

A utilização da metodologia da Problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF

*Beatriz Francisco Farah
Célia Regina Pierantoni*

Resumo: Esse artigo foi apresentado na disciplina Recursos Humanos: Mercado de Trabalho e Formação Profissional, do Curso de Doutorado do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, e será um capítulo da tese de doutorado “As repercussões do Curso Introdutório como estratégia de organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, experiência do Pólo de Juiz de Fora/MG”. O objeto de estudo é a utilização da metodologia da Problematização no Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família - C.I. que tem como objetivo descrever a experiência do Pólo de Capacitação da UFJF. Os instrumentos usados foram análise documental e o consolidado das avaliações finais preenchidas pelos participantes dos C.I., no período de 2000 a agosto de 2002, totalizando 55 cursos e 2882 pessoas capacitadas. Verificou-se que a metodologia da problematização é adequada ao curso, favorece o aprendizado, é criativa e envolve o grupo como um todo na construção dos conhecimentos.

Palavras Chaves: Metodologia da Problematização, Curso Introdutório, Saúde da Família.

The utilization of Questioning Methodology in the Introductory Course of Family Health at the Training Hub of UFJF

Abstract: This article was presented in the Human Resources class: Labor Market and Professional Training of the Doctorate Course at the Instituto de Medicina Social of the Universidade Estadual do Rio de Janeiro, and will be a chapter in the doctoral thesis “The repercussions of the Introductory Course as a strategy for organizing the work of Family Health teams, experience of the Juiz de Fora/MG hub”. The object of the study is the utilization of the methodology of Questioning at the Introductory Course for Family Health teams – I. C., with the goal: to describe the experience of the UFJF Training Hub. The instruments used were: documentary analysis and the consolidation of the final evaluations filled out by the participants of the I.C., during the period of 2000 until August of 2002, totaling 55 courses and 2,882 people trained. It was noted that the methodology of questioning was appropriate for the course, favors learning, is creative and involves the group as a whole in the construction of knowledge.

Key Words: Questioning Methodology, Introductory Course, Family Health

1. Introdução

As décadas de 80 e 90 foram marcadas pelos importantes avanços e transformações ocorridas na política de saúde e educação, pelos desafios impostos para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS e, conseqüentemente, de profissionais capacitados para implantá-lo e implementá-lo.

A concepção de saúde passa a ser entendida como resultado de múltiplas determinações e mantenedora de uma relação direta com o social, determinando o processo de adoecer e de morrer nas comunidades, norteando o modelo assistencial de saúde preconizado pelo SUS.

Verificou-se nessas décadas que, para promover a real implantação do modelo proposto pelo SUS e a transformação nele pretendida, haveria a necessidade de reorganização dos serviços, pois ainda continuam organizados no modelo tradicional de prestação de serviço, e de formação de profissionais capacitados para intervir nos problemas de saúde. Observou-se que, tanto no ensino como no serviço, a abordagem é curativa, tendo como foco o indivíduo e a doença.

O modelo de assistência à saúde delineado para o SUS tem como diretrizes: os princípios filosóficos e organizacionais do SUS; a incorporação do conceito ampliado de saúde, entendido como qualidade de vida; a utilização dos critérios epidemiológicos para a definição das prioridades, respeitando os perfis epidemiológicos de cada região ou município; o planejamento da assistência embasado nas reais necessidades de saúde da população e que utilize como instrumento o diagnóstico de saúde local, bem como a base as informações epidemiológicas; a promoção de mudanças nas práticas assistenciais, assegurando uma atenção integral à saúde dos cidadãos, priorizando as ações preventivas e promocionais da saúde; trabalhadores capacitados para utilizarem a epidemiologia como instrumento de reorientação da sua prática.

Observa-se, na prática, a presença hegemônica do modelo tradicional em detrimento ao do SUS, apesar de ser reconhecido por teóricos e até internacionalmente como um modelo avançado e sofrer dificuldades para se impor enquanto política de saúde.

Durante os anos de implantação do SUS, observaram-se os vários relatos de experiências dos municípios ao se implantar o modelo de assistência à saúde

preconizado pelo SUS. Alguns obtiveram sucesso, especialmente aqueles que tinham nos recursos humanos o objeto de intervenção para a implantação e implementação, pois o SUS impõe a necessidade de aquisição de novas habilidades, posturas, aptidões e conhecimentos interdisciplinares, para intervir na realidade e resolver os problemas nela inseridos. Constatou-se, na prática, que os profissionais não se encontravam suficientemente preparados para atuarem nessa nova prática.

Verificou-se, também, a necessidade de reestruturar as formas de ensinar (transmissão dos conhecimentos) e aprender nos processos educativos desses profissionais, deixando para trás a concepção de aprendizagem pela memorização e de considerar os alunos como mero depósito de conteúdos, para se transformarem em agentes de transformação das realidades, exigindo destes competência técnica, conhecimento, mas também presença atitudinal para soluções dos problemas das diversas realidades. Esse perfil desejado se concretizará quando for aguçado no profissional a criticidade e a reflexão, que são despertados pelas pedagogias utilizadas durante a sua formação ou durante os processos educativos em sua vida profissional.

O surgimento do Programa da Saúde da Família – PSF, em 1994, pelo Ministério da Saúde – MS, reforçou de acordo com suas diretrizes e princípios, a necessidade de um novo perfil profissional. O PSF foi um dos desafios que motivou a utilização de pedagogias problematizadoras, pois para solucionar os diversos problemas encontrados pelas equipes em suas localidades, somente os domínios do conhecimento e da técnica não são suficientes.

Baseado nestas reflexões, o Pólo de Capacitação, Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, desde o ano de 2000, vem utilizando em seus cursos e capacitações metodologias problematizadoras, sendo uma delas o Ensino Baseado em Problemas – PBL e a outra a Problematização.

No presente trabalho, procuraremos relatar a experiência deste Pólo com a utilização da metodologia da problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família.

2. Programa da Saúde da Família

Em 1994, o Ministério da Saúde implanta o PSF como uma estratégia para a inversão do modelo assistencial de saúde, tendo como eixo estruturante as ações básicas de saúde. A proposta deve ser entendida como uma forma de implementar o modelo assistencial proposto para o Sistema Único de Saúde – SUS, uma vez que se trabalha em conformidade com os princípios desse mesmo sistema, definindo responsabilidades entre os serviços e a população.

As ações nesse modelo devem ser desenvolvidas a partir da percepção da saúde; portanto, enfocam a promoção e a recuperação da saúde, a prevenção e a cura das doenças, e devem ser destinadas à família, ao indivíduo e à comunidade a partir do seu espaço sócio-cultural (Machado, 2000; Negri, 2000; Machado de Souza, 2000; Neto, 2000).

O trabalho integrado e articulado dos componentes da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde) é uma característica indispensável ao enfrentamento dos problemas de saúde de uma população territorializada e para o desenvolvimento das ações de forma oportuna, resolutiva e capaz de impulsionar as ações intersetoriais.

Vale ressaltar que, segundo Machado de Souza (2000),

a Saúde da Família não é uma proposta nova. Na verdade ela agrega saberes e práticas acumuladas há muito tempo por diversas pessoas e diversas instituições ao longo desse país (p.15).

Mas para que a Saúde da Família se afirme como um modelo transformador das práticas em saúde, pois já vem fazendo parte do trabalho, do interesse e da vontade de muitos profissionais e instituições que militam na área da saúde coletiva¹, torna-se necessário enfrentar o problema da insuficiência de recursos humanos preparados para atuarem nessa estratégia, uma vez que a Saúde da Família refere-se ao desempenho dos profissionais com ações a serem desenvolvidas de promoção e assistência a grupos familiares, que não se encontravam nos currículos de formação.

¹ Saúde Coletiva, segundo Carvalho (1993) é o conjunto mais geral de ações dirigidas às populações, ao meio ambiente e à sociedade, englobando todos os tipos de assistência à saúde - lato sensu – com base nas necessidades de saúde das populações. Sugere direitos, situações históricas, condições de vida, crítica à idéia de que o indivíduo é o único responsável por sua saúde/doença. Incorpora as ciências sociais ao estudo dos fenômenos saúde/doença, prestação de serviços à população (p.135).

