

A experiência do uso da Aprendizagem Baseada em Projetos como metodologia ativa no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na aprendizagem da prática profissional

The experience of using Project-Based Learning as an active methodology in the Program for Educational Program through Work for Health in professional practice training

Silvia Pereira¹
Jane Carlos Santana Capelli²
Ana Lucia Abrahão³
Alexandra Anastacio¹

¹ Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreira, Departamento de Nutrição Social. Niterói-RJ, Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Curso de Nutrição. Macaé-RJ, Brasil.

³ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora Afonso Costa. Niterói-RJ, Brasil.

Correspondência / Correspondence
Silvia Pereira
Email: seapereira@gmail.com

Resumo

Neste trabalho objetiva-se relatar as experiências de aprendizagem vivenciadas pelo grupo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis. A metodologia compreendeu a Aprendizagem Baseada em Projetos e a roda de conversa nos encontros mensais para a construção de uma prática dialógica. A estruturação da análise do processo de ensino-aprendizagem foi baseada em quatro fases: planejamento, observação, ação e reflexão. A discussão dos resultados foi pautada nos pressupostos de Delors: *Aprender a aprender* - durante os encontros, os graduandos refletiram sobre a contribuição de sua área de conhecimento para o atendimento do usuário e o papel da interdisciplinaridade para o cuidado integral no sistema de saúde; *Aprender a conhecer* - reconhecimento *in loco* dos determinantes sociais de saúde e associação com os indicadores de saúde; *Aprender a fazer* - a inserção dos graduandos nas unidades de saúde; *Aprender a ser* - a discussão dos dados junto aos profissionais e preceptores proporcionou um espaço para a abordagem das facilidades e entraves da atuação do profissional neste campo. O projeto assumiu como pressupostos a autonomia do graduando e o exercício da responsabilidade de toda a equipe na solução de conflitos e na comunicação. Proporcionou-se a formação de um profissional pró-ativo, crítico, reflexivo, criativo e transformador.

Palavras-chave: Aprendizagem. Ensino. Educação em Saúde. Recursos Humanos em Saúde.

Abstract

This paper aims to report the learning experiences experienced by the group of the Educational Program through Work for Health in the Health Surveillance of Chronic Non-Communicable Diseases modality. The methodology comprised the Project-Based Learning and the conversation circle during the monthly meetings to build a dialogical practice. The structuring of the teaching-learning process analysis was based on four phases: planning, observation, action and reflection. The discussion of the results was based on Delors's assumptions: *Learning to Learn* - during the meetings, the students reflected on the contribution of their area of knowledge to user service and the role of interdisciplinarity for integral care in the health system; *Learning to Know* - in loco recognition of social determinants of health and association with health indicators; *Learning to Do* - the insertion of undergraduates in health units; *Learning to Be* - the discussion of data with professionals and preceptors has provided a space to approach facilities and obstacles of the professional performance in this field. The project used as assumptions the autonomy of the undergraduate and the exercise of responsibility of the whole team in the solution of conflicts and in communication. This resulted in a proactive, critical, reflective, creative and transformative professional.

Keywords: Learning. Teaching. Health Manpower.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei n. 8.080/90,¹ instituiu os princípios da universalidade, integralidade e equidade do cuidado, promovendo o atendimento ao usuário e à coletividade, baseado nas necessidades de saúde, na transformação do perfil epidemiológico e na mudança do modelo de assistência em saúde dos mesmos.² Atender aos princípios do SUS requer, dentre outros aspectos, formar profissionais de saúde humanizados e sensibilizados. No entanto, os currículos ainda estão organizados segundo uma lógica dicotômica teoria-prática, que fragmenta o conhecimento com práticas de ensino tecnicistas, divisão entre o básico e profissional e descompromisso entre academia, serviço e comunidade.^{3,4}

Observa-se uma educação caracterizada como reducionista e bancária, formando profissionais *marionetes* que receberam informação, memorizaram, repetiram e se mantêm como expectadores do mundo, guiados pelo sentimento de fraqueza e ineficácia, como se ainda controlados pelos instrutores.⁵

Essa aprendizagem contemplativa-abstrata, com ensino de causa-efeito reducionista, e a concepção do trabalho centrado na hospitalização e hierarquizado, desde o século XX, não atendem mais ao conceito ampliado de saúde,⁶ aos usuários do sistema e, muito menos, aos princípios do SUS. Necessita-se de profissionais cujas ações sejam guiadas pelo conhecimento apreendido, ou seja, autônomos.⁵

Há muitos investimentos e experiências no campo da formação em saúde que levam a um panorama híbrido na formação. Se por um lado permanecem estratégias conteudistas, por outro se reconhece cada vez mais o trabalho como principal estratégia para a formação, associado a métodos pedagógicos que estimulam a participação do graduando e deslocam o professor do seu lugar de pleno saber.^{3,5}

Nesse cenário, a formação de profissionais da saúde no Brasil tem exigido uma série de estratégias de ensino empregadas como atividades nos cenários de práticas, no sentido de despertar nos envolvidos a perspectiva de saúde coletiva formulada para o SUS.

