elas nos orientavam. Pra gente fazer por causa do *feedback* do paciente [...] (D17).

A gente vai na secretaria de saúde conseguir material. A gente produz material. A gente usa a TV, audiovisual lá da Unidade, vídeos, imagens, áudios. Então a gente tenta deixar mais dinâmico possível, pra chamar a atenção dos usuários pra a importância dos assuntos que a gente trata [...] (D18).

[...] tentar ouvir o que eles [usuários dos serviços de saúde] sabem. Ver o que eles sabem, já a respeito de um determinado conteúdo, assunto, pra a partir daí a gente complementar [...] não dizer que tá errado, mas falar a forma correta ou mais correta, de forma que ele consiga entender que é diferente um pouco [...] (D11).

Com base nas demandas que os profissionais viam daqueles usuários ou do que os usuários passavam pra gente, a gente tentava se organizar. [...] Quando a gente trata de usuários mesmo em determinados serviços, a gente tenta fazer roda de conversa. Pra eles conversarem com a gente e a gente partir dos conhecimentos deles, construir novos conhecimentos. Quando se trata de criança, a gente tenta fazer algo mais lúdico, com brincadeira, com peça de teatro, fantoche [...] E com base no que eles [usuários] falavam a gente montava algo pra semana seguinte. Teve momentos que foi em relação a apresentação teatral. Teve momentos que a gente levou peças anatômicas pra mostrar pra eles como funcionava mais ou menos determinada doença [...] E a partir daí a gente ia levando de acordo com o grupo que estava lá. De idosos, às vezes, na sala de espera, com gestantes, crianças. E aí, a gente ia trabalhando com isso. Então, às vezes, levava cartaz, álbum seriado. Então variava muito [...] no meio hospitalar a gente conversa muito no momento da alta [...] Então a gente tem o momento da alta tanto com o paciente quanto com o acompanhante pra conversar em relação a determinadas demandas. [...] Ou no caso do PET, a gente sentava e via qual a melhor metodologia pra gente usar [...] teve momentos que a gente fez exposição dialogada, momentos que foi com apresentação teatral. E teve momentos que foi conversando mesmo com os usuários e consulta de enfermagem. Então foi bem diverso aí (D12).

A fusão de horizontes entre o conhecimento prévio do usuário e os conhecimentos que os discentes remetem aos processos de construção compartilhada de conhecimentos:

A gente foi pra uma escola e fez com as turmas de quarto e quinto ano [...] A gente fez um teatrinho. Uma colega se vestiu de mosquito e a gente foi perguntando o que eles sabiam, o que não sabiam. Depois a gente fez uma demonstração com objetos, pneu, garrafa (DI14).

O depoimento abaixo valoriza a importância da opinião prévia:

As rodas de conversa. Tem a parte expositiva também. A apresentação de dinâmicas. E eles sempre sugerem muito que nós perguntemos sobre os assuntos às pessoas. Que a gente comece sabendo qual o conhecimento prévio que eles têm do assunto pra depois abordar o tema [...] A gente faz as salas de espera enquanto as pessoas esperam atendimento. A gente aborda algum tema relacionado com os atendimentos do dia [...] não chega a ser uma roda de conversa, mas faz uma discussão com as pessoas que estão presentes (DI26).

[...] na maioria das vezes a gente utiliza um banner, folders. Às vezes, a gente projeta slides [...] leva também peças anatômicas da própria universidade [...] a gente utiliza exemplos do próprio local (DI28).

Basicamente na graduação, a gente desenvolve educação em saúde voltada à sala de espera e palestra [...] Folder, datashow, computador e caixa de som. A gente comumente faz palestra só por datashow. Raramente a gente faz uma roda de conversa ou algo parecido (DI29).

Tem os jogos [...] Ou de quiz, perguntas e respostas [...] uma vez a gente tentou fazer uma gincana [...] banners [...] (DI34).

Os(as) discentes devem estar aptos para o planejamento e a implementação de ações educativas que possam utilizar recursos pedagógicos impressos, assim como tecnológicos. As estratégias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem, vão além da aquisição de conhecimento, precisa-se despertar para o aprendizado constante, pois a capacidade de “aprender a aprender” permite as readaptações diante das exigências não apenas do mercado de trabalho, como do sistema de saúde vigente.