Cabe aos profissionais inseridos nos serviços e nas instituições formadoras de recursos humanos o desafio de reorientar a formação e a capacitação dos profissionais de saúde em todo o país, iniciadas antes da implantação do SUS, para induzir as transformações necessárias.

De acordo com a pesquisa nacional² realizada sob a coordenação de Machado (2000), havia em dezembro de 1999, 4.945 equipes distribuídas em 1.870 municípios. Observou-se que no universo de profissionais pesquisados, 3.131 (1.480 médicos e 1.651 enfermeiros), existia uma baixa qualificação especializada dos médicos, um terço deles não havia concluído residência médica (37,16%) e poucos enfermeiros com habilitação profissional (37,07%). Dentre o grupo de profissionais com especialização (39,53% médicos e 35,49% enfermeiros), observou-se que o perfil dos médicos era clínico e dos enfermeiros, sanitarista. A maioria das informações obtidas por esses profissionais sobre o PSF era adquirida através das publicações do Ministério da Saúde e quase a totalidade expressava a necessidade de maior aprimoramento técnico-científico (93,35% médicos e 96,7% enfermeiros). Dentre as necessidades de capacitação, os profissionais referenciavam os cursos de curta duração, nos quais se insere o Curso Introdutório.

Impõem-se, portanto, que a Saúde da Família, ao deixar de ser apenas uma proposta para se transformar numa política e se colocar na agenda de priorização das políticas públicas do país, investa maciçamente na qualificação dos recursos humanos para a gestão e implementação do novo modelo assistencial (Machado de Souza, 2000).

Cabe, nesse momento, ressaltar que essa afirmação de que a Saúde da Família deixa de ser uma proposta ou programa para se transformar em estratégia não é compartilhada por muitos autores, pois a Saúde da Família possui todas as características de programa na medida em que define parâmetros, metas, diretrizes, e sua implantação se dá de forma verticalizada, possuindo financiamento específico, dentre outros.

Essa discussão não será realizada nesse trabalho, porque não é o objeto desse estudo, mas acredita-se que a Saúde da Família é orientadora da reestruturação do modelo assistencial de saúde, por direcionar a organização a partir da atenção básica.

² A pesquisa nacional referenciada é do Ministério da Saúde coordenada por Machado (2000) intitulada: “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil”.

O Ministério da Saúde, no Plano para o Quadriênio 1999/2002 colocou como meta de expansão do PSF para 20.000 equipes que iriam fazer o acompanhamento de 69 milhões de pessoas (Negri, 2000). Para que se concretizasse a proposta, existia o desafio de reorientar a formação dos futuros profissionais que ingressariam no mercado de trabalho, bem como daqueles que já se encontravam inseridos nele, necessitando de capacitações e de educação permanente para as transformações desejadas na proposta da Saúde da Família.

Dentre as linhas de ação desse Plano, destacava-se a relativa ao desenvolvimento de recursos humanos, que criava os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, que foram institucionalizados através do edital nº 4 de 06/12/96 do MS e implantados em 1997.

Os Pólos são espaços de articulação entre o conhecimento e a ação através da parceria renovada entre instituições de ensino e os serviços de saúde, tendo como missão o propósito de capacitação, formação e educação permanente para o pessoal da Saúde da Família. Os programas são desenvolvidos através de convênios entre Secretaria de Estado e Secretarias Municipais de Saúde. (Machado de Souza, 2000, p. 15; Souza de Figueiredo, 2000).

Segundo dados do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Atenção Básica - M.S/SAS/DAB – 2002, estão implantados, no Brasil, 19 Pólos, e 11 estão em processo de implantação.

Há necessidade de se esclarecer que os Pólos não são projetos verticalizados impostos pelo Ministério da Saúde. Eles caracterizam-se por um processo coordenado de parcerias que envolvem diversas instituições de saúde e de outros setores da sociedade, nos planos municipal e estadual, bem como instituições governamentais e não-governamentais, com o acompanhamento, apoio técnico e, dentro das disponibilidades, com o aporte de recursos financeiros federais (Brasil, 2000).

Atualmente, segundo dados do M.S/SAS/DAB-2002, o Brasil possui 16.960 equipes distribuídas em 4.185 municípios, atendendo 57 milhões de pessoas. Verifica-se, portanto, que a meta estabelecida não foi atingida.

A proposta do Ministério da Saúde (Brasil, 2003) é ampliar a Saúde da Família. Nos próximos quatro anos, a meta é duplicar o número de equipes levando a assistência a mais de 100 milhões de pessoas, tendo como uma das estratégias o Projeto de

Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF. Esse projeto prevê a expansão da Saúde da Família para os municípios com mais de 100mil habitantes, com investimentos previstos totalizando 550 milhões de dólares até 2009 (50% do empréstimo do Banco Mundial e 50% de contrapartida do governo federal).

Portanto, a intenção é ampliar as ações dos Pólos de Saúde da Família que terão a natureza de sua função modificada. Serão núcleos de articulação entre universidades, escolas técnicas, centros formadores, escolas de saúde pública, núcleos de saúde coletiva, hospitais universitários, gestores municipais e estaduais do SUS e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Brasil, 2003).

Os Pólos trabalharão com a proposta de educação permanente das equipes de saúde atendendo prioritariamente as que atuam na atenção básica, mas também terão como alvo a educação permanente das equipes de urgência e emergência de atenção domiciliar, de atenção ao parto e deverá atuar de acordo com as prioridades definidas pelo SUS em suas instâncias de deliberação (Brasil, 2003).

Segundo o ministro da saúde, Humberto Costa (2003), para se desenvolver uma política pública como essa existe a necessidade de capacitar os profissionais e criar as condições para sua implantação. Dessa forma, ratifica-se a necessidade de unir todas as instituições em prol da formação e educação permanente dos profissionais, inovando e investindo em aprendizagem significativa e objetivando a construção e a transformação da realidade social.

3. O Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais da Universidade Federal de Juiz de Fora/Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF.

A UFJF, credenciada pelo Ministério da Saúde desde 1997, sedia no NATES o Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais da UFJF. O Pólo foi aprovado em 1999, mas já havia sido credenciado em 1997 na modalidade de projeto. Tem como missão a integração entre o ensino e o serviço, promovendo a qualificação dos profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, assim como discentes dos cursos da área de saúde.

Fazem parte as seguintes instituições: Universidade Federal de Juiz de Fora (Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem, Pró-Reitoria de Extensão, Pró-Reitoria de Graduação); Secretarias Municipais de Saúde com PSF na área de

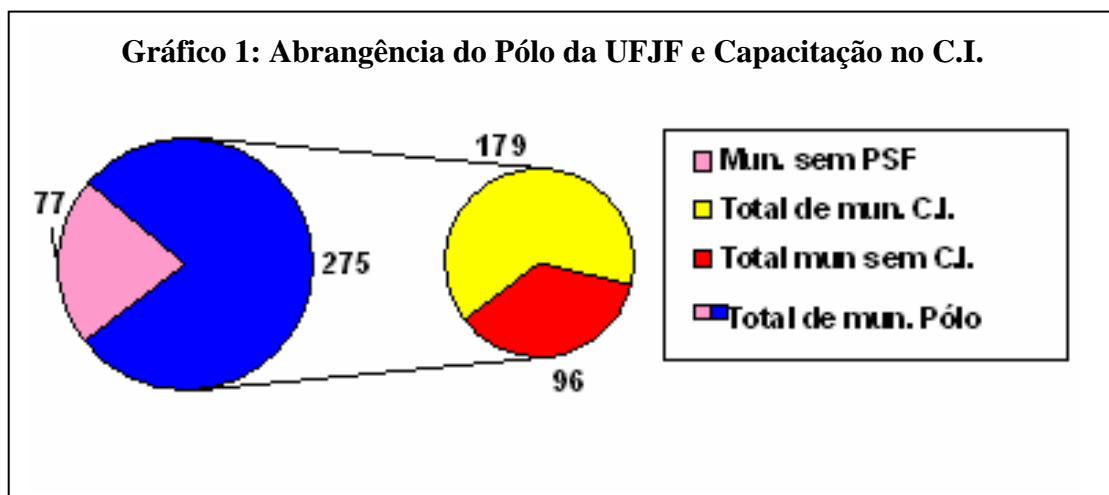
abrangência; Diretorias Regionais de Saúde – DRS/SES/MG (Juiz de Fora, Ubá, Manhumirim, Leopoldina, Ponte Nova, São João Del Rei e Barbacena); DRS na Região sul de Minas (Varginha, Alfenas, Pouso Alegre, Passos).