Ao longo das últimas décadas, verificam-se inúmeros esforços, por parte do governo, voltados à reformulação das diretrizes nacionais dos cursos de graduação, no que tange à formação profissional, estimulados por políticas que visam aproximar a formação da realidade em que o graduando está inserido. Além disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais postulam que os Projetos Político-Pedagógicos dos cursos da área de saúde devem propiciar ao educando o *aprender a aprender* pautado no desenvolvimento de competências relacionadas à atuação do profissional na atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.^{3,7}

Em relação ao potencial do próprio sistema, pode-se afirmar que na rede pública de saúde existe a possibilidade, nem sempre explorada, do estabelecimento de uma *rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho*.⁸ A utilização dessa rede em todo seu potencial pode ser favorecida com a atuação, de forma concreta e organizativa, da saúde pública e comunitária, configurando-se assim como Educação na Saúde, tanto para a formação de graduandos quanto para a educação permanente dos profissionais de área.

Assim, em busca da excelência na formação de profissionais de saúde e da aproximação do ensino-serviço-comunidade, os Ministérios da Saúde e da Educação lançaram, em 2005, uma de suas políticas indutoras para a reformulação da formação para o SUS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde),⁹ abarcando cursos de graduação, como Medicina, Nutrição e Enfermagem, entre outros. Em 2010, como estratégia para sua consolidação, lançou o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde.

A Universidade Federal Fluminense, em parceria com a Fundação Municipal de Saúde de Niterói-RJ, iniciou as atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde em 2010. Em 2013,

foi contemplada em edital para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade de Vigilância em Saúde na Rede de Doenças Crônicas não Transmissíveis. O grupo formou-se com a participação de um professor tutor, dois preceptores profissionais da Fundação Municipal de Saúde de Niterói-RJ e oito graduandos de diferentes campos de saberes da área da saúde.^{10,11} Para as atividades educativas, buscaram-se estratégias de formação de profissionais para atenção e assistência aos serviços, utilizando como ferramentas metodologias ativas de ensino-aprendizagem que, por meio da problematização, construíssem um olhar do modo de produzir saúde.

Optou-se pela metodologia ativa denominada Aprendizagem Baseada em Projetos.¹² Esta desenvolve a capacidade criativa dos graduandos, favorecendo a reflexão sobre a realidade local, estimulando questionamento, discussão, suposição, proposição e análise crítica, dando voz ao estudante e possibilitando a escolha e a articulação interdisciplinar.¹³ A problematização feita em conjunto com os profissionais de saúde, no entanto, possibilita-lhes permite refletir sobre suas práticas laborais, o que é um princípio norteador da Educação Permanente.¹⁴

O projeto também foi pautado na Educação Interprofissional,¹⁵ para que os integrantes trabalhassem em colaboração e reflexão, procurando aumentar o conhecimento, a compreensão e o respeito ao campo de saber do outro, além do compromisso com integração das ações visando a saúde e bem-estar do usuário. Entende-se que a ação em cooperação com os diferentes campos do saber para a intervenção em saúde proporciona o olhar de integralidade do cuidado, princípio preconizado pelo SUS.

Nesta perspectiva, objetiva-se relatar as experiências de aprendizagem vivenciadas pelo grupo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis, durante a execução da metodologia de aprendizagem baseada em projetos.

Percurso metodológico

Este trabalho é um relato de experiências que compreendeu planejamento, coleta e análise de dados¹⁶ a partir das vivências do grupo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis, vigência 2013-2015. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense sob o nº CAAE: 12266613.5.0000.5243.

O grupo foi composto por um tutor professor da Universidade Federal Fluminense; dois preceptores, que eram profissionais de saúde do Núcleo de Gestão em Saúde e do Departamento de Supervisão Metodológica da Secretaria Municipal de Saúde; e oito graduandos da Universidade Federal Fluminense, entre 5º e 9º períodos, de sete diferentes campos de saberes da área da

saúde: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Todos desenvolviam as atividades durante de oito horas semanais, com encontros mensais para discussão das vivências.

A formação do grupo tutorial Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis, aqui denominado grupo tutorial, ocorreu formalmente em agosto de 2013, por meio de seleção simplificada dos graduandos. A seleção foi realizada por professores do curso do candidato e professores tutores dos outros grupos que compõem o projeto na Universidade Federal Fluminense. Os preceptores foram os profissionais indicados pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói-RJ, órgão responsável pela gestão da saúde no município. Ao integrarem o grupo tutorial, esses profissionais estavam também em formação permanente, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.^{14,17}

Nos primeiros encontros, o grupo tutorial discutiu os diferentes sistemas de informação utilizados pela Fundação Municipal de Saúde para obtenção de dados sobre as doenças crônicas não transmissíveis. Outros dados trabalhados pelo grupo foram as características socioeconômicas e os principais fatores de risco dos indivíduos cadastrados.

A partir desses encontros, e adotando a metodologia ativa Aprendizagem Baseada em Projeto,¹² o grupo tutorial buscou responder a questionamentos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis em Niterói. Planejou-se primeiramente um trabalho cujo objetivo foi traçar o perfil clínico-epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, e de ambas; fatores de risco associados (sedentarismo, tabagismo e sobrepeso) e complicações (amputação, acidente vascular cerebral, coronariopatia, doença renal, infarto agudo do miocárdio, pé diabético) em seis módulos do Programa Médico de Família de Niterói-RJ, selecionados aleatoriamente, de cada regional de saúde do município. Cada graduando ficou responsável por uma unidade. As duas regionais com maior volume de usuários cadastrados ficaram, cada uma, com dois graduandos.