## **Limites e perspectivas do processo ensino-aprendizagem sobre educação em saúde na graduação**

Como perspectiva é demonstrado no processo de ensino-aprendizagem características como flexibilidade, diálogo e metodologias ativas.

[...] as professoras são bem flexíveis. Elas tendem a ouvir muito a gente. Elas querem saber as nossas opiniões [...] utilizava algumas metodologias que faziam com que a gente interagisse na sala de aula. Isso também eu acredito que é muito importante [...] (DI10).

No depoimento abaixo, percebe-se a relação de construção de aprendizado, como algo mais vivencial. E o diálogo, portanto, como resultado da vivência. Tal fato pressupõe o círculo hermenêutico, pois: depois da vivência, a aplicação. Então o diálogo seria apenas uma discussão que surge dessa vivência, seria uma aplicação.

[...] hoje nós temos assim uma construção muito boa do discente e docente na construção do aprendizado porque eles deixam a gente aberto, principalmente no supervisionado. Tanto a gente está aprendendo com eles, como também, às vezes, a gente traz uma informação nova, a gente senta, discute [...] Se houver conversa, impacta positivo, da abertura que o professor vai dar pra o aluno se desenvolver (DI3).

[...] em relação a educação em saúde, os professores tentam muito mostrar pra gente que é importante. Que a gente não deve só ficar focado na assistência, na realização de procedimentos [...] (DI7).

[...] Ele [docente] é como um facilitador mesmo. Ele está para mediar essas questões de contatos nosso com a comunidade [...] (DI19).

[...] O que poderia resolver em relação a isso são medidas relacionadas a educação em saúde implementadas dentro da faculdade, como componente curricular. Inclusive foi implementado aqui [...] uma disciplina optativa de educação em saúde agora [...] isso já é um pontapé inicial. Porque só os projetos não resolvem. Eu acho que a gente precisa realmente estudar o que é educação em saúde pra saber como é a metodologia. Pra gente aplicar de forma adequada [...] (DI29).

Então, a gente teve esse processo formativo com educação em saúde, principalmente, que eu considerei satisfatório na verdade. Porque quando a gente adentra a Unidade em si como enfermeirandos, a gente viu a necessidade de que era

pra ter sido trabalhado um pouco mais. Que a gente ver no quinto, ver no sexto semestre, mas assim, como eu falei, temas impostos. Há um diálogo com o professor. Mas só quando você adentra a Unidade pra ser enfermeirando que você ver a necessidade de uma formação principalmente nas questões dialógicas mesmo, de está adentrando a comunidade, de olhar as particularidades. Essa nova grade eu acredito que venha trazendo essa questão da educação em saúde um pouco mais forte, principalmente com a disciplina optativa só pra educação em saúde. Mas eu considero a nossa grade, a formação foi satisfatória (DI31).

No depoimento abaixo, verifica-se a falta de diálogo entre discente e docente e apresenta como motivador a possível formação tradicional e a manutenção desse formato de didática, com a objetivação da transmissão de conhecimentos. Assim, identificam-se possíveis limites no processo de ensino-aprendizagem.

[...] Mas desde o início da graduação até o meado do curso, finalzinho do curso, é algo muito unidirecional. É o professor que está ali e passa as coisas [...] é depositado as coisas na gente [...] é o conhecimento bancário (DI12).

Eu acho que a gente poderia valorizar mais o discente como uma pessoa que é capaz de refletir [...] deveria estimular mais isso. Aqui na universidade a gente tem um espaço pra isso, mas deveria ser mais presente. Estimular a reflexão do aluno, que o aluno fosse mais crítico [...] (DI22).

[...] às vezes a gente não está preparado pra fazer por exemplo, uma sala de espera. Não é passado como a gente deve se portar [...] ninguém me explicou como a gente deveria falar [...] acho que às vezes falta muito do professor valorizar também o conhecimento que a gente tem [...] a importância do que a gente já sabe, mesmo que seja pouco [...] (DI25).