ÁREA DE ABRANGÊNCIA



Fonte: IEC – Pólo de Capacitação UFJF/NATES, 2002.

As regiões sul e sudeste de Minas Gerais, que compõem o Pólo, possuem um total de 352 municípios, dos quais 275 possuem a estratégia de Saúde da Família. São 628 equipes envolvendo 7.079 profissionais (Minas Gerais, 2003).



O Pólo vem desenvolvendo suas ações nas seguintes linhas de trabalho: temas estratégicos de Saúde da Família; capacitação de recursos humanos para o PSF; atividades de educação permanente. A primeira inclui a realização de oficinas de Trabalho Regionais de Saúde da Família, Encontros Regionais de Equipes de Saúde da Família, Oficinas de Práticas Educativas, edição da Revista de Atenção Primária já no

quinto ano, atividade de Acompanhamento e Avaliação de Equipes de Saúde da Família. A segunda, o Curso de Especialização em Saúde da Família (quinta turma); Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; Residência em Saúde da Família para médicos, enfermeiros e assistentes sociais; Curso de Capacitação de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Procedimentos Básicos na Ótica da Saúde da Família; cinquenta e cinco Cursos Introdutórios sendo seis para turmas de alunos de graduação dos últimos períodos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia-Bioquímica, e Psicologia; Cursos de Capacitação Gerencial e Capacitações Pedagógicas para docentes em Metodologia de PBL e Problemática, além de pesquisas.

Entre as atividades de educação permanente, destacam-se os seminários de atualização em Atenção Primária a Saúde, seminário de Atenção à Mulher no Pré-Natal e Parto, Lista de Discussão na Internet – ênfase nas decisões clínicas, cursos de pequena duração como manejo de dados epidemiológicos.

O Pólo da UFJF vem, portanto, desenvolvendo ações, tanto na formação quanto nos serviços e realmente vem cumprindo o seu papel de elo articulador entre a universidade e os serviços.

Uma das capacitações para as equipes da Saúde da Família realizadas pelo Pólo é o Curso Introdutório.

4. Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família da UFJF.

O Curso Introdutório para os profissionais que compõem as equipes da Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde – MS (1999), tem como objetivo introduzir as equipes de Saúde da Família no serviço, visando instrumentalizar os profissionais com conteúdos essenciais para o início do trabalho nessa estratégia.

Para esse curso são sugeridos alguns conteúdos como forma de orientar as equipes de Saúde da Família no trabalho a ser desenvolvido nessa estratégia, como: princípios e diretrizes do SUS e do PSF; organização inicial do processo de trabalho; aspectos da atenção integral à saúde individual e coletiva; diagnóstico da comunidade; sistema de informação em atenção básica – SIAB.

Esses conteúdos não devem ser entendidos como uma grade rígida a ser cumprida. O curso é flexível e busca a adequação entre os recursos disponíveis e as

necessidades das equipes. Recomenda-se que os cursos devam ser realizados de forma mais descentralizada possível e de preferência no próprio município, oportunizando a participação de todos os membros que compõem a equipe e que sejam desenvolvidos logo após a implantação do PSF no município. Uma outra recomendação é que a metodologia adotada permita às equipes participarem na construção do seu próprio conhecimento; portanto, a presença de todos os membros da equipe nesse encontro é fundamental, pois é nesse momento que os conceitos serão discutidos e definidos para serem incorporados na prática.

Após a realização do Curso Introdutório, espera-se que os profissionais estejam capacitados a: compreender os princípios e diretrizes básicas do PSF, no âmbito do SUS; identificar os fundamentos e instrumentos do processo de organização e prática dos serviços da Saúde da Família; compreender as bases para o desenvolvimento do processo de planejamento das ações e serviços das unidades de Saúde da Família.

O Pólo de Capacitação e Formação Permanente de Recursos Humanos em Saúde da Família da UFJF vem desenvolvendo Cursos Introdutórios desde 1997.

Até o ano de 1999, os Cursos Introdutórios eram realizados de forma centralizada no Núcleo de Assessoria, Cursos e Estudos em Saúde – NATES/UFJF – e eram ministrados basicamente para médicos e enfermeiros das equipes ou outros profissionais de nível superior que compunham as equipes. Nesses cursos, os conteúdos atendiam à proposta sugerida pelo MS e a metodologia dominante era a da transmissão de conhecimentos.

Diante das recomendações propostas pelo Ministério da Saúde (1999), o Pólo, no ano de 2000, reorganizou a proposta do Curso Introdutório para as equipes de Saúde da Família e passou a ser prioridade na área de capacitação. Conjuntamente, com as sete Diretorias Regionais de Saúde – DRSs – da região sudeste de Minas que compõem o Pólo, o Curso Introdutório foi reestruturado e descentralizado, passando a ser desenvolvido nas cidades-sede das DRSs, uma vez que havia uma grande dificuldade no deslocamento dos treinandos, o que prejudicava a participação de todos os membros da equipe.

O objetivo do C.I. é sensibilizar e informar os profissionais para a nova estratégia, ampliando a visão a respeito do modelo assistencial, de forma a contribuir

com as mudanças das práticas cotidianas e na melhoria da qualidade de vida da população.

Todo o processo de reestruturação do Curso foi organizado e construído a partir de uma oficina de capacitação pedagógica promovida pelo Pólo, em maio de 2000, para um grupo de profissionais que trabalhava em oficinas de Práticas Educativas, representantes das DRS que compõem o Pólo e os representantes das DRS no Comitê da Saúde da Família, por se entender que esses estão mais próximos das equipes e das necessidades. Vários desses profissionais vieram a ser os multiplicadores desse curso, pois acreditava-se que os conteúdos a serem desenvolvidos no Introdutório deveria partir do próprio grupo, uma vez que a maioria deles estava inserida de alguma forma na Saúde da Família de seus municípios ou nas DRSs. Esse grupo foi responsável por toda a reestruturação, tanto dos conteúdos, como da metodologia adotada no curso, criando roteiros específicos para cada assunto a ser abordado, de forma que os conteúdos formassem uma rede de conhecimentos integrados.

Os cursos foram sendo realizados e, durante um ano, o conteúdo, as ferramentas utilizadas para o desenvolvimento como fitas de vídeo, músicas, dinâmicas, os instrumentos criados (perfil dos domicílios de risco, diagnóstico de saúde, as avaliações dos facilitadores, avaliação do C.I., roteiro do facilitador), a própria metodologia e os facilitadores foram sistematicamente avaliados quanto: à adequação dos objetivos dos conteúdos e dos instrumentos criados, ao desempenho do facilitador com a metodologia e conteúdo e, se no geral, o C.I era flexível para a adequação às diversas realidades e necessidades das equipes para a organização inicial da Saúde da Família.

Após as análises dessas avaliações, obteve-se como resultado o manual do C.I. do Pólo da UFJF.

4.1. Metodologia da Problematização

A metodologia de ensino escolhida para o Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo da UFJF foi a da Problematização.

As metodologias problematizadoras surgiram no pós-guerra como uma das estratégias de reconstrução dos países fortemente destruídos pela guerra. Mas é na década de 70 que, nos países latino-americanos, essas metodologias aparecem e seus

usos são estimulados na saúde por recomendação das Sociedades das Escolas Médicas como forma de melhorar o padrão de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação.