A etapa seguinte foi um estudo epidemiológico analítico ecológico com o uso de dados secundários, cuja população estudada foi a cadastrada nos sistemas de vigilância em saúde utilizados à época no município: Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SisHiperdia), Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab) e o sistema KlinikosCadastro – Atenção Básica de Niterói-RJ. Este último foi utilizado pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói para dar suporte a coleta e interpretação de dados do Programa Médico de Família. Neste sistema, a doença referida hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus é selecionada para avaliar se o usuário que referiu ser portador de um dos agravos possuía cadastro no SisHiperdia.

A partir dos bancos de dados do SisHiperdia, foram feitas análises descritivas das variáveis sexo, faixa etária, renda, escolaridade para diagnóstico da situação socioeconômica; calculou-se,

então, a distribuição proporcional dos fatores de risco e complicações dos usuários cadastrados. Os resultados desta análise permitiram sua utilização como instrumento de aprendizagem do grupo.

Ressalta-se que o presente artigo não pretende aprofundar discussões sobre os sistemas de informação em saúde utilizados no projeto, mas abordar os dados disponíveis como dispositivo de aprendizagem do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Paralelamente, pesquisa qualitativa foi desenvolvida para analisar o emprego da Aprendizagem Baseada em Projetos¹² como metodologia ativa no processo ensino-aprendizagem. Foi estruturada em quatro fases – planejamento, observação, ação e reflexão de Kolb¹⁸ (figura 1) –, baseadas nos referenciais teóricos de educação postulados por Dewey,¹⁹ que considera a aprendizagem um processo ativo na busca do conhecimento com liberdade.

O *planejamento* ocorreu durante o processo de imersão nos sistemas de informações explorados, quanto a suas constituições, objetivos, forma de produção, inserção e coleta dos indicadores de saúde desejados. A *observação* aconteceu após a coleta de dados, quando as tabelas e gráficos dos indicadores foram organizados para melhor visualização. Nos encontros periódicos de todo o grupo tutorial foram discutidos os resultados obtidos.

Findo esse processo, a etapa de *ação* foi concretizada, por meio da visita às unidades estudadas para conhecer e abordar as questões que emergiram durante as reuniões mensais. Dentre essas questões, estão os equipamentos públicos para atividades física e de lazer, os alimentos disponíveis para aquisição no comércio local, verificação de ações de educação em saúde, rotina de busca ativa da unidade aos usuários faltosos e com complicações advindas das doenças crônicas não transmissíveis. Realizou-se um seminário, em julho de 2014, para apresentar os resultados, com a participação dos profissionais de saúde de cada unidade analisada (médico de família, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde) e do grupo tutorial.

A roda de conversa²⁰ foi a estratégia escolhida para a construção de uma prática dialógica, em cada encontro mensal, com os 11 integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis (graduandos e preceptores), na etapa de *reflexão*. A roda de conversa foi escolhida por ser participativa, pautada no diálogo e proporcionar o compartilhamento de experiências e aprendizados, integração e fortalecimento do grupo tutorial.

Durante as rodas de conversa,²⁰ debateram-se os dados gerados a partir dos sistemas; analisou-se a cobertura do cuidado; discutiram-se os determinantes sociais da saúde²¹ que influenciaram diretamente as condições clínicas dos usuários; identificaram-se os equipamentos sociais presentes; avaliaram-se os fatores de risco e também as complicações presentes nos usuários cadastrados; e por fim, analisaram-se as inter-relações entre as condições de saúde do usuário, seu território,

seu nível socioeconômico e o cuidado dos profissionais de saúde. A mesma estratégia foi utilizada após a apresentação desses resultados em um seminário que contou com a participação de todo grupo tutorial e de 12 profissionais de saúde das unidades.

Dentro da etapa de *reflexão*, houve também a publicitação dos resultados observados em diversos encontros científicos de diferentes campos de formação em saúde,²²⁻²⁶ reuniões para a discussão das atividades desenvolvidas e percepções dos cenários de prática com os outros grupos tutoriais e um manuscrito publicado.²⁷ O estímulo aos graduandos para participar das reuniões com os outros grupos tutoriais e dos encontros de âmbito nacional e internacional relaciona-se com a possibilidade de conhecerem novas temáticas, desenvolverem a habilidade de comunicação ao apresentarem e discutirem seus trabalhos com a comunidade científica. Além disso foi um aprendizado, com novas experiências e realidades, que agregou conhecimento ao profissional em formação.

A partir dos elementos observados no processo educativo, os resultados foram descritos e analisados segundo o postulado de Delors,²⁸ que pauta o processo do conhecimento em quatro grandes pilares: *aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a ser*. A identificação dos participantes do estudo foi feita segundo letras, números e, para graduandos, o curso da área da saúde (G1 a G8), preceptor (P1 e P2), profissional das unidades de saúde (PF1 a PF12).

