

EIXO 2
EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO APRENDIZAGEM PARA AS PRÁTICAS
NO CUIDADO MAIS EFETIVO E SEGURO E TREINAMENTO NAS
PRÁTICAS PARA MELHORIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NOS
SERVIÇOS DE SAÚDE

FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:
PROCESSO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE A PARTIR
DOS PROBLEMAS DA POPULAÇÃO

Luiz Roberto Augusto Noro¹

1. Doutor em Ciências da Saúde (UFRN); Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e do Departamento de Odontologia; Universidade Federal do Rio Grande do Norte; <http://lattes.cnpq.br/2335211528795775>; luiz.noro@ufrn.br.

Resumo

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde ainda presente nos dias atuais é a ordenação da formação de recursos humanos. Avanços relacionados com a formulação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde e iniciativas institucionais desenvolvidas ao longo dos últimos anos permitiram novas perspectivas para consecução desse objetivo. Entre as maiores dificuldades, configuram-se a estruturação das profissões da área da saúde ainda em uma perspectiva eminentemente disciplinar e especialista. Em função disso, é necessário que certos princípios essenciais para esses avanços sejam incorporados no cotidiano das instituições de educação e no Sistema Único de Saúde. Entre esses princípios, destacam-se a educação permanente em saúde, o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e interprofissional, a busca pela intersectorialidade e a formação de preceptores. Para isso, é fundamental a adoção de estratégias pedagógicas coerentes com a solução de problemas reais das ações do Sistema Único de Saúde, que transformem os serviços de saúde como cenário privilegiado de aprendizado e novas práticas de saúde. Esse avanço deve articular todos aqueles que acreditam na perspectiva da universalização da atenção à saúde de qualidade, com integralidade das ações, equidade no acesso e controle social como pilar de sua sustentação.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Ensino. Capacitação de recursos humanos em saúde. Desenvolvimento de pessoal. Educação interprofissional.

INTRODUÇÃO

A incorporação do tema “saúde” na Constituição Brasileira de 1988 é sinalizada como um dos direitos fundamentais do ser humano, sendo considerado essencial para inclusão da população na sociedade a partir do exercício da cidadania¹. Com isso, deixa-se de conviver com a perspectiva do direito à saúde direcionado a determinados grupos que podiam pagar por “saúde”, passando-se a considerar saúde como direito universal, a ser garantido pelo Estado brasileiro. Esse direito traz para a sociedade desafios como a integralidade das ações e serviços de saúde, a equidade na definição destas ações, a descentralização administrativa e a participação social como determinantes na condução dessas conquistas e como elementos-chave nessa nova configuração².

De forma ampla, a saúde não se limita à ausência da doença, mas é compreendida como resultado de uma complexa rede de situações socialmente determinadas. Reforçada por essa concepção, a saúde se constitui como um campo multissetorial de

saberes e ações que extrapolam a tradicional prática das profissões da área da saúde de atuar sobre problemas específicos.

Esse movimento traz uma nova perspectiva na compreensão da formação uma vez que, na constituição das diferentes profissões na área da saúde, um movimento sempre presente foi relativo às defesas corporativas na delimitação precisa de seu campo de atuação.

Prova disso, a relativamente recente discussão sobre a lei do ato médico³ provocou debates acalorados. Para a categoria médica, essa lei deveria propor uma série de atividades de competência exclusiva do médico, promovendo melhores oportunidades no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, as outras profissões da área da saúde defendiam que esse excesso de concentração de poder exclusivamente nas mãos do médico dificultava as intervenções interprofissionais, além de deixá-las em posição subalterna à categoria médica. Esse modelo, apesar dos avanços, ainda representa forte elemento de resistência ao trabalho interprofissional, o qual teve como origem a forma como as profissões se organizaram e, especialmente, o processo formativo que as conduziu.

CONSTITUIÇÃO DAS PROFISSÕES DA ÁREA DA SAÚDE

Na construção histórica das diversas categorias profissionais envolvidas com a saúde, a definição de competências específicas configurava-se como elemento fundamental para sua legitimidade e legalidade. Essa lógica independia dos diferentes graus de formação, apesar da predominância dessa busca pelos profissionais de nível superior. Para essa definição, eram considerados os procedimentos e as intervenções baseadas em situações específicas, geralmente representadas por doenças ou enfermidades.