A metodologia da Problematização vem sendo utilizada no Brasil desde a década de 80 em algumas universidades, inicialmente na formação de auxiliares de enfermagem e, posteriormente, nos cursos de graduação como a Universidade Estadual de Londrina, algumas universidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais.

A problematização é uma metodologia utilizada no ensino, no estudo e no trabalho. O desenvolvimento do aprender e do ensinar parte dos problemas identificados pelo educando na realidade a qual está inserido. Parte da base que o mundo está em constante modificação que desencadeia rapidamente novas mudanças. Portanto, o que se espera é o aumento da capacidade do educando em detectar e resolver os problemas reais e descobrir as soluções. O conhecimento nesse processo é importante, porém, não é o mais importante.

Segundo Berbel (1998), *a metodologia pode ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade* (p.142).

Portanto, a metodologia da problematização é considerada compatível e adequada para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa nos cenários de ensino comunitário e dos serviços de saúde que exigem do educando, além do conhecimento, uma tomada de consciência e decisões para intervir nos problemas da realidade na qual estão inseridos, exigindo do profissional comprometimento e responsabilidade.

As metodologias problematizadoras vêm sendo referendadas pelas comissões de revisão curriculares da área da saúde. A experiência do uso da metodologia da problematização nos cursos de graduação, apesar de pequena, tem obtido resultados positivos, pois trabalhar com problemas faz despertar no aluno o interesse e o espírito crítico, auxiliando na sua formação em agente de transformação da realidade para as mudanças necessárias.

Sugere-se, também, a inserção da disciplina como forma de preparar o aluno para o seu futuro papel de educador. No curso de graduação da Enfermagem de algumas universidades, como exemplo UFMG, UEL, UERJ, dentre outras, isso já vem acontecendo.

Então, cabem às universidades ousarem nas mudanças curriculares, oportunizando estratégias capazes de formar um profissional que exerça seu papel de educador, sujeito do processo ensino-aprendizagem e capaz de resolver problemas do cotidiano de sua prática, através de reflexões críticas da realidade onde se insere.

A referência nesta metodologia é Juan Dias Bordenave (1982), que explica a utilização da metodologia através do Arco de Charles Maguerez. Dentre os autores brasileiros, está Paulo Freire.

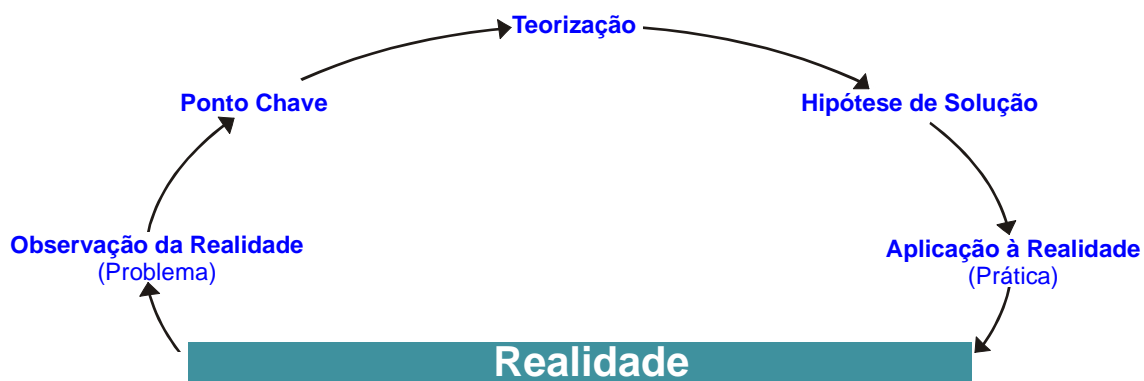
A palavra chave, tanto da aprendizagem como do ensino, é problema. A aprendizagem se dá através de reflexões da prática para a transformação dela. Não se dá de forma individual, tem inserido a transformação social. Se essa aprendizagem acontece em uma situação grupal, essa se dará de forma coletiva. A construção da aprendizagem se dá por etapas partindo da realidade e nela retornando.

O processo da aprendizagem se inicia quando o aluno, através da observação da realidade, detecta situações ou problemas que chamam a sua atenção. A partir da percepção de sua experiência de vida ou prática conjuntamente com as pessoas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem (professor, aluno, profissionais de serviço), ele vai criando os seus próprios conhecimentos, através de reflexões, associações lógicas e teorizações.

Nessa metodologia, o ensino se dá a partir de perguntas e indagações aos educandos sobre a observação do problema e da situação, facilitando o processo de reflexão do educando. É fundamental que se entenda que o papel do professor não é o de ensinar, uma vez que ninguém ensina a outra pessoa; o processo da aprendizagem é interno e só pode ser verificado após a internalização das reflexões. A busca dos conhecimentos é necessária para a mudança de atitude e para a transformação da realidade.

Utiliza-se o Arco de Charles Maguerez (apud Bordenave, 1982), que é composto de cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou de um recorte da mesma e para a realidade retorna, exercitando a cadeia dialética de ação – reflexão – ação.

Gráfico:2 Arco de Charles Maguerez



A primeira etapa é a da Observação da realidade social concreta: os educandos são orientados pelo facilitador a olharem atentamente e a registrarem o que percebem sobre a parcela da realidade em que o tema está sendo vivido.

Essa observação permitirá aos educandos identificarem dificuldades, carências, discrepâncias de várias ordens, que serão transformados em problemas. As discussões entre os membros do grupo e o facilitador ajudarão na formulação ou redação do problema.

No C.I. os participantes iniciam cada tema a ser trabalhado relatando a sua experiência ou vivência para o grupo. São sensibilizados, às vezes, com dinâmicas inespecíficas (com o objetivo apenas de acordar, motivar e integrar os participantes) e específicas (tem relação com o tema a ser discutido) para que os participantes sensibilizados para o tema deixem emergir situações/problemas trazendo para o grupo os fatores determinantes, o contexto sócio-político-cultural para melhor refletir o assunto. Utilizam-se, também, filmes, representações sobre o assunto com figuras, desenhos, dramatizações, jogos.

A segunda etapa é a identificação dos pontos-chave: os educandos refletirão sobre as possíveis causas do problema em estudo. Por que será que esse problema acontece? Os educandos percebem, nesse momento, que a maioria dos problemas de origem social são multideterminados e que interferem na existência do mesmo. Verificam a necessidade das parcerias para solucionarem os problemas. Nesse momento é feita uma análise criteriosa e crítica pelo educando da situação, pois se tem

como objetivo solucionar o problema. Serão, então, selecionados os tópicos importantes.

No C.I., o facilitador, através de perguntas que orientaram a discussão, procura identificar com o grupo quais são os pontos-chave das situações trabalhadas e quais são os fatores determinantes.

A terceira etapa é a Teorização: etapa do estudo da investigação. Os educandos se organizam tecnicamente para buscarem as informações de que necessitam (biblioteca em busca de livros, revistas, aula, pesquisas, palestras, dentre outros). As informações colhidas são analisadas e avaliadas quanto a sua contribuição para a resolução do problema.

Essa etapa no C.I. é atingida pelos participantes após esgotarem os conhecimentos que possuem sobre o tema na discussão em grupo ou em plenárias com apresentação de trabalhos realizados e com a troca de experiências. O facilitador tem como função despertar e auxiliar o grupo para o acréscimo de conhecimento sobre o tema para enriquecer o construído pelo grupo e também sistematizar todo o conteúdo produzido por ele. Alguns temas são teorizados com textos de apoio, filmes em fitas vídeo, palestras.

A quarta etapa é a de elaboração de Hipótese de solução: todo o estudo deverá oferecer elementos para os educandos criticarem e criativamente elaborarem as possíveis soluções.

Vale ressaltar que durante todo o C.I. as equipes de Saúde da Família não são desfeitas, trabalham com os membros que a compõem para garantirem soluções dos problemas viáveis aos seus contextos. Portanto, nesse momento no C.I. a equipe trabalha pensando e tentando criar hipóteses de acordo com sua realidade. É observado nos intervalos do curso que as equipes conversam e trocam informações procurando levantar a melhor solução para os seus problemas.