Tem sido transmissão de conhecimento [...] verticalizado. Não tem sido uma coisa horizontal, tipo, troca de conhecimento entre aluno...Saber do aluno e saber profissional. É conhecimento bem vertical mesmo [...] acho que muda um pouco essa perspectiva quando a gente vai pra campo [...] a gente começa a mudar atividades que eles começam a perceber que a gente também tem um saber. Mas ainda predomina o saber científico do professor, do tutor, da matéria (DI36).

Só que têm professores que só falam e não praticam. Tem outros que praticam. Durante o próprio semestre vai fazer

alguma intervenção. “Ah, mas a gente pode fazer educação em saúde”. Eles querem fazer sempre da forma informativa, e não educando [...]eles falam, a maioria sobre educação em saúde, mas não agem durante a disciplina educando em saúde. Agem informando em saúde [...] (DI37).

Percebe-se o impacto da linguagem como estratégia a ser utilizada na formação:

Quando a pessoa consegue absorver e compreender o que você fala. Se ela entender, ela de fato vai mudar de vida [...] pra mim, faz a diferença quando a pessoa compreende e a partir disso ela promove seu autocuidado [...] (DI6).

Entre as potencialidades desse processo de ensino-aprendizagem, a possibilidade de aprendizado no cenário rural (realização do Estágio supervisionado I) e as singularidades também na relação com a educação em saúde:

E o interessante também quando se trabalha o contexto da zona rural que tem uma diferenciação quando a gente relaciona com a sede é porque algumas coisas que a gente consegue fazer aqui, eles não conseguem fazer lá. Porque os modelos urbanos, eles ficam muito direcionados com o modelo curativista [...] (DI28).

Eu acho que outro desafio é a incredulidade da própria população que está recebendo a informação. Às vezes eles veem a gente como estudante e não dão muita importância ao que a gente está falando. Eles acham que a gente não tem capacidade para estar falando sobre o tema. Ainda tem esse problema com a população. A população ainda considera muito o profissional já formado, que trabalha como o detentor do conhecimento. Os estudantes comumente são desconsiderados. Eu acho que esse é um fator negativo. Que a gente está falando e o pessoal não dá muita importância. Pode ser pelo fato de nós sermos estudantes ou pelo jeito que a gente está falando. Eu acredito que o principal empecilho em relação a isso é o fato da gente não saber o que é educação em saúde. A gente pensa que educação em saúde vai ser uma palestra. Eu falar e as pessoas ouvirem e depois todo mundo vai embora. E a principal forma de melhorar isso seria a conscientização dos alunos através da implementação de disciplinas relacionadas ao tema [...] (DI29).

Considerando que o componente curricular optativo é oferecido a partir do quarto semestre:

[...]eu acho que a carga horária ainda é um pouquinho pequena. Poderia se estender mais. Porque a gente trabalha educação em saúde em todas as disciplinas. Porque se você está em gerenciamento, quando você faz a intervenção em uma escola, você está fazendo educação em saúde. Se você faz na sala de espera, você está fazendo educação em saúde. [...] e é uma optativa. Não é aquela coisa que você tem que fazer. Eu acho que poderia ser mais. Já começar a ser trabalhado no primeiro, no terceiro semestre, quarto semestre que é onde a gente começa a sair do campo e ir pra fora, pra as unidades básicas, pra as escolas, hospital [...] Aí você já fez educação em saúde do primeiro ao sexto e nem sabe do que se trata. Nem sabe que era isso (DI32).

O participante refere que os efeitos (história efetual) de uma formação com momentos autoritários por parte dos docentes repercute em seu ser, como um indivíduo que não deseja reproduzir essas ações na relação com o outro.

[...] A carga horária da gente também é um fator que é desestimulante também pra gente tentar ser criativo, exercer essas práticas de forma diferente [...] Eu acho que talvez...não sei... pensar na educação permanente? Eu não sei. Porque são docentes que estão a muito tempo. Pensar em trocar, né? Não sei também como poderia resolver isso. Mas eu acho que querendo ou não até nessa experiência negativa foi positiva pra mim porque eu tive um contato maior com Paulo Freire. E eu pelo menos estou percebendo a concepção bancária e as questões e pensando que eu tenho que fazer diferente. O oprimido está pensando em não perpetuar isso [...] (DI38).