Pressupostos teóricos

Para o desenvolvimento do percurso metodológico deste trabalho, foram adotados conceitos dos campos de conhecimento da educação e saúde. Da educação apropriou-se dos termos competência e autonomia. Entende-se aqui por competência “o desenvolvimento de capacidade nas dimensões cognitivas, psicomotoras e/ou habilidades atitudinais, que ao se combinarem conformam distintas formas de realizar com sucesso ações essenciais e específicas de uma profissão (p. 686)”.³ Para tanto, Braid³ considera essencial a inserção dos graduandos nos cenários de práticas profissionais com atividades educativas pautadas em metodologias ativas, reflexivas e críticas para o desenvolvimento das competências.

Não se pode abandonar a perspectiva da polissemia do termo *competência*, e o significado escolhido está pautado nas condições sociais do trabalho que necessitam da mobilização integrada de vários saberes. É o que mais se aproxima da perspectiva das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da Saúde do Ministério da Educação.⁷

Enquanto que autonomia foi entendida como a capacidade do sujeito para organizar sua própria experiência de aprendizagem, comportamento e motivação intrínseca para guiar suas ações e promover mudanças. Para desenvolver a autonomia, é necessário que o graduando tenha o

sentimento de pertencimento ao ambiente, internalize os valores vigentes e se engaje nas atividades, possibilitando melhor entendimento conceitual e do desempenho.⁵

Do campo da saúde, os termos “integralidade”, “cuidado em saúde” e “determinantes sociais da saúde” foram utilizados. Compreende-se por integralidade como um “princípio institucional do SUS, cujo conjunto articulado de ações e serviços de saúde preventivos e curativos, individuais e coletivos com vistas a produção de cuidado eficaz, humanizado e centrado nas necessidades dos usuários (p. 93)”.²⁹

O cuidado em saúde será visto aqui como “prática dinâmica do ser social por intervir sobre a saúde de indivíduos e coletividade, possibilitando o cuidado da vida (p. 550)”.³⁰ Cabe lembrar que o cuidado evolui à medida que se complexifica. O processo de trabalho, por sua vez, constitui “ação complexa envolvendo articulação entre diferentes processos, no qual cada profissional, tendo como objeto o indivíduo ou coletividade sadia ou enferma, tem por finalidade a ação terapêutica e de cuidado (p. 62)”.³¹

O conceito de determinantes sociais da saúde aqui adotado é o mesmo da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, ou seja, “são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (p. 78)”.²¹

Resultados e Discussão

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da Saúde do Ministério da Educação⁷ apontam que o ensino deve ser pautado em competências que se traduzem no conhecimento, habilidades, atributos pessoais e metacognição necessários para executar eficazmente determinado papel e/ou tarefa. Para desenvolver no graduando a capacidade de atuar na atenção básica, liderar, comunicar-se, tomar decisões, ser gestor e estar em reflexão constante sobre prática profissional, é preciso usar métodos ativos centrados no aluno e exercícios em situações complexas e reais para a construção de suas próprias verdades. Assim, para a análise das observações e falas que emergiram de todas as atividades do projeto, considerou-se o relatório de Delors,²⁸ conforme apresentado anteriormente.

Para que as atividades realizadas ao longo do projeto estivessem voltadas para o desenvolvimento das competências, desde o início estimularam-se a busca por novos conhecimentos, a reflexão a partir dos dados, o confronto com a realidade do território e as atividades realizadas junto aos profissionais de saúde (tanto as que aconteceram ao longo do projeto com os preceptores, como durante as visitas às unidades e no seminário).

A partir dos resultados²²⁻²⁷ gerados nas fases de *planejamento, observação e ação*, o grupo tutorial idealizou um seminário junto aos profissionais lotados nas unidades, cujos dados foram coletados para uma reflexão coletiva. Solicitou-se às unidades que encaminhassem um representante de cada categoria profissional (médico de família, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde), no total de 24 profissionais. Em resposta ao convite, uma unidade enviou um representante de cada categoria; três enviaram representantes da unidade, mas sem preencherem todas as categorias; e duas unidades não enviaram representação. Assim, participaram do seminário, e da posterior roda de conversa: dois médicos de família, três enfermeiros, três técnicos em enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, totalizando 12 profissionais.

Aprender a aprender

Eu ainda não tinha me dado conta que vocês da saúde se preocupavam em discutir questões sociais e culturais, fatores que influenciam o corpo biológico (G8 - Psicologia).

Não ficar preso somente ao seu campo de conhecimento, sempre tentar buscar alguma coisa (G7 - Odontologia).

Esse entendimento vai ao encontro da abordagem multidisciplinar e vivência interdisciplinar que os Ministérios da Saúde e da Educação promovem a partir de suas políticas. Apontam também para o entendimento do trabalho em equipe e das necessidades de saúde (e seus determinantes) dos usuários.

A compreensão das relações e articulações dos diferentes saberes é um dos pilares para a formação do novo profissional de saúde. Os contextos social, político, econômico e cultural são reconhecidamente determinantes sociais da saúde;²¹ desta forma, a integralidade do cuidado não pode estar centrada em um único campo de saber. A interdisciplinaridade promove “interação constante e intensa de um conjunto de atores sociais (p. 502)”³² que faz a articulação entre seus integrantes e conhecimentos na busca para a solução dos problemas apresentados pelo coletivo.