Para dar resposta a essa demanda, na década de 1960, com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação⁴, os cursos de graduação se organizaram a partir do currículo mínimo, composto por disciplinas específicas previamente definidas, uniformemente distribuídas ao longo do tempo.

No currículo mínimo, a abordagem inicial relacionava-se com o denominado “ciclo básico” desenvolvido na lógica de disciplinas (anatomia, histologia, bioquímica, embriologia, microbiologia, entre outras). A disciplina refere-se a uma área específica de determinado conhecimento, com a finalidade de aprofundar elementos diretamente relativos a ela. Na lógica do currículo mínimo, cada disciplina se ocupava de forma isolada de seu referencial teórico, não permitindo integração entre os conhecimentos⁵. Fruto disso, ainda hoje se observa a incapacidade do ciclo básico em constituir um conteúdo adequado ao aprendizado, uma vez que não faz conexão com o ciclo profissionalizante dos cursos, proporcionando uma verdadeira fragmentação do conhecimento. As disciplinas do ciclo

básico, atualmente organizadas nessa lógica em vários cursos da área da saúde, permanecem isoladas e transmitem conhecimento muito específico e descontextualizado, levando o aluno à simples memorização do conteúdo, e não ao aprendizado^{6,7}.

Cumprido esse trajeto relacionado com o ciclo básico, os cursos se organizavam a partir de disciplinas específicas, focadas em procedimentos referentes ao diagnóstico e ao tratamento das principais enfermidades relativas à área profissional. Nessa perspectiva, tinham grande influência no ensino, os laboratórios para simulação das atividades práticas, posteriormente desenvolvidas em clínicas, ambulatórios ou hospitais.

O currículo mínimo passa a ser fortemente questionado a partir de propostas que buscam compreender a saúde para além de uma área específica de conhecimento. Com a Conferência de Alma-Ata, em 1978⁸, consolida-se a discussão sobre a saúde como direito humano fundamental, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde. Também coloca o desenvolvimento adequado de medidas sociais e sanitárias como papel central dos governos, permitindo a todos os povos atingirem um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Aprofundando essas ideias, foram organizadas várias conferências internacionais focadas na proposta da promoção de saúde, a qual pretende se constituir em um modo de significar saúde e doença em uma perspectiva de ruptura com o modelo biomédico⁹.

[...] É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo⁹⁽³⁵⁶⁾

Esses princípios são apropriados pela Lei Orgânica da Saúde¹⁰, que reforça a determinação social do processo saúde-doença, enfatizando a necessidade de envolvimento intersetorial para solução de problemas complexos que extrapolam o setor saúde e enfatiza a importância do controle social. Além desses desafios, a Lei nº 8.080 também salienta, como papel do Sistema Único de Saúde (SUS), a ordenação de recursos humanos em saúde. Com isso, e com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação¹¹, o Ministério da Educação propôs, em meados de 2002, Diretrizes Curriculares Nacionais para grande parte dos cursos de graduação da área da saúde, definindo como competência específica a formação de profissionais de saúde voltados para o SUS.

Para pensar em princípios básicos do SUS, além dos profissionais com graduação, é fundamental compreender o processo de incorporação de pessoal auxiliar nos serviços de saúde.

Assim, enquanto na educação superior, na década de 1960, preconizava-se o currículo mínimo, a formação de profissionais técnicos na área da saúde sequer era con-

siderada, uma vez que a legislação da época previa essa condição apenas para cursos das áreas industrial, agrícola e comercial⁴.

Em função desse quadro, para otimizar o trabalho dos profissionais de nível superior, eram contratados trabalhadores classificados como atendentes ou auxiliares no setor saúde. Atendente era o responsável pelo desenvolvimento de atividades elementares, não diretamente relacionadas com os procedimentos clínicos, não sendo exigido qualquer tipo de escolarização. Já os auxiliares referiam-se a um grupo que tinha concluído o ensino fundamental, desempenhando ações mais complexas, mas sem responsabilidade pelo procedimento propriamente dito. Diferentemente dos profissionais de nível superior, o lócus de formação dos atendentes e auxiliares era o próprio serviço de saúde, na maioria das vezes, não estruturado para essa formação.