## DISCUSSÃO

A formação, quando valoriza os campos de prática e de teoria e os sujeitos envolvidos para a sua consciência, no processo de ensino-aprendizagem, proporciona o amadurecimento de sujeitos autônomos e crítico-reflexivos. Nessa perspectiva, aposta-se em outra construção de identidade do futuro(a) enfermeiro(a). Assim, o saber nessa proposta busca afastar-se do ensino tradicional de transmissão de conhecimento, convergindo para a discussão ativa e a construção coletiva a partir de vivência que produza sentidos para esses sujeitos em formação.

Assim, “o círculo hermenêutico deve ser compreendido a partir dos estudos heideggerianos, ou seja, a estrutura circular da compreensão é dada a partir da temporalidade do ser-aí (dasein)”<sup>6</sup>. Dessa forma, a temporalidade estaria presente entre o período da tradição (que é aquilo que foi herdado ao longo do tempo) e resulta também na experiência/vivência (aquilo que o sujeito se predispôs a viver).

Desta maneira, esses sujeitos se apresentam como transformados enquanto pessoas e pela formação que busca a escuta do saber popular, o acolhimento e a humanização. Cabendo ao discente ser um sujeito ativo, corresponsável no seu processo de aprendizagem e com o senso crítico sobre docentes e estratégias pedagógicas autoritárias.

Para compreender como as pessoas vivem, assim como a necessidade de ampliar o conhecimento além dos aspectos biológicos, é necessário habitar outros cenários, experienciar outros territórios, conhecer como as pessoas cuidam de seus problemas de saúde, porque, na maioria das vezes, observa-se que a centralidade das práticas e do ensino estão alicerçadas nas tecnologias duras (procedimentos e manipulação de equipamentos). Ou seja, operando sobre o “saber-sobre” e não o “saber-com”. Isso, imprime uma relação entre docente e discente muito hegemônica e verticalizada. Para tanto, precisa-se de mais construção, de forma mais participativa e dialógica.

Faz-se necessário refletir sobre a consciência do discente durante a sua formação para a atuação ou pensando nas atividades propostas nos componentes curriculares como ações que serão avaliadas. Então é necessária a consciência política, moral e o papel das discussões e sensibilizações para não apenas o “aprender a conhecer”, como o “aprender a fazer”, mas transcender para o “aprender a ser”.

Assim, “o círculo hermenêutico em um sentido ontológico originário, através do qual a verdade se manifesta por meio do desvelamento do ser”<sup>6</sup>, apresenta esse desvelamento do ser, como uma abertura, uma visibilidade que é dada ao ser. Expondo assim, estruturas conceituais previamente impostas por ideologias ou por formas de pensamento.

Portanto, o estágio curricular supervisionado é percebido pelo(a) discente como possibilidade para implementação dos conhecimentos

adquiridos e assim, a junção entre o saber e o fazer. Para o aprofundamento dos conhecimentos obtidos no ensino e a execução no serviço, mesmo que por ventura ainda possam representar lacunas para uma atuação profissional, conforme os embasamentos éticos e teóricos adequados.

Diante de vivências, tanto em contexto de Unidade de Saúde da Família (USF), como em hospital, com a oportunidade de conhecimento das necessidades de saúde, juntamente com os indicadores e a equipe é realizado o levantamento de prioridades de temáticas a serem trabalhadas para a educação em saúde, com a singularidade de cada território e o ensino-aprendizagem acontece nesses cenários do SUS<sup>7</sup>.

Assim, a compreensão apresenta-se como uma possibilidade constante do sujeito retroprojetar-se a partir de determinadas perspectivas<sup>4</sup>. Projetar-se é assumir o lugar no qual se deseja estar ou assumir o lugar do outro no qual está se exemplificando.

Então, entende-se que não há compreensão sem projeção. Compreender significa projetar-se na realidade, quem faz os movimentos epistemológicos, intelectivos e do conhecimento, é o ser. Neste estudo, a pesquisadora durante a coleta de dados, projetou-se para os momentos vividos e recordados, mencionados pelos participantes. Assim, diante das suas vivências também relacionadas com o objeto de estudo, justificando-se a pesquisa de tal temática para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem em educação em saúde.