Assim, para a aprendizagem estar focada na integralidade, há de se relacionar com o usuário reconhecendo-o como membro de uma família, residente em um território e inserido em uma comunidade. Para tanto, deve centrar-se na construção de conhecimentos, saberes e práticas dos diferentes campos do saber, acrescidos das novas experiências proporcionadas no local de atuação, para que, com base em uma prática educativa, desenvolva-se a autonomia do aprendiz. Desta forma, o educando problematizará os eventos e buscará uma formação crítica e reflexiva, indo além do saber científico aplicado.

Aprender a conhecer

A visita à minha unidade foi muito importante, assim como ver o grande número de idosos o que bate com os dados (G7 - Odontologia).

Foi importante ver a prática de cada PMF, explicar os resultados ouvir a justificativa dos resultados (G6 - Nutrição).

A educação desempenha papel ativo na formação do indivíduo, despertando seu interesse para o novo, para as descobertas. Ajuda a desvendar o prazer de compreender, conhecer e descobrir o sentido crítico, desvelando a realidade para poder se desenvolver.³³ Delors²⁸ afirma que *aprender a conhecer* é um meio e o fim, em razão do prazer de descobrir, compreender e ter domínio dos instrumentos do conhecimento.

A atenção a este pilar esteve presente em todos os momentos: desde a aprendizagem do uso dos sistemas, passando pela discussão dos dados coletados e dos desafios impostos para a descoberta dos problemas apontados na inserção dos dados nos sistemas, a influência dos determinantes sociais da saúde sobre os resultados, até como os profissionais lotados nas unidades de saúde lidam com suas implicações e o quanto isso afeta os indicadores de saúde do município.

Deve-se lembrar que esses alunos estavam inseridos em uma unidade de gestão de informação do município, e não na unidade básica. Portanto, a dimensão do cuidado, fundamental para o profissional da saúde, foi discutida a partir dos dados coletados para despertar no graduando a responsabilidade do processo saúde-doença-cuidado.¹⁷ Esta discussão no nível central contribui para a implementação de ações e políticas que diminuem o distanciamento entre gestão e assistência.

Aprender a fazer

Como ficou clara a importância do preenchimento correto para a análise dos dados dos sistemas de informação (G2 - Enfermagem).

A importância da consulta farmacêutica na pré-consulta e na pós-consulta ficou muito mais clara para mim agora. A ampliação da visão foi fundamental para a minha formação (G4 - Medicina).

A discussão entre os profissionais de saúde e os graduandos é algo raro de termos, o que temos é uma reclamação generalizada do modo de fazer saúde no Brasil e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis, está mostrando que é possível mudar isso (PI).

A viabilização do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis permite uma inversão da sequência teoria/

prática para uma forma mais dinâmica ação/reflexão/ação.³⁴ O entendimento a partir das ações proporciona uma reflexão mais profunda e o desejo de procurar entender o meio/território que produz os resultados analisados, superando o modelo de “mero campo de estágio ou aprendizagem prática” para ser um “interlocutor nato das instituições formadoras, na formação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional (p. 59)”.¹⁷

Os resultados de um estudo realizado por Freitas et al.³² com graduandos participantes do Programa de Educação pelo Trabalho, modalidade Saúde em Santa Maria-RS, também apontam para este caminho. Os autores concluíram que o programa é um facilitador das experiências reais que os profissionais de saúde vivenciam a cada dia e que propicia ao graduando uma compreensão da realidade e a possibilidade de construir o conhecimento com os profissionais. Vai, assim, ao cerne da proposta da educação permanente em saúde: conhecimento a partir do pensar sobre o serviço.

Aprender a ser

Foi bom o entrosamento de cada equipe, o espelho do que seremos a importância de cada núcleo de saber. [...] Como a sobrecarga de trabalho assistencial e administrativo pode prejudicar a atenção (G2 - Enfermagem).

A motivação da equipe é algo raro de conseguir, e hoje vocês puderam ver o quanto é fundamental isso (P2).

Esses resultados permitiram uma discussão ampliada com os profissionais da Fundação Municipal de Saúde. A roda de conversa mostrou-se muito produtiva, uma vez que trouxe elementos do trabalho e motivação para a equipe.

A transformação da realidade de cada um pode ser vislumbrada nesta atividade (seminário). Repensar e reconstruir seus conhecimentos a partir das experiências vividas, fundamentadas na prática cotidiana do trabalho, auxilia na formação de profissionais mais qualificados e humanos. Esta mudança também proporciona mudanças nas relações com os serviços de saúde, ressignificação de práticas e associação dos conteúdos e técnicas, de maneira criativa com a situação-problema apresentada.³⁵

Não há como deixar de apontar falas importantes que emergiram durante a discussão dos indicadores de saúde apresentados no seminário. Com relação aos próprios indicadores, os profissionais apontaram a qualidade dos dados apresentados, os problemas no preenchimento das fichas de cadastro, captação e acompanhamento dos usuários. A ingestão dietética, um dos quatro fatores de risco mais importante para as doenças crônicas não transmissíveis, foi abordada e discutida, mesmo não tendo sido apresentados resultados, por não haver dados sobre este item nos sistemas analisados.