A quinta etapa será a da Aplicação à realidade: retorno das decisões para serem executadas e caracteriza o momento que os educandos levarão uma resposta do estudo.

Essa etapa é a que uma das autoras está estudando em sua tese de doutorado, “As repercussões do Curso Introdutório como estratégia de organização do trabalho das equipes de Saúde da Família, experiência do Pólo de Juiz de Fora/MG”, pois o objetivo do C.I. é que os participantes apliquem o conhecimento com a finalidade de

organizarem o trabalho de acordo com as diretrizes e princípios da Saúde da Família em suas realidades locais, melhorando a prática de assistência para as populações.

Vale ressaltar que o método é o caminho utilizado para o ensino/aprendizado; portanto, possui dois eixos: o teórico-metodológico e o técnico-metodológico. A utilização exclusiva do último eixo a reduz à condição de procedimento de ensino; dessa forma estará reproduzindo acriticamente a realidade social, ou seja, distante da proposta de mudança e transformação social. Deve-se lembrar que os problemas estão inseridos em contextos diferentes e que possuem determinantes históricos, sociais, políticos e culturais diferentes.

O papel do instrutor/facilitador na metodologia difere do modelo da transmissão em que o professor é o dono do saber; nessa situação ele será o instrutor, o facilitador do processo ensino-aprendizagem. Existe uma interação entre o educando e o facilitador, no exercício do ensinar, que pode se dar a partir da troca de conhecimentos e experiências. Constrói-se junto com o educando o conhecimento. Necessita-se de estar capacitado para a utilização da metodologia, ter clareza dos limites e avanços necessários para trabalhar os problemas e temas. Sua utilização exige do professor posturas diferentes (de detentor de todo o conhecimento a facilitador do processo) do modelo tradicional de ensino, bem como a postura do aluno, que de mero expectador passa a fazer parte da construção de seus conhecimentos.

O papel do educando durante todo o processo é ativo e participativo. Observa, faz perguntas, expressa suas percepções e opiniões e, por isso, é motivado a aprender,

Para Bodernave (1993), a problematização permite que

o aprendiz seja constantemente ativo, formulando perguntas, percepções e opiniões, a partir da observação da realidade com seus próprios olhos, nas quais os aprendizes estão inseridos, sendo motivados para a percepção dos problemas reais significativos e para a busca de soluções dos problemas (p.17).

Essa posição do educando durante o processo ensino/aprendizagem difere das pedagogias tradicionais, as quais considera o aluno como simplesmente um papel em branco ou receptor de informações passivo.

Ressalta-se que o propósito maior é preparar o educando para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo. Espera-se que ele aja

politicamente como cidadão e profissional e que seja agente social que participa da construção da história de seu tempo.

4.2. Estruturação do Curso Introdutório

O Curso possui carga horária de 48 horas e é desenvolvido em dois finais de semana (de quinta a sábado). Foi dividido didaticamente em duas etapas. A primeira aborda, através de vivência dos participantes, os conceitos de saúde, indivíduo, educação em saúde, família, trabalho em equipe e participação popular. Durante o período de dispersão, os treinandos têm como atividade desenvolver uma estratégia de educação permanente da equipe.

A segunda etapa instrumentaliza e apresenta ferramentas essenciais para a Saúde da Família, abordando os conteúdos referentes à Política de Saúde, Estratégia da Saúde da Família, Planejamento: conhecendo a comunidade (território, cadastramento, sistema de informação, planejamento).

A equipe tem como atividade final à realização de um “Diagnóstico de Saúde”, seguido de um roteiro (instrumento criado para o C.I), que resgata toda a discussão do curso.

A Avaliação e a supervisão desse diagnóstico fica sob a responsabilidade das coordenações municipais e regionais do PSF.

Quadro 1 - Objetivos Temáticos do Curso Introdutório para Saúde da Família

1ª etapa

Conteúdo	Objetivo
Conceito de Saúde – 4 horas	Construir um conceito ampliado de saúde resgatando determinantes deste processo.
Educação em Saúde – 4 horas	Instrumentalizar as equipes para o desenvolvimento da educação em saúde, através de uma prática que busque a participação, a troca, o respeito, a vivência da população.
Indivíduo – 4 horas	Refletir sobre o indivíduo e suas vivências
Família – 4 horas	Refletir sobre os diversos arranjos familiares e trabalhar os preconceitos.
Trabalho em equipe – 4 horas	Sensibilizar a equipe para o trabalho interdisciplinar visando a ação integral.
Participação Popular – 4 horas	Sensibilizar as equipes sobre a importância da participação popular na saúde, como fator fundamental no processo de transformação de sua prática.

2ª etapa

Conteúdos	Objetivo
Política de Saúde e Modelos Assistenciais – 4 horas	Conhecer e refletir sobre a história recente da política de saúde no Brasil, para situar-se no contexto do seu trabalho. Refletir sobre os modelos assistenciais, focalizando a Atenção Primária à Saúde
SUS Municipal e Saúde da Família – 4 horas	Compreender os princípios e diretrizes básicas da Saúde da Família no âmbito do SUS
Planejamento: Conhecendo a Comunidade - 4 horas	Conhecer a realidade local (diagnóstico da comunidade), através do mapeamento da área de atuação da ESF e do cadastramento das famílias. Discutir o processo de territorialização como instrumento fundamental na construção do diagnóstico de saúde e, conseqüentemente, no planejamento das ações mais próximas à realidade da população na qual estão inseridas as equipes. Sensibilizar os participantes para a importância do cadastro de famílias como um instrumento de diagnóstico/planejamento para definir as ações da equipe e conhecer a comunidade.
Planejamento: Sistemas de Informação – 4 horas	Apresentar os diversos sistemas de informação, sensibilizar e refletir sobre a importância dos indicadores como instrumento para o planejamento e avaliação das ações a serem desenvolvidas.
Planejamento: Estratégias de Ação – 8 horas	Sensibilizar e instrumentalizar os participantes sobre a importância do planejamento e a utilização de instrumentos de planejamento na lógica do Programa Avançado de Gerência em Atenção Primária a Saúde – PAG/APS.

Após a construção desse novo desenho do Curso Introdutório, ele já foi realizado nas onze DRS totalizando cinquenta e cinco cursos para profissionais e alunos dos cursos de graduação da área de saúde da UFJF, conforme quadro a seguir.

Vale ressaltar que o Pólo da UFJF, a partir do ano de 2001, foi identificado como referência para a região norte do país com relação ao C.I. Isso aconteceu devido à preocupação do Ministério da Saúde – MS com a qualidade da implantação de Pólos no país. A estratégia utilizada foi impulsionar o intercâmbio entre os Pólos estruturados e

os “novos” (que estavam se estruturando), com o objetivo de auxiliar nessa implantação e troca de experiência.

O Pólo da UFJF, já formou multiplicadores do Curso Introdutório nos Pólos do Amapá (2001), Acre e Roraima (2002), totalizando setenta e um profissionais.

Quadro 2 – Total de Cursos Introdutórios ministrados pelo Pólo de Capacitação da UFJF, relacionando o total de profissionais e alunos capacitados e de municípios atendidos, no período de 2000 a 2002.

Ano	Total de CI	Nº capacitados	Total de municípios atendidos
2000	08	292	28
2001	25	1.450	95
2002	22	1.241	56
TOTAL	55	2882	179

Fonte: IEC/NATES-UFJF, 2002

Considerando que todos os integrantes da equipe de Saúde da Família fazem parte do processo de trabalho em saúde e que, para a viabilização da Saúde da Família e conseqüentemente do SUS, existe a necessidade de que todos os trabalhadores de saúde respondam satisfatoriamente aos problemas de saúde. Portanto, o C.I. é realizado para todos os profissionais que compõem a equipe.

O critério adotado pelo Pólo de oferecimento dos cursos acontece em reunião do comitê da Saúde da Família, onde os representantes das DRS apresentam suas necessidades e a coordenação do Pólo, de acordo com a verba disponível, distribui os cursos para as DRS, conforme o número de equipes a serem capacitadas.