Espera-se entre os atores do processo de ensino-aprendizagem, como compromisso, a atitude de colaborar, de participar e diante da percepção da existência de lacunas do conhecimento, como as lacunas de competências, tornam-se necessárias a construção coletiva e que possam ser despertados para o uso de estratégias na aprendizagem com intencionalidade pedagógica e objetivos definidos.

No processo ensino-aprendizagem é sinalizada a relevância do uso de tecnologias digitais, de forma a promover a informação e comunicação, como uma dimensão a ser explorada também para a educação em saúde. Sendo necessária a motivação por discentes, docentes e gestores para a inserção de tais tecnologias no processo ensino-aprendizagem e apresentar entre os

aspectos positivos: a dinamicidade, o compartilhamento com esse diálogo em coletivo, como possibilidade de uma pedagogia inovadora e criativa<sup>7</sup>.

Entende-se que a imersão dos(as) discentes nos cenários de prática oferecem a interrelação entre a teoria e a prática, entre o ensino e o serviço. E assim, maior compreensão para o cuidado biopsicossocial, e na pluralidade de contextos e cenários. E a motivação do discente quando se percebe sujeito ativo no processo ensino-aprendizagem<sup>8</sup>.

O estágio curricular supervisionado é o componente curricular apontado pelos discentes para vivências de atividades de assistência, gerência e educação em saúde. Sendo que, entre as ações de educação em saúde constam as atividades em grupos de mulheres, hipertensos e diabéticos, salas de esperas nas USF, hospital ou equipamentos sociais<sup>9</sup>.

As vivências de estágios curriculares oportunizam aos discentes a realização de educação em saúde, seja em consulta, de forma individual, em visita domiciliar, ou ainda em grupos. Assim como, a observação e a implementação de ações voltadas para o cuidado com embasamento clínico e compreensão gerencial.

Os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem despertam para a necessidade de interrelação entre o ensino e a prática nas instituições e em equipamentos sociais. Sendo necessário despertar para as ações de educação em saúde, valorizando o autoconhecimento do discente antes de buscar conhecer o usuário, assim como, a necessidade de valorizar a realidade local e adequar a linguagem<sup>10</sup>.

Acompanhar a satisfação dos discentes sobre a sua formação é relevante para a análise do que é possível de melhoria, como a apresentação dos componentes curriculares. Sendo que, entre o maior nível de satisfação na formação está o envolvimento com atividades extracurriculares pela maior aproximação com as abordagens do Curso, assim como, a consolidação dos conhecimentos. As potencialidades na satisfação de discentes estão relacionadas aos docentes que possuem diálogo em sua atuação. Pois, quando o(a) discente se coloca disponível para esclarecimentos de dúvidas, pode estimular ao interesse pelas pesquisas e discussões. Inclusive, essas sinalizações direcionam para as melhorias no Projeto Político do Curso<sup>9</sup>.

Portanto, o discente refere as potencialidades e as fragilidades da realização de educação em saúde em sala de espera. Sendo apresentado entre as dificuldades: *déficit* na escrita de projeto de planejamento da atividade, insegurança na realização das orientações e baixa adesão por parte dos usuários. Destaca-se que a proposta de sala de espera refere-se ao objetivo de despertar para a diversidade de estratégias metodológicas para a educação em saúde, desde o levantamento do tema a ser trabalhado e os materiais didáticos que podem ser utilizados<sup>11</sup>. Além disso, destaca-se que o objetivo não é de culpabilização, seja do discente, docente e/ou usuários, mas a compreensão dessas vivências e os ajustes necessários, para a melhoria desses vínculos e consequentemente, aprendizados propostos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As experiências desta pesquisa dão visibilidade às Universidades Estaduais Baianas, não sendo possível a aproximação da realidade de discentes de instituições federais, assim como instituições privadas, diante das singularidades dos currículos existentes nessas instituições de naturezas diferentes.

Constatou-se que são oportunizadas as experiências em educação em saúde para além de componentes curriculares, principalmente, os projetos de extensão, que não são encontrados em todos os currículos, sendo também comum, observar a ausência desses em início de formação. Desta forma, não havendo a oportunidade desejada da pesquisa-extensão e a prevalência na prática de característica do currículo tradicional.

As contribuições dos resultados deste estudo permitem o conhecimento dos discentes sobre o processo de ensino-aprendizagem, dessa forma, os mesmos tiveram a oportunidade de serem escutados e ressaltam a necessidade de demais espaços com esse fim.