Considerando essa inadequação, em 1981, em função do processo de reformulação dos serviços de saúde que visavam principalmente à extensão de cobertura, surgiu o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde¹².

O Projeto Larga Escala, na compreensão dos autores¹³⁽⁶²¹⁾,

[...] não se configurou como política pública e sim como estratégia de formação, experiência pedagógica, movimento ou ideia visando qualificar uma força de trabalho empregada no setor saúde, em consonância com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a democratização do sistema de saúde, bem como mudanças na prática profissional dos trabalhadores deste setor.

Antecipando-se mais de 20 anos às Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, o Projeto Larga Escala apresentava princípios teóricos em sua concepção que previam a problematização da realidade como recurso essencial para o aprendizado no ambiente dos serviços de saúde. Para isso, propunha a elaboração de um currículo integrado que possibilitasse a formação em serviço, tendo como instrutores profissionais de nível superior capacitados para tal fim, sem afastar o servidor de suas atividades, promovendo uma proposta de educação continuada¹⁴.

A partir desse processo e das capacitações pedagógicas realizadas no âmbito do Larga Escala, foi possível sensibilizar profissionais de saúde das mais diversas inserções ao exercício de repensar o processo pedagógico tradicionalmente desenvolvido na academia e reproduzido nos serviços.

Da academia aos serviços de saúde

A articulação entre o SUS e as instituições formadoras é fundamental para que se possa alterar efetivamente o processo formativo, articulando as práticas de saúde a partir de estratégias pedagógicas coerentes com essa necessidade. Para isso, é fundamental que a

formação dos diversos profissionais da área da saúde atenda aos interesses da sociedade de forma a estruturar a universalidade em uma rede de ações e cuidados a partir da articulação de problemas epidemiológicos, clínicos, da organização da gestão¹⁵, processos essenciais para pensar na segurança do paciente na perspectiva de reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. No Brasil, as metas para Segurança do Paciente baseadas nas metas internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) são coordenadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, com foco direcionado a protocolos básicos priorizando a prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais¹⁶.

Para que esse percurso seja realizado, é importante que alguns princípios, essenciais na perspectiva da ordenação da formação a ser protagonizado pelo SUS, sejam observados.

Educação Permanente em Saúde

O pressuposto da Educação Permanente em Saúde (EPS) é o de desenvolver processos educativos imersos no SUS, considerando o trabalho a ser desenvolvido dentro dele, independentemente do nível de atenção¹⁶. Esses lugares de produção de cuidado devem se configurar como cenário de intensa produção pedagógica centrada na integralidade, corresponsabilidade e resolutividade a partir da articulação entre profissionais de saúde e usuários¹⁷. Em sua perspectiva pedagógica, a EPS tem seu enfoque na educação problematizadora, que vincula a produção de conhecimento aos problemas concretos do cotidiano dos serviços de saúde, realizado por profissionais de saúde, gestores e usuários¹⁸.

Trata-se, pois, de uma ruptura com a formação tradicional centrada no conteúdo e no procedimento especializado, ainda hoje presente em vários cursos de graduação e técnicos, para uma proposta de ambientação do professor e dos alunos ao conhecimento da realidade que o circunda, transformando-os em atores estratégicos para solução de problemas. Dessa forma, é papel primordial da EPS desenvolver mecanismos para estimular todos os envolvidos com esse processo educativo.

Converge-se para o preconizado por Paulo Freire¹⁹⁽¹⁴⁾ na possibilidade de desenvolvimento da reflexão crítica sobre a prática: “A educação tem caráter permanente. Não há seres educados e não educados. Estamos todos nos educando. Existem graus de educação, mas estes não são absolutos”.

A EPS não pode ser aprisionada a processos tradicionais de formação, nos quais a certificação representa, muitas vezes, o elemento mais procurado pelo aluno. Ela deve ser compreendida como um espaço de ruptura desses padrões, passando a ser focado na parceria entre as instituições de educação e o mundo do trabalho e formação representado pelo SUS.

Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

A interdisciplinaridade parte do pressuposto que as disciplinas, isoladamente, não conseguem dar resposta a problemas concretos que exigem articulação de diferentes campos de conhecimento.