Alguns pontos foram citados, pelos profissionais de saúde, como obstáculos para a melhoria e ampliação do atendimento ao usuário, como precarização do vínculo dos usuários com a unidade e cultura curativa. E ainda, outras questões culturais onde o especialista (“*o meu cardiologista*”) é mais valorizado que o clínico geral, dificultando o vínculo entre usuários e membros da equipe multiprofissional, os horários para atendimento de adultos com trabalho formal (regime de trabalho regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 5.452, de 1º/05/1943) e informal (autônomo/“*camelô*”) e baixa escolaridade dos usuários, corroborando resultados do estudo de Slomp et al.³⁵

A participação dos usuários no planejamento das ações em saúde e no controle dos resultados de seu território ainda é incipiente³⁷ e dificulta a formação de vínculo e a discussão de novas formas de cuidado em saúde. A dificuldade de vínculo do usuário com o profissional de saúde, seja por quaisquer questões, reduz a capacidade de ouvir e ser ouvido – a partir deste ponto, deveriam ser construídas as soluções para as situações-problema apresentadas pelo usuário, família e/ou comunidade.

Temas pertinentes às relações de trabalho nas unidades públicas de saúde no Brasil que geram conflito foram abordados e discutidos, como os relacionados à gestão de recursos humanos: “capacitação em serviço” (recém-formado e recém-admitido) e sensibilização do profissional ao atendimento humanizado; quanto ao espaço físico do Programa Médico de Família, material disponível para os grupos educativos realizados e regime de trabalho (profissionais concursados *versus* terceirização do trabalho no serviço público).

Com relação a este ponto, Druck³⁸ afirma haver uma precarização no serviço, com a desqualificação e desvalorização do servidor público e em contrapartida, a contratação de terceirizados de forma suscetível e por tempo determinado. Uma característica destes últimos é a vulnerabilidade, que os torna fragmentados e sem forças para se organizar politicamente na luta por melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, de saúde para os usuários.

Os profissionais da Fundação Municipal de Saúde presentes consideraram que o seminário “ampliou a visão” (PF1), à medida que “possibilitou a visualização do problema e torna o serviço mais produtivo” (PF2). Outro profissional considerou “boa a aproximação da universidade com o serviço, da concretização do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde através da apresentação dos dados e enriquecedor no processo de aprendizagem sobre a comunidade” (PF5). Foi destacado também que, desta maneira, as “soluções pensadas juntas são mais produtivas e se consegue mostrar a importância de alguns pontos como o preenchimento correto dos formulários” (PF4).

Por outro lado, apoiados por uma das célebres frases de Freire³⁹ – “os homens se educam entre si mediados pelo mundo” –, os profissionais de saúde e os preceptores também descobrem novos saberes, e conseqüentemente, são transformados por este novo aprender. A educação permanente conduzirá à construção de novas metas, políticas, normas e formas de organização e comunicação

no trabalho do que “a simples modificação do velho”.⁴⁰ Nesse processo, considerado formativo legítimo e contextualizado, insere-se o graduando nas dimensões socioeconômicas e culturais da população em determinado território da unidade de saúde, integrando o saber popular e o científico. Assim, o uso de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem auxilia na transformação do fazer saúde.

O seminário proporcionou o encontro de conceitos científicos advindos da academia e dos conceitos advindos do processo de trabalho dos profissionais da saúde das unidades de saúde e da vigilância em saúde. Deste modo, construiu-se um novo conhecimento científico originado de situações reais e perspectivas de novas práxis de cuidado. O trabalho concreto de cada equipe promove novos pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade –, uma atenção humanizada e de qualidade visando o usuário, e não a produção de números isolados de uma possível realidade do território no qual atua.

Chamou a atenção do grupo tutorial, no entanto, que duas unidades não enviaram nenhum representante. Essas unidades apresentaram os piores indicadores de saúde e de cuidado,²⁷ e os formulários de saúde com mais lacunas e erros de preenchimento. Tal comportamento pode estar relacionado com a falta de motivação pessoal, falta de autonomia, reduzida relação com a comunidade, não liberação da gestão, não entendimento desta atividade como assistência.⁴¹ O trabalho em rede intersetorial e colaborativo é necessário para alcançar a integralidade do cuidado, assim como a complementaridade e interdependência das ações, prática comunicativa por toda a rede de assistência à saúde, na qual se incluiu a vigilância em saúde.⁴²

Apesar de a aprendizagem por competências ser a direção dada pelas Diretrizes Nacionais Curriculares do Ministério da Saúde, não se pode deixar de considerar os apontamentos de Duarte,⁴³ que nomeia o ensino por competência de *pedagogia do aprender a aprender*. Esse autor considera que, nesta abordagem, há um distanciamento entre aprendizagem e ensino, e que a mesma é pautada em uma sociedade capitalista cuja formação de profissionais é voltada para a produção da força de trabalho pela valorização da prática *imediate e manipulatória*.

Entretanto, no trabalho ora apresentado, consideraram-se dois dos princípios de Dewey¹⁹, que é formar o indivíduo integrado à natureza e à sociedade, e a educação com consciência, liberdade, que propicia a integração e colaboração. Ao serem desenvolvidas atividades educativas dentro de situações reais e em conjunto com os profissionais de saúde, promoveu-se a convivência e favoreceu-se o “desejo de aperfeiçoamento contínuo, proporcionando os meios de concretizá-los (p. 28)”.¹⁹ O entendimento dos sistemas de informações, a visita às unidades, a apresentação dos resultados no seminário e as rodas de conversa são situações reais, com problemas relevantes para a vida do usuário, onde é possível desenvolver a compreensividade e o interesse social.