Os cursos são realizados descentralizados, ou seja, no município sede da DRS ou em municípios o mais próximo possível das equipes, evitando grandes deslocamentos das mesmas.

É feito um cronograma dos cursos a serem realizados pela coordenação do C.I; onde não existe um facilitador do C.I. são deslocados facilitadores do Pólo da UFJF que, além de realizarem o C.I., fazem acompanhamento, avaliação e formação de multiplicadores para essa DRS.

Como a meta do Pólo é a descentralização do C.I. para que o processo de capacitação aconteça mais rápido, devido à velocidade de implantação das equipes, o

Pólo possui um processo de formação de multiplicadores do C.I. Ele acontece em três etapas.

A primeira é a de sensibilização dos futuros multiplicadores na metodologia da problematização, com carga horária de vinte e oito horas.

A segunda é a realização do C.I. onde se dará a discussão de todo o manual e do estudo dos textos de apoio, totalizando trinta e seis horas.

A terceira, o futuro multiplicador acompanha, na função de monitor, um ou mais C.I. com facilitadores mais experientes, onde são preenchidas avaliações pelos facilitadores experientes, sobre o desempenho do mesmo durante os cursos. Essas avaliações são analisadas pela coordenação do C.I. do Pólo. Os cursos que os monitores acompanham são aqueles realizados na sua DRS de origem. Só será facilitador quando tiver domínio do conteúdo, do entendimento do roteiro de cada tema e da metodologia de ensino.

Cada C.I. é formado por um grupo de sessenta participantes, que são subdivididos em turmas de vinte profissionais (em média, duas equipes completas) para dois facilitadores.

5. Metodologia do estudo

Este estudo é de natureza quanti-qualitativa. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, consolidado nas avaliações finais preenchidas pelos participantes dos C.I., no período de 2000 a agosto de 2002, totalizando 55 cursos e 2.882 pessoas capacitadas. Foi selecionada nesta avaliação a pergunta: “Qual a sua opinião sobre as técnicas de ensino utilizadas?”

A pergunta selecionada foi escolhida porque, durante as análises das avaliações preenchidas pelos participantes, observou-se que muitos faziam menções sobre a metodologia do ensino.

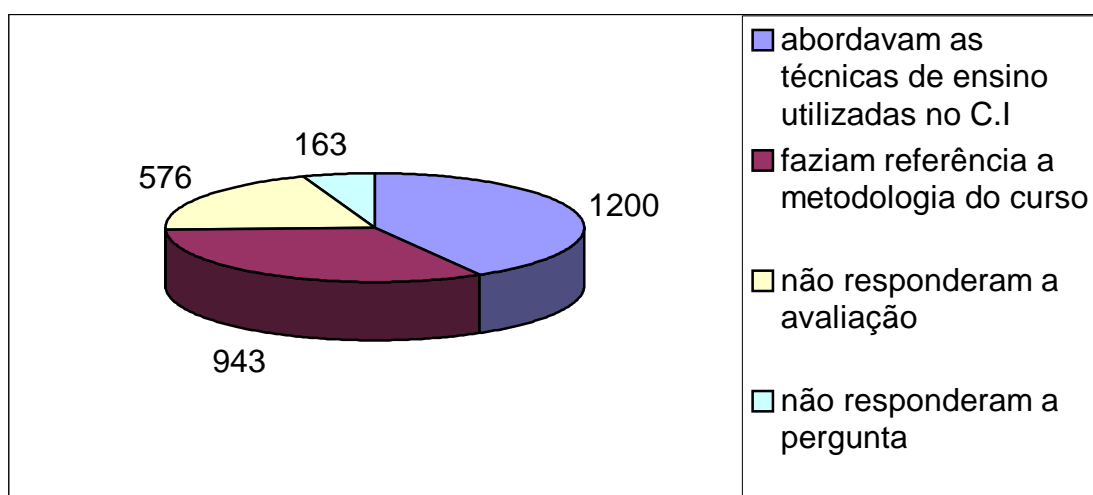
Na análise documental, procurou-se resgatar os documentos históricos de criação do Pólo, os relatórios de avaliação encaminhados aos M.S. para prestação de contas e a história da criação e reestruturação do C.I.

O sujeitos do estudo foram os profissionais das equipes de Saúde da Família e os alunos dos cursos de graduação da área da saúde da UFJF, que participaram do C.I. do Pólo da UFJF.

6. Resultados

Dos dois mil oitocentos e oitenta e dois participantes dos C.I. verificou-se que quinhentos e setenta e seis participantes não responderam a avaliação. Do total de duas mil trezentos e seis avaliações respondidas, novecentos e quarenta e três faziam referência à metodologia do curso; mil e duzentas avaliações abordavam as técnicas de ensino utilizadas no C.I. e cento e sessenta e três não responderam a pergunta.

Gráfico 3: Resultado da Análise do Consolidado das Avaliações do C.I.



Ao se analisar os dados das avaliações dos dois mil trezentos e seis participantes dos C.I., foram consideradas apenas as respostas que referiam à metodologia totalizando novecentos e quarenta e três. Pode-se observar que a maioria das respostas é feita por uma frase ou por uma única palavra, em que exprimem as percepções, as sensações e sentimentos vivenciados durante os C.I.

Procurou-se organizar a análise dos dados separando inicialmente, as opiniões positivas e “contrárias” à metodologia, para se ter uma visão geral dos dados apresentados e, conseqüentemente, fazer uma avaliação inicial do conteúdo das mesmas, aonde se chegou à conclusão que, do universo pesquisado, somente vinte e uma eram “contrárias”.

As variáveis emergiram das opiniões dos participantes do C.I., cujas respostas ou frases puderam ser resumidas em uma palavra chave e categorizadas em seis grupos.

Observou-se que as palavras com as quais os participantes expressaram sua opinião refletem a vivência dos participantes na metodologia e o primeiro contato com

a mesma. Para cada categoria procurou-se fazer uma análise segundo o referencial teórico adotado nesse estudo: Bordenave (1993), Freire (1996) e Berbel (1998).

A primeira categoria aborda a “suficiência da metodologia” ao C.I. para os participantes representada pelas palavras: *ótima, excelente, muito boa, boa, proveitosa e satisfatória*, demonstrando que a problematização se adequa ao C.I., mas também ao trabalho e ao estudo, totalizando seiscentos e setenta e três percepções.

Essa adequação é afirmada pelos participantes quando relatam que: “*pode ser usada na comunidade*” (2); “*pode ser usada no trabalho*” (05). Segundo Berbel (1998) a metodologia pode e deve ser aplicada em qualquer assunto relacionado com a vida em sociedade, não só no trabalho, mas também no estudo e ensino. “*Incentivam a melhorar a prática*” (01), isso acontece através das reflexões da própria prática dos participantes.

“*Facilitou a aprendizagem*”(13), acredita-se que o método proporcione a facilitação da aprendizagem, pois os participantes são motivados a produzirem os seus conhecimentos para a solução dos problemas.

Pode-se dizer que a positividade do grupo de palavras dessa categoria está relacionada ao fato de que a metodologia se baseia na solução de problemas observados dentro do contexto sócio-econômico-político e cultural em que se encontram, portanto as soluções surgem das próprias pessoas que vivenciam os problemas tornando a metodologia suficiente.

A segunda categoria reflete o “método da problematização” através das palavras: *objetiva, clara, eficiente, organizada*, totalizando sessenta e uma percepções.

Ao contrário do que muitas pessoas pensam, a metodologia possui uma rigorosidade metódica, sem a qual os educandos ficariam perdidos no processo. O objeto do conhecimento parte do real e percorrerá etapas organizadas onde se promoverá a reflexão crítica do educando sobre o objeto de estudo e se traçará durante o percurso o objetivo.

Quando se refere à rigorosidade metódica, não se quer dar a impressão de etapas estanques e fechadas, pois às vezes, durante as etapas de observação, reflexão e a investigação de um conteúdo, podem surgir necessidades de estudar e pesquisar outros assuntos que explicam ou fazem parte da solução do problema que se está estudando.