A formação interdisciplinar em saúde parte do aprofundamento da discussão sobre os determinantes da saúde, incluindo os vários conhecimentos e vivências necessários para isso, distanciando-se dos procedimentos, técnicas e teorias circunscritos aos campos disciplinares desenvolvidos em cada profissão²⁰. Para isso, é importante que as instituições de educação compreendam a necessidade de diálogo crítico entre os vários atores envolvidos (estudantes, docentes, profissionais de saúde e usuários), momento no qual se aprende a essência do trabalho em equipe para pensar coletivamente na transformação da realidade de um determinado território²⁰.

O aprendizado a partir da interdisciplinaridade permite o desenvolvimento do trabalho interprofissional, qual seja: a articulação permanente entre os vários profissionais que compartilham seu conhecimento e o colocam a serviço da solução de problemas. Para isso, é fundamental que, a partir da reflexão crítica de todos os atores envolvidos, o discurso teórico seja de tal modo concreto, que quase se confunde com a prática²¹. A partir desse referencial, compreende-se que quanto mais se trabalha individualmente, mais há necessidade de se apropriar de saberes fora de sua área, ao mesmo tempo que quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros²².

É importante ressaltar que o trabalho interprofissional se configura como um dos maiores desafios atuais na perspectiva de quebrar a cultura de formação disciplinar, ainda hoje vigente em grande parte das instituições de educação. Para isso, é fundamental que se aprofunde a lógica da educação permanente, materializada a partir do estímulo de gestores para consolidação dessa prática, assim como uma postura crítica do profissional de saúde para romper com sua formação tradicional, permitindo observar os avanços possíveis a partir de práticas interprofissionais colaborativas²³.

Intersetorialidade

Os princípios básicos da intersetorialidade convergem para a perspectiva de desenvolvimento da ação interprofissional para além dos profissionais de saúde, incluindo

os mais diversos setores de atividades humanas que tenham relação com a melhoria da qualidade de vida da população.

Deve ser compreendida como estratégia de melhoria da eficácia, eficiência e efetividade da gestão pública ao propor confluir interesses comuns a partir de campos de conhecimento e atuação distintos, para solução de problemas complexos, evitando a duplicidade de ações”²⁴.

Um conceito de intersectorialidade proposto por Akerman et al.²⁵⁽⁴²⁹⁴⁾ a define como:

[...] modo de gestão [o que] desenvolvido por meio de processo sistemático de [como] articulação, planejamento e cooperação entre os distintos [com quem] setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre [para que] os determinantes sociais.

Apesar da clara evidência da necessidade de ações intersectoriais ao se propor um modelo de atenção centrado na promoção de saúde, é importante ressaltar que seu desenvolvimento apresenta várias dificuldades e limitações. Para sua incorporação, há necessidade de mudanças nos processos de gestão tradicionalmente centrados em setores específicos, muitas vezes com forte viés dos acordos políticos configurados pelos cargos no âmbito da gestão pública, assim como interesses pontuais por disputa de poder.

Tal tema é pouco discutido pelas instituições de educação, uma vez que a formação tradicional foca suas ações nas competências específicas das diferentes profissionais. Ou seja, se a interprofissionalidade configura-se como enorme desafio, a intersectorialidade sequer encontra-se em debate no âmbito acadêmico.

Entretanto, é fundamental que essa concepção seja cada vez mais enfatizada e incorporada às discussões nos distintos campos, permitindo que atividades complexas, como as relacionadas com as ações de saúde, possam extrapolar esse campo específico de prática e conhecimento.

Preceptoría

A preceptoría é uma das mais poderosas estratégias na articulação das instituições de educação com os serviços de saúde ao contribuir com a efetiva mediação entre estudantes e o mundo do trabalho. O preceptor, profissional vinculado ao serviço de saúde, é essencial na condução do processo pedagógico na integração ensino-serviço por conhecer a realidade local e ter a dimensão do quanto a parceria pode contribuir para avanços do sistema de saúde. Nesse sentido, o docente da instituição de educação desempenha papel fundamental ao proporcionar tranquilidade e apoio pedagógico ao preceptor no desenvolvimento de suas atividades, nem sempre afeitas à sua atividade na condição de preceptor.

Considerando esses elementos, a preceptoria deve ser compreendida como espaço privilegiado de construção de conhecimento de todos os envolvidos, permitindo reflexão sobre a prática realizada no cotidiano dos serviços de saúde, possibilitando questionamento permanente sobre as ações desenvolvidas, assim como sua recondução, seja na perspectiva pedagógica, seja na perspectiva clínica²⁰.