Retomando o caso das duas unidades que não encaminharam nenhum representante, pode-se dizer que é preciso despertar em seus profissionais estas duas perspectivas – compreensividade e o interesse social –, para que o trabalho não seja um mero reprodutor de técnicas.

Destaca-se que a literatura internacional traz poucos relatos de experiências em ensino-aprendizagem semelhantes ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na modalidade Vigilância em Saúde de Doenças Crônicas não Transmissíveis em saúde, o que dificulta a análise dos distanciamentos e convergências entre os mesmos. A Organização Mundial da Saúde,⁴⁴ recomenda, no entanto, o trabalho colaborativo e defende a prática de educação interprofissional, assim como Mitre⁴⁵ prego a necessidade de uma educação pautada na “reflexão coletiva, no diálogo, no reconhecimento do contexto e de novas perspectivas para a reconstrução de novos caminhos, na busca pela integralidade entre teoria e prática, ensino e aprendizagem (p. 2141)”. Todos esses elementos foram observados no trabalho aqui apresentado.

Nos países desenvolvidos, essa prática já vem acontecendo há 20 anos, mas pensando somente no desenvolvimento do graduando da área de saúde na prática profissional, e não na questão da educação permanente dos profissionais da saúde. A preocupação com o processo de ensino-aprendizagem e com o uso de metodologias ativas educativas sempre foi um marco dos países desenvolvidos. No entanto, são poucos os estudos que trabalhem o tripé professor-graduando-profissional com metodologia ativa, crítica e reflexiva, discutindo os determinantes sociais da saúde, os impactos sobre os indicadores de saúde e os entraves do processo de cuidar.

Em Sobral-CE, outro grupo tutorial do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, na modalidade Vigilância em Saúde, utilizou o que denominaram “tecnologia de educação em serviço na vigilância em saúde”.⁴⁶ Esta tecnologia é pautada em um fluxo de cinco momentos pedagógicos: i) análise situacional; ii) busca por referencial teórico; iii) vivência da realidade; iv) elaboração de um projeto de intervenção local; e v) operacionalização do projeto. O uso desta metodologia permitiu ampliar o entendimento das ações de vigilância em saúde nos serviços de atenção básica.⁴⁶ Tanto o uso da Aprendizagem Baseada em Projetos¹² quanto desta tecnologia proporcionaram ao graduando a ação dentro do serviço de maneira concreta, e as relações existentes entre comunidade, território e saúde.

Considerações finais

A experiência com o projeto no campo da Vigilância em Saúde tem-nos permitido identificar a forma de estabelecer a relação entre as condições de vida da comunidade, práticas de saúde, acesso a políticas públicas e desafios locais e institucionais para o enfrentamento da situação de saúde.

A metodologia de Aprendizagem Baseada em Projetos, escolhida para a aprendizagem dos alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, permitiu a autonomia ao graduando e o exercício da responsabilidade de toda a equipe na tomada de decisão, na solução de conflitos e na comunicação, bem como no próprio trabalho em equipe. São competências que estão previstas nas diretrizes educacionais do Ministério da Educação.⁷ Além disso, favoreceu a discussão do cuidado em saúde e seus determinantes, e do processo de trabalho entre os profissionais de saúde e os preceptores que atuam na Atenção Básica de Niterói.

Colaboradores

Pereira S trabalhou em todas as etapas, desde a concepção do estudo até a revisão da versão final do artigo; Capelli JCS participou da interpretação dos dados, redação do artigo e da sua versão final; Abrahão AL participou da redação do artigo e da sua versão final; Anastácio A participou da análise, interpretação dos dados, redação do artigo e da sua versão final.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS; 2003. 603 p.
2. Costa MV, Borges FA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface* 2015; 19(Suppl. 1):753-763.
3. Braid LMC, Machado MFAS, Aranha AC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface* 2012; 16(42):679-692.
4. Silva ALF, Ribeiro MA, Paiva GM, Freitas CASL, Albuquerque UMN. Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. *Interface* 2015; 19(Suppl. 1):975-984.
5. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas* 2011; 32:25-40.
6. VIII Conferência Nacional de Saúde; 17-21 mar. 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf
7. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares: cursos de graduação. Brasília: 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/mais-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>
8. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4):975-986.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial N° 2.101 de 3 de Novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União 04 nov. 2005; Seção 1:111.
10. Abrahão AL, Cordeiro BC, Marques D, Daher DV, Teixeira GHMC, Ayres KM, et al. A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde Universidade Federal Fluminense/FMS Niterói. *Rev Bras Educ Méd.* 2011; 35(3):435-440.
11. Brasil. Ministério da Saúde Ministério da Educação. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde edital de Convocação no 28, de 22 de novembro de 2012. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde/vigilância em saúde PET/VS - 2013/2014. Diário Oficial da União 23 nov. 2012; (226):171-173. Disponível em: <http://www.prosaude.org/noticias/2012-editalpetvs/2012petvs-171.pdf>
12. Barrom BJS, Schwartz DL, Vye NJ, Moore A, Petrosino A, Zech L, et al. Doing with Understanding: Lessons from Research on Problem- and Project-Based Learning. *Journal of the Learning Science* 1998; 7(3/4):271-311.
13. Campos A, Machado GB, Rados GJV, Todesco JL. Aprendizagem Baseada em Projetos: uma experiência em sala de aula para compartilhamento e criação do conhecimento no processo de desenvolvimento de projetos de software. *Revista Competência* 2016; 9(2):17-35.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html
15. Camara AMCS, Grosseman S, Pinho DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface* 2015; 19(Suppl.1):817-829.
16. Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. 290 p.
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis. Rev Saúde Coletiva* 2004; 14(1):41-65.
18. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
19. Verástegui RLA. Dewey e a proposta democrática na educação. *Revista Redescobertas* 2012; 3(4):24-32
20. Moura AF, Lima MG. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. *Temas em Educação* 2014; 23(1):98-106.
21. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis. Rev Saúde Coletiva* 2007; 17(1):77-93.
22. Batista ANS, Messias YJ, Penido R, Costa D, Pereira SEA. Renda familiar e fatores de risco para hipertensão e diabetes entre usuários de seis unidades de Estratégia de Saúde da Família em Niterói, RJ. *Anais IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 07-10 set. 2014; Vitória. p. 84-86. [acesso em: 01 fev. 2017]. Disponível em: <http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>