Vale ressaltar que o método é o caminho que o facilitador utilizará, porém a mudança que se espera no aluno e na realidade social que está inserido não é garantida pelo simples fato de se utilizar o método. Isso só acontecerá se associarmos o método mais o embasamento teórico que sustentam essa pedagogia.

Durante a análise dessa categoria, sobressaíram as percepções de alguns participantes como:

TM “*a metodologia é concreta*” (01); “*parte de nossa realidade*” (01); “*de fácil entendimento*” (02), ratificando a importância de se partir das experiências e vivências dos participantes, pois trazem suas realidades para o grupo. Na metodologia, partimos da realidade e para ela retornamos, tornando o processo ensino/aprendizagem mais compreensível;

TM “*busca soluções para a nossa realidade*” (02), procura a solução para os problemas dentro do contexto sócio-econômico-político e cultural da realidade a qual se observou o problema;

TM “*não saímos com dúvidas*” (01), ao seguir a proposta metodológica, as dúvidas vão sendo sanadas à medida que aparecem pelo próprio grupo de educandos. Alguns aspectos são relevantes ao se sanar as dúvidas como: o interesse, a motivação, a importância.

A terceira categoria demonstra a “essência da metodologia” que totalizou setenta percepções, através das palavras: *participativa*, *construtiva*, *instrutiva*, *reflexiva*, quando explica que o conhecimento será construído pelos educandos, facilitadores e outras pessoas envolvidas com o problema identificado na realidade em que os educandos estão inseridos e que também farão parte do processo de ensino/aprendizagem. Portanto, a construção do conhecimento é *participativa* e *instrutiva*.

Os relatos registrados dos participantes justificam essa categoria de análise:

TM “*permite a participação de todos*” (07), todos os participantes devem dar a sua opinião, o facilitador do processo ensino/aprendizagem tem papel fundamental na estimulação do grupo. Verifica-se que, quanto mais heterogêneo o grupo, mais rico se tornam as discussões e a produção do conteúdo devido a troca de experiências;

TM “*permite o trabalho em equipe*” (03), a construção do conhecimento é coletiva, aproxima as pessoas em prol da resolução dos problemas;

™ “*construção coletiva do conhecimento*” (01), é uma das diferenças entre os demais métodos de ensino/aprendizagem. Nela, o conteúdo é construído por todos que estão no grupo de discussão e os envolvidos na resolução do problema. Na metodologia da transmissão, por exemplo, a construção é solitária;

™ “*ajudou na integração do grupo*” (02), a metodologia promove aproximação das pessoas e a integração a partir da troca de experiências e da construção coletiva do conhecimento;

™ “*estimula a reflexão*” (04), permite que reflitamos a nossa postura para uma atuação transformadora. A reflexão está presente em todas as etapas do método;

™ “*na simplicidade aprendemos a comunicar através do diálogo e da troca de experiência e sentimentos*” (02), a metodologia permite a troca de experiência mesmo que seja a de vida, incentivando a comunicação e o diálogo ao contrário da metodologia da transmissão;

™ “*liberdade de se expressar*” (01), o grupo é livre para se expressar, o certo ou errado é refletido e discutido;

™ “*desenvolve conhecimento através da vivência e experiência*” (03), parte da observação da realidade através de vivência e da experiência que os participantes trazem de sua prática e para a realidade retornam com as possíveis soluções;

™ “*se adequa aos diferentes grupos*” (01), utiliza o diálogo, a comunicação não necessita de homogeneidade nas características dos participantes. Quanto mais heterogêneo o grupo, mais rico se torna a troca de experiência e mais interessantes são as discussões.

A quarta categoria demonstra “como acontece o processo do ensino/aprendizagem”, totalizando cento e onze percepções. Por ser dinâmico o processo e por instigar no educando a curiosidade, a criticidade, a investigação, a busca da solução para o problema, a metodologia torna-se *estimulante*. É *dinâmica e criativa*, porque os educandos não recebem passivamente o conhecimento e são estimulados a construí-lo, bem como a solucionarem os problemas dentro do contexto sócio-econômico e político, exigindo do educando a *criatividade*.

Apesar de não ser uma metodologia “nova” como é referendada por muitos educandos, no nosso contexto de ensino/serviço ela vem sendo utilizada a partir dos

anos 80, o que faz com que várias pessoas venham a conhecer a metodologia somente agora no C.I.

As palavras *descontraída*, *inovadora*, *interessante* podem ser explicadas em decorrência da experiência vivenciada de aprendizagem baseada na transmissão de conteúdo, onde as dúvidas eram levadas para a casa para serem resolvidas, o conhecimento se dava de forma vertical (professor repassava para o aluno o conhecimento que possuía e ele memorizava sem questionamento). O ato do aprender era individual, solitário, introvertido, ao contrário do que se preconiza na problematização.

A quinta categoria está relacionada à “logística para a aplicabilidade da metodologia”, totalizando sete percepções:

™ “*exige facilitador experiente para desenvolvê-la*” (04), o facilitador tem que ser capacitado e ter internalizado a ideologia e as propostas da metodologia;

™ “*não necessita de recursos caros para aplicá-la*” (02), não necessita de grandes investimentos, mas são necessários pelo menos que os facilitadores sejam capacitados na metodologia, vontade de inovar para transformar, salas adequadas com número de alunos suficientes (dez por facilitador) para o desenvolvimento da metodologia. O material de consumo, como equipamentos e biblioteca, normalmente são encontrados em escolas e podem ser adaptados para o uso da metodologia;

™ “*não utiliza palestra*” (01), na problematização não existe proibição quanto ao uso de palestras, desde que esta seja antecedida pelas demais etapas do processo. Há momentos e assuntos em que existe a necessidade de se teorizar com palestras para enriquecer a construção dos conteúdos. O uso da problematização não inviabiliza a utilização das outras metodologias de ensino.

A sexta categoria refere-se as “percepções contrárias” à metodologia; apesar de poucas (vinte e uma), verificou-se que estavam relacionadas ao fato de ser para muitos uma metodologia “nova”. Portanto, fazem parte da resistência natural às mudanças. Fica bem característico quando os participantes se referem à metodologia relatando “*prefiro aula expositiva*”. Além disso, aula expositiva não exige a participação ativa do aluno.

As palavras *chata* e *cansativa* nas metodologias problematizadoras, para Freire (1998), se referem ao acompanhamento das idas e vindas do pensamento do aluno na

construção do conhecimento. Relata ainda, que a aula é um desafio e não uma *cantiga de ninar*, portanto os alunos cansam e não dormem. Outro ponto que pode ser refletido é que os educandos não recebem nada pronto, tudo é construído exigindo sua participação durante todo o processo de ensino/aprendizagem.

A experiência de anos no modelo tradicional de ensino/aprendizagem no qual o educando esteve solitário recebendo e procurando informações para o seu aprendizado, fez com que ele, diante de um grupo de educandos que pretende construir coletivamente o conhecimento, prefira fazer sua tarefa individual e solitária, como aparece no relato do participante do C.I. “*não gosto de dinâmica de grupo*”.

Outra situação observada é com relação às opiniões dos participantes quando relatam ser a metodologia *complicada, pouco prática e que a heterogeneidade do grupo dificultou a fala e a compreensão*. Verifica-se que quanto mais cristalizados somos pelo modelo de ensino tradicional, mais difícil se torna falar, aceitar e ouvir opiniões do outro. Fomos formados para permanecermos quietos e aceitar sem argumentar o que o outro diz.

No C.I. os participantes devem dar e emitir opiniões, pois toda a abordagem do curso inicia-se com a vivência dos participantes. Em algumas situações pode acontecer do processo se tornar complicado se o facilitador do C.I. não intervém adequadamente nas discussões e reflexões, orientando adequadamente as mesmas. Para que isso não ocorra, o facilitador deve não só estar capacitado quanto à metodologia, mas também ter internalizadas as mudanças que a mesma proporciona quando se conhece e entende a metodologia. Por isso é tida também como uma metodologia para ser aplicada no nosso dia-dia, na nossa vida, pois exige da pessoa que a aplica postura igual perante a vida (relações mais igualitárias, abertura, flexibilidade, saber ouvir, aceitar o outro como ele é, respeitar o ritmo de cada pessoa, entre outras). Pode-se inferir que o processo de internalização, na maioria das vezes, é lento, pois implica em mudança de visão de mundo.