Para que o profissional de saúde possa desenvolver suas habilidades complexas na condição de preceptor e proporcionar aprendizagem do aluno, é fundamental sua inserção em processo de educação permanente, uma vez que, para desempenhar o papel de agente ativo na construção do conhecimento, competências dessa natureza devem fazer parte de seu cotidiano²⁶. Os serviços de saúde caracterizam-se como cenário privilegiado de construção de conhecimento, considerando os problemas concretos vivenciados pela equipe de saúde e pela população na perspectiva da busca de soluções. A interação entre estudantes, docentes e preceptores permite encarar esse espaço como campo para desenvolvimento do pensamento crítico, análise de situação e formulação de decisões criativas¹⁵.

Mesmo sinalizando dificuldades na relação entre as instituições de educação e os serviços públicos de saúde, como na compatibilização de agendas, no despreparo de alguns preceptores ou desinteresse de parte dos docentes²⁷, a preceptoria é um mecanismo fundamental para atingir plenamente o princípio do SUS como ordenador de recursos humanos ao colocar o serviço público e seus atores como essenciais na formação acadêmica.

CAMINHOS PARA A FORMAÇÃO PROBLEMATIZADORA EM SAÚDE

Considerando os princípios elencados acima, é fundamental promover a discussão relacionada com as estratégias pedagógicas mais adequadas para aprendizagem efetiva na área da saúde. Todos os caminhos sinalizados levam à conclusão de que o mais adequado para isso se refere à adoção de Metodologias Ativas de Aprendizagem no processo formativo.

Compreende-se por Metodologia Ativa de Aprendizagem todo processo educativo que se orienta a partir de problemas que provoquem a curiosidade do aluno e o leve a buscar a melhor solução para esse problema. Esse processo desenvolve-se a partir de um processo reflexivo de apreensão do objeto, busca de informações em referenciais científicos ou nas suas vivências, articulação com seus conhecimentos prévios, levando à formulação de respostas não necessariamente iguais para os mesmos problemas.

Diz-se, portanto, que, nessa situação, o aluno estará ativo em seu processo formativo, uma vez que precisará se mobilizar para construir seu conhecimento a partir de sua reflexão crítica. É importante observar que a ruptura da dependência do conhecimento do professor se dá pela busca da autonomia que permitirá liberdade ao aluno em seu processo formativo ao longo de sua vida. Também marcante nas metodologias ativas é a preferência pelo trabalho em grupo, responsável pela troca constante de saberes, pela cooperação e pela potencialidade nas construções coletivas como elementos fortalecedores das relações sociais e da construção do novo conhecimento.

É fundamental, entretanto, enfatizar o papel fundamental do professor nesse processo, nem sempre de fácil compreensão para o aluno (e, na maioria das vezes, para o próprio professor), no estímulo à busca necessária para esse percurso, estratégia absolutamente distante da educação formal tradicional. Entende-se que, para isso, é necessário um amplo debate com os professores uma vez que a lógica de detentor do conhecimento e único responsável pela formação do aluno não é o que conduz esse processo de formação. Todavia, ao compreender que ele mesmo também pode aprender muito no processo e que sua experiência pode contribuir para esse crescimento do aluno, deve recolocá-lo no protagonismo do processo educativo, desempenhando a partir daí um novo papel.

Existem diferentes estratégias pedagógicas que se caracterizam como Metodologias Ativas de Aprendizagem. Conforme já sinalizado, todas partem de um problema para seu desenvolvimento. Contudo, cada uma apresenta particularidades que permitem, a partir da característica da ação educativa a ser desenvolvida, melhor aplicação à situação a ser trabalhada. Resumidamente, entre essas estratégias destacam-se:

Metodologia da Problematização

A Metodologia da Problematização tem como elemento fundante o desenvolvimento do processo de aprendizagem a partir de problemas concretos, presentes na realidade dos serviços de saúde ou da comunidade. Além da perspectiva do aprendiz colocado na proposta metodológica, caracteriza-se como opção pedagógica para transformação da realidade observada, a partir das propostas sinalizadas ao longo da atividade educativa. Para isso, propõe que o aluno se aproprie concretamente do problema identificando não somente suas características gerais, mas compreendendo-o em sua totalidade; identifique as variáveis mais determinantes da situação (pontos-chave); teorize sobre essas variáveis, permitindo que use seu raciocínio lógico na formulação de uma hipótese de solução para o problema²⁸.