23. Calheiros AM, Messias YJ, Penido R, Costa D, Pereira SEA. A questão do gênero no cuidar da saúde. Anais IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 07-10 set. 2014; Vitória. p. 1610. [acesso em: 01 fev. 2017]. Disponível em: <http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>
24. Messias YJ, Calheiros AM, Penido R, Costa D, Pereira SEA, Batista ANS. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Programa Médico de Família de Niterói: comparando diferentes sistemas de informação. Anais IX Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 07-10 set. 2014; Vitória. p. 1665. Disponível em: <http://www.epiabrasco.com.br/ANAIS-EPIVIX-2014.pdf>
25. Tavares JT, Ferreira GV, Penido R, Costa D, Pereira SEA. Descrição dos fatores de risco e complicações em pacientes diagnosticados com Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma comunidade de Niterói-RJ. Anais XXIII Congresso Brasileiro de Nutrição; 2014; Vitória. p. 948. Disponível em: <https://www.rasbran.com.br/rasbran/issue/download/10/14>
26. Batista ANS, Messias YJ, Penido R, Costa D, Pereira SEA. Frequência de complicações de hipertensão arterial e diabetes mellitus em Niterói/Rj. Anais 4º Congreso Iberoamericano Medicina Familiar y Comunitaria - WONCA, 2015; Montevideo: Confederação Ibero Americana de Medicina Familiar; 2015.
27. Pereira S, Costa D, Penido R, Nunes A, Calheiros A, Ferreira G, et al. Fatores de risco e complicações de doenças crônicas não transmissíveis em Niterói/RJ. Rev Ciência Saúde 2017; 10(4):213-219.
28. Delors J. Os 4 pilares da educação. 2 ed. Brasília: MEC/UNESCO; 2003.
29. Cyrino EG, Cyrino ADPP, Prearo AY, Popim RC, Simonetti JP, Boas PJV, et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. Rev Bras Educ Méd. 2012; 36(1 Suppl. 1):92-101.
30. Souza DDO, Mendonça HPFD. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de Marx e Lukács. Interface-Comunicação, Saúde, Educação 2017; 21(62):543-552.
31. Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. Rev Mineira de Enfermagem 2003; 7(1):62-66.
32. Freitas PH, Colome JS, Carpes AD, Backes DS, Beck CLC. Repercussões do PET-Saúde na formação de estudantes da área da saúde. Esc Anna Nery 2013; 17(3):496-504.
33. Bezerra AAC, Santos DE, Andrade LN. Formação docente, educação e sociedade: lições da estética e da bioética. ECCOS Revista Científica 2014; 33:109-124.
34. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc. 2011; 20(4):884-889.
35. Biscarde DGS, Pereira-Santos M, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. Interface 2014; 18(48):177-180.
36. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. Ciênc Saúde Coletiva 2015; 20(2):537-546.
37. Prado EV, Sarmento DS, Costa IJDA, Costa JA. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no SUS. Rev APS 2015; 18(4):424-429.

38. Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde* 2016; 14(Supl. 1):15-43.
39. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 35a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
40. Merhy EE. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface* 2005; 9(16):172-174.
41. Pinto IC, Panobianco C, Zacharias FCM, Bulgarelli AF, Carneiro TS, Gomide MFS, et al. Análise da satisfação profissional da equipe de enfermagem em uma unidade básica distrital de saúde. *Rev Gaúcha Enfermagem* 2014; 35(4):20-27.
42. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery Revista de Enfermagem* 2013; 17(1):133-141.
43. Duarte N. As pedagogias do aprender a aprender e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. *Rev Bras Educ.* 2001; (18):22-34.
44. World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*, Health Professions Network Nursing and Midwifery Office. Geneva: WHO; 2010.
45. Mitre SM. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva* 2008; 13(Suppl2): 2133-2144.
46. Linhares MSC, Freitas CASL, Teixeira AKM, Dias RV, Flor SMC, Soares JSA, et al. Programa de Educação para o Trabalho e Vigilância em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* 2013; 11(3):679-692.

Recebido: 17/04/2017

Revisado: 26/06/2017

Aceito: 13/07/2017