Ressalta-se que a aplicabilidade desses resultados ocorreu também em ato, mediante o relato de discentes do quanto as questões disparadoras permitiam reviver os momentos vividos durante a formação e despertarem para um senso crítico do processo. Assim como, são possíveis as mudanças na

atuação enquanto docente em instituições de ensino superior, bem como possibilita reflexões por discentes, docentes e gestores de instituições de ensino para a realização de mudanças nos currículos mediante a escuta das percepções de discentes.

## REFERÊNCIAS

1. Winters JRF, Do Prado ML, Heidemann ITSB. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. *Escola Anna Nery*. 2016;20(2):248-253.
2. Quadros JS de, Colomé JS. Metodologias de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2016;30(2):1-10.
3. Mota DB, Gomes AMT, Silva ACSS, Ramos RS, Nogueira VPF, Belém LS. Representações sociais da autonomia do enfermeiro para acadêmicos de enfermagem. *Rev Cuid*. 2018;9(2):2215-32.
4. Gadamer H-G. *Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. 15. ed. Meurer FP, Giachini ÊP, tradutores. Petrópolis: Vozes/Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco; 2015.
5. Gadamer H-G. *Verdade e método II: complementos e índice*. 6. ed. Giachini ÊP, Cavalcante-Schuback MS, tradutores. Petrópolis: Vozes/Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco; 2011.
6. Mello C. de M. A hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. *Legis Augustus*. 2012;3(2):33-41.
7. Santos JA, Fonseca L de J, Pereira GS, Ribeiro JC, Silva EAL. Estágio curricular em Enfermagem na Unidade de Saúde da Família baiana: relato de experiência. *Rev enferm UFPE*. 2016;10(5):1877-83.
8. Lima CA, Rocha JFD, Leite MTS, Santos AGP, Rodrigues BG, Lafetá AFM. A teoria em prática: interlocução ensino-serviço no contexto da atenção primária à saúde na formação do(a) enfermeiro(a). *Rev Fund Care Online*. 2016;8(4):5002-5009.
9. Ramos TKR, Nietzsche EA, Cogo SB, Cassenote LG, Böck A, Martins FS. Estágio curricular supervisionado e a formação do Enfermeiro: atividades desenvolvidas. *Rev Enferm UFSM*. 2018;8(1):59-71.
10. Sulzbacher MM, Santos FP dos, Goi CB, Matter P da S, Herr GEG, Kolankiewicz ACB. Contributos para o agir da enfermagem: descrição de uma prática na formação acadêmica. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2016;30(3): 1-7.

11. Gil MD, Cacciari P, Cazañas EF, Maia MRG. Contribuições na realização da sala de espera para o acadêmico de Enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2018;8:e2103.

## **DISCENT PERCEPTIONS ABOUT PEDAGOGICAL PRACTICES IN THE HEALTH EDUCATION TEACHING-LEARNING PROCESS DURING NURSING GRADUATION**

### **ABSTRACT**

This study aims to describe how nursing students experience the teaching-learning process about health education during their academic trajectory. Thus, it seeks to describe the health education strategies used by students during the Nursing Graduation and to know the limits and perspectives of the teaching-learning process on health education in the Nursing Graduation. This is a descriptive, exploratory study, with a qualitative approach, carried out in six municipalities in Bahia, in which are the campuses of the State Universities of Bahia that have the Nursing Undergraduate Course. 39 students were interviewed who were regularly enrolled in the course. The data were analyzed from the perspective of Gadamer's philosophical hermeneutics. The students experience the teaching-learning process about health education in mandatory, optional curricular components, as well as in a transversal way in the course, but still predominating at the end of the training semesters. As well as participating in extension projects. About the health education strategies used by the students, there was a demonstration of the predominance of pedagogical resources and instruments that enable the implementation of active methodologies. With regard to the limits and perspectives of the teaching-learning process for regard to health education during graduation, the relationships between teachers, students and the impact on training are highlighted. It is concluded, therefore, that the need to reformulate the curriculum to positively impact the teaching-learning process.

**KEYWORDS:** Students, Nursing. Universities. Health Education. Learning.