Por lidar com problema real, na etapa final, aplicará essa hipótese à realidade e avaliará sua pertinência na solução do problema.

Problem-Based Learning (PBL) – Aprendizagem Baseada em Problemas

Apesar de uma arquitetura metodológica diferenciada, que prevê a elaboração das atividades educativas em sete passos sequenciais, a grande diferença entre o PBL e a Metodologia da Problematização centra-se na configuração do problema a ser utilizado como referência para o aprendizado.

No PBL, o problema é totalmente estruturado, formulado a partir das competências que se espera que o aluno possa desenvolver para efetivar seu aprendizado. Ou seja, o problema é formulado com foco no objetivo de aprendizagem a ser alcançado pelo aluno. Tem como grande vantagem a perspectiva de previsibilidade geralmente requisitada nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação²⁹. Possivelmente por isso, é atualmente a metodologia ativa mais incutida em cursos da área da saúde que se propõem a inovar sua proposta pedagógica, viabilizando a construção de currículo integrado e aprendizado interdisciplinar.

Pedagogia baseada em projetos

Como toda metodologia ativa de aprendizagem, a pedagogia baseada em projetos busca centrar seu processo de aprendizado no problema. De forma semelhante à metodologia da problematização, busca-se conhecer problemas reais vinculados aos serviços de saúde ou à comunidade. O diferencial é a estratégia de propor ao aluno a construção de um projeto (semelhante ao processo de um projeto de pesquisa) que pense globalmente na solução do problema.

Nesse processo, são trabalhadas questões interdisciplinares, estimula-se a tomada de decisões, incentiva-se o trabalho em equipe, possibilitando o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico e reflexivo³⁰. A criatividade e a flexibilidade compõem elementos estruturantes dessa proposta ao estimular os alunos a construir um novo conhecimento que pode servir como alternativa para solução de problemas persistentes. Também é importante enfatizar que é fundamental consultar o referencial bibliográfico de estudos anteriores para permitir propostas coerentes com o estado da arte do tema em questão.

Team-Based Learning (TBL) – Aprendizagem Baseada em Equipes

A Aprendizagem Baseada em Equipes tem sua fundamentação teórica centrada no construtivismo, valorizando a responsabilidade individual na perspectiva de sua con-

tribuição na construção coletiva do conhecimento, ou seja, sua responsabilização sobre os resultados a serem desenvolvidos pela equipe.

Central na proposta pedagógica é a composição de equipes (cinco a sete membros) marcada pela diversidade dos membros em busca de sua coesão. Também é essencial a preparação prévia das atividades que serão desenvolvidas pelo grupo, sempre tendo como referência problemas que servirão para fortalecer o trabalho colaborativo na busca de suas soluções. Nessa etapa crítica, os estudantes são responsáveis por identificar o problema a ser aprofundado a partir de leituras prévias, realização de experimento, realização de entrevista, entre outras atividades, visando contribuir com sua equipe no estudo a ser realizado em sequência³¹.

Além de a estratégia pedagógica ter como fundamento a solução de problemas como perspectiva concreta de aprendizado, o processo de trabalho proposto, centrado na equipe, configura-se como diferencial importante no contexto das Unidades de Saúde, considerando-se o princípio da interprofissionalidade.

Sala de aula invertida

A sala de aula invertida parte da premissa que o aluno deve ter uma série de conteúdos e conhecimentos prévios às atividades a serem desenvolvidas em sala de aula, definidos pelo professor. É importante ressaltar que não se trata de mera aquisição de novos conhecimentos, uma vez que o material deve permitir autonomia do aluno para seu aprofundamento, com condições de subsidiar efetivamente as atividades que irá desenvolver em “sala de aula” posteriormente.

Em seguida a essa fase, que deve ser planejada para permitir tempo adequado ao aluno para acessar e explorar o material fornecido, é realizada a atividade no espaço de aprendizagem mediado pelo professor, o qual pode ser, inclusive, a sala de aula. Esse espaço muda sua composição historicamente construído como local em que o docente transmite seus conhecimentos, para caracterizar-se no desenvolvimento nos níveis mais elevados do trabalho cognitivo: aplicação, análise, síntese, significação e avaliação, com apoio de seus pares e do professor³².