Durante a realização do C.I., como já relatado, o conhecimento vai sendo construído a partir das vivências das pessoas. Muitos são os relatos dos participantes dos C.I. em que uma das autoras desse estudo participou como facilitadora, e ouviu dos mesmos que conheceram seus parceiros de equipe da Saúde da Família ali no curso. Há momentos no C.I. que as pessoas se colocam e falam de si, com naturalidade refletem

suas posturas, se tocam nas dinâmicas. No dia-dia de trabalho as equipes, talvez imbuídas com as atividades a serem desenvolvidas, não se percebem enquanto indivíduos, não percebem o outro como ele é e/ou não tem tempo para parar, conversar e conhecer os colegas da equipe. A palavra *constrangedora* pode estar ligada às situações acima descritas.

7. Considerações Finais

As esperanças foram renovadas com a mudança na política do país, em especial na Saúde da Família, com a proposta de ampliação do número de equipes, objetivando levar saúde as famílias brasileiras.

Isso ratifica a necessidade de investimento na capacitação dos profissionais já inseridos no processo de trabalho, como também nos cursos de graduação na área de saúde, justificando a preocupação do Pólo da UFJF/NATES em oferecer cursos que promovam a qualificação destes sujeitos com aprendizagem significativa. Para tanto, o Pólo vem trabalhando em projetos e cursos como o C.I. com pedagogias ativas auxiliando no processo de mudança do modelo assistencial.

O estudo apontou para a adequação e suficiência da metodologia da problematização ao C.I., a qual favorece o aprendizado, é criativa e envolve o grupo como um todo na construção dos conhecimentos, através do diálogo e de troca de experiências e sentimentos. É uma forma fácil e “nova” para se trabalhar com a comunidade.

Acredita-se na superioridade da metodologia da problematização, pois promove o crescimento integral do educando aguçando a sua capacidade de pensar, raciocinar, refletir, comunicar, cooperar, de trabalhar em equipe e principalmente de criar compromisso e responsabilidade, na medida que tenta solucionar o problema inserido em seu contexto real.

Se fizermos uma comparação com a proposta da Saúde da Família, verifica-se que o que se espera dos profissionais das equipes é o perfil traçado acima, que possam ser sujeitos de ações transformadoras, por isso, necessita-se de profissionais resolutivos e críticos, que possam avaliar e refletir a sua prática para se alcançar as mudanças desejáveis e pretendidas na Saúde da Família. Portanto, a metodologia da

problematização é uma ferramenta importante na formação do profissional para a Saúde da Família, desde que utilizada adequadamente.

Pode-se inferir que o Pólo da Saúde da Família da UFJF/NATES foi ousado em utilizar a problematização no C.I., por acreditar que o indivíduo é responsável pelo seu processo de aprendizagem e por sua transformação pessoal e contextual.

Acredita-se que a capacitação desses trabalhadores utilizando esta metodologia, seja uma das abordagens a serem utilizadas para a transformação das práticas profissionais em direção ao modelo assistencial proposto pela Saúde da Família em consonância com o do SUS. Considerando que todos os profissionais da equipe são agentes deste processo de mudança, a capacitação desses agentes deve ir além da simples auto-adaptação ao modelo e não deve reproduzir o modelo hegemônico, curativo, individual, centralizador. Eles devem refletir criticamente, construindo e reconstruindo sempre suas práticas, o que é oportunizado nesse curso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. X Conferência Nacional de Saúde - **Reafirmando princípios, propondo novas práticas**. Rio de Janeiro, n. 62, ano XVI Especial julh./set. 1996.

BERBEL, N. A. N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 2, n. 2, fevereiro, 1998. 139-154.

BODERNAVE, J. D. Alguns fatores pedagógicos. In: PERU, Ministerio de Salud –. **Modulo de Educacion Permanente en Salud**. 2 ed., Lima: Escuela Nacional de Salud Publica, 1993.

BODERNAVE, J. D. e PEREIRA, A. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 4 ed., Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Relatório da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Cadernos Recursos Humanos Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, v.1, n. 1, p. 141 – 183, 1993.

_____. Relatório Final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. **Cadernos de Recursos Humanos Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, v.2, n. 1, 1993.

_____. Agenda de prioridades para a política de recursos humanos para o SUS. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Recursos Humanos para o SUS. Disponível na internet: <via rhsus@saude.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 1999.

_____. A implantação de uma unidade de Saúde da Família. **Cadernos da Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica, v. 1, 2000.

_____. Reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica, 2000.

_____. **Reunião com os Pólos de Capacitação em Saúde da Família**. Caminhos para a mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003.

_____. **Projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família (PROESF)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2003.

CARVALHO, M. R. D. Modelos Assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: RELUME – DUMARA, 1933, p.117 – 136.

COELHO, I. M. Diretrizes curriculares e ensino de graduação. **Revista Estudos**, n. 22, abr. 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 9 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. p. 165.

HADDAD, J. et al. Processo de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. **Educacion Médica y Salud**, v. 24, n. 2, p. 136- 204, abr./jun. 1990.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

MACHADO DE SOUZA, M. H. Estratégias para a organização da Atenção Básica no Brasil. Reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas Públicas, 2000.

NEGRI, B. Atenção básica: financiamento, descentralização e equidade. Reunião técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

NETO, M. M. da C. (Org.). A implantação da unidade de Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, caderno 1, 2000.

PAIM, J. S. **Recursos humanos e saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: USP, 1994.

_____ e ALMEIDA, N. F. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, agosto 1998.

PERU. Ministerio de Salud –. **Modulo de Educacion Permanente en Salud**. 2 ed., Lima: Escuela Nacional de Salud Publica, 1993.

SANTANA, J. P. et al. Recursos humanos em saúde: reptos atuais. **Cadernos da IXª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. p. 103.

_____(Org). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: UFRN, 1999.

_____. Recursos humanos: desafios para os gestores do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 14, p. 33- 36, 1996.

SANTOS, I. e CHRISTÓFARO, M. A. C. Formação do trabalhador da área de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 14, p. 48- 52, 1996.

SÓRIO, R. E. da R. Educação e trabalho em saúde: perspectivas de debate sob marcos legais da educação profissional. IN: SANTANA, J. P. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: UFRN, 1999.

SOUZA, A. M. de A. et al. **Processo educativo nos serviços de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan- Americana de Saúde - OPS, 1991.

UFJF/NATES. **Estratégia de Saúde da Família: Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF/NATES, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família do Sudeste e Sul de Minas Gerais, 2003.

Autoras:

1. Beatriz Francisco Farah

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, Mestre em Enfermagem, doutoranda em Saúde Coletiva do IMS/UERJ, membro da equipe técnica do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde - NATES/UFJF.

Endereço: NATES/UFJF Campus Universitário – Bairro Martelos CEP:36016-970

E-mail: biafarah@nates.ufjf.br

2. Regina Célia Pierantoni

Médica, docente da Pós-graduação do Instituto de Medicina Social/UERJ, doutora e orientadora

Submissão: setembro de 2003 Aprovação: novembro de 2003
--

Notas:

1. Saúde Coletiva, segundo Carvalho (1993), é o conjunto mais geral de ações dirigidas às populações, ao meio ambiente e à sociedade englobando todos os tipos de assistência à saúde - *lato sensu* – com base nas necessidades de saúde das populações. Sugere direitos, situações históricas, condições de vida, crítica à idéia de que o indivíduo é o único responsável por sua saúde/doença. Incorpora as ciências sociais ao estudo dos fenômenos saúde/doença, prestação de serviços à população (p.135).

2. A pesquisa nacional referenciada é do Ministério da Saúde coordenada por Machado (2000) intitulada: “Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil”.

i

i