Como é essencial nas metodologias ativas, o momento em sala de aula, no serviço de saúde, no campo ou em laboratório é centrado na solução de problemas, coerentes com o material didático acessado previamente pelos alunos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos maiores desafios no âmbito do SUS continua sendo sua responsabilidade pela ordenação da formação de recursos humanos. Tal preceito contraria interes-

ses representados por distintos nichos dentro da organização capitalista. Dentre estes, destacam-se as empresas privadas da área da saúde preocupadas na comercialização de produtos focados no procedimento clínico, profissionais de saúde cada vez mais concentrados nas especialidades e instituições de educação pouco afeitas às articulações fora de seus muros.

Entretanto, avanços foram conquistados para pensar a articulação das instituições de educação com os serviços e ações do SUS, voltados especialmente para a conquista da qualidade de vida. Esse avanço deve articular todos aqueles que acreditam na perspectiva da universalização da atenção à saúde de qualidade, com integralidade das ações, equidade no acesso e controle social como pilar de sua sustentação.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(suppl):203-11.
3. Brasil. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. *Diário Oficial da União*. 11 jul. 2013; Seção 1:1.
4. Brasil. Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*. 27 dez. 1961; Seção 1;11429.
5. Noro LRA, Farias-Santos BCS, Sette-de-Souza PH, Pinheiro IAG, Borges REA, Cruz RKS, et al. Revisiting the Basic Cycle: prospects by undergraduates' students of a Brazilian Dentistry school. *Pesqui Bras Odontopediatria e Clín Integr*. 2019;19:e3901.
6. Moura DTD, Foltran RS, Fraiz IC, Novak EM. Articulação entre os ciclos básico e profissionalizante: percepção dos alunos da UFPR. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(1):224-34.
7. Lampert JB. Tendências de mudanças na formação médica do Brasil: tipologia das escolas. 2. ed. São Paulo: Hucitec / Associação Brasileira de Educação Médica; 2009.
8. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(3):e00012219.
9. Heidmann ITSB, Almeida MCP, BoehsAE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória

histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):352-8.

10. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 set. 1990; Seção 1:1.

11. Brasil. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Oficial da União.* 23 dez. 1996; Seção 1:27833.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Recursos humanos para serviços básicos de saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1982.

13. Bassinello GAH, Bagnato MHS. Os primórdios do Projeto Larga Escala: tempo de rememorar. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):620-26.

14. Santos I, Souza AA. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. *Saúde Debate.* 1989;24:61-4.

15. Junqueira SR, Oliver FC. A preceptoría em saúde em diferentes cenários de prática. *Rev Docência Ens Sup.* 2020;10:e013483.

16. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(1):170-85.

17. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu).* 2007;11(23):427-38.

18. Ceccim RB, Ferla A. Educação permanente em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde.* 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 162-8.

19. Freire P. *Educação e mudança.* 42. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2012. 46 p.

20. Faria L, Quaresma MA, Patiño RA, Siqueira R, Lamego G. Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil. *Interface.* 2018;22(67):1257-66.

21. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 60. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2019.

22. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl. 2):1739-49.

23. Farias DN, Ribeiro KSQS, Anjos UU, Brito GES. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde.* 2018;(16):1141-62.

24. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4361-70.
25. Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersectorialidade? Intersectorialidades! *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4291-300.
26. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface*. 2015;19(suppl.1):779-91.
27. Sales PRS, Marin MJS, Silva Filho CR. Integração academia-serviço na formação de enfermeiros em um hospital de ensino. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(3):675-93.
28. Cortes LF, Padoin SMM, Berbel NAN. Metodologia da Problematização e Pesquisa Convergente Assistencial: proposta de práxis em pesquisa. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):471-6.
29. Barell J. *Problem-Based Learning. An Inquiry Approach*. Thousand Oaks: Corwin Press; 2007.
30. Bacich L, Moran J, organizadores. *Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática*. Porto Alegre: Penso; 2018.
31. Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014;47(3):293-300.
32. Valente JA. Blended learning e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. *Ec Rev*. 2014;(spe4):79-97.