

# Projeto Pedagógico do Mestrado Profissional em Saúde da Família/PROFSAÚDE

**Rio de Janeiro  
2019**



***Coordenação Executiva Nacional Profsaúde***

Luiz Augusto Facchini - ABRASCO

Cristina Guilam – FIOCRUZ

***Elaboração Projeto Pedagógico:***

Ana Claudia Fassa (UFPEL)

Carla Pacheco Teixeira (FIOCRUZ)

Elizabeth Fassa (UFPEL)

Maria Eugênia Pinto (UFCSPA) e SBMFC

Marcia Costa (UFCSPA)

Maria de Fátima Antero (URCA/FIOCRUZ))

## Sumário

<b>1. Apresentação .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Concepção do curso .....</b>	<b>7</b>
2.1 Justificativa .....	7
2.2 Objetivos .....	10
2.3 Concepção pedagógica.....	10
2.4 Perfil do aluno .....	16
2.5 Perfil do egresso .....	16
<b>3. Organização curricular do curso.....</b>	<b>17</b>
3.1 Organização dos Eixos e Linhas de Pesquisa do Curso .....	17
3.2 Modalidade do Curso .....	18
3.3 Matriz Curricular a partir de Competências.....	20
<b>4. Organização metodológica do processo de aprendizagem .....</b>	<b>23</b>
4.1 Estratégias pedagógicas e avaliação .....	23
4.2 Trabalho de conclusão de curso .....	28
4.3 Papel dos atores .....	29
<b>Referências .....</b>	<b>31</b>

## 1. Apresentação

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é uma proposta de curso em rede nacional constituída por 20 instituições de ensino lideradas pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) e que conta com a retaguarda do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), instituição que tem por finalidade atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do desenvolvimento da modalidade de educação a distância na área da saúde. A proposta foi apresentada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e é apoiada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

Considerando que a Constituição Federal de 1988 (art.200 inc.III) e a Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/1990 (art.6 inc.III) determinam que o Sistema Único de Saúde é o ordenador da formação dos profissionais da área, este Curso tem a finalidade de atender a necessidade de formação de profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Atenção Básica (AB) nos diversos municípios brasileiros, preparando-os para atuarem como docentes nas pós-graduações e graduações da área de saúde e como preceptores na ESF e nas residências multiprofissionais e médicas, com ênfase naquelas da área de saúde coletiva, promovendo profunda integração ensino-serviço, fortalecendo a rede de serviços do SUS e afirmando o seu papel como campo de práticas formativas.

Alinhado à nova Política Nacional de Atenção Básica (2011) na busca da superação de obstáculos estruturais e consolidação da Estratégia de Saúde da Família como política pública efetiva e prioritária na Atenção Primária à Saúde e na busca da reafirmação dos valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade,

descentralização e participação social, o Curso pretende fomentar parcerias entre instituições acadêmicas e gestores da saúde pública para a produção de novos conhecimentos e inovações para a APS, considerando as diversidades regionais e locais e as realidades socioeconômicas e sanitárias.

O presente projeto tomou como base experiências anteriores, como os Mestrados Profissionais de Saúde da Família da Rede Nordeste (RENASF), da ENSP/Fiocruz e da Fiocruz Mato Grosso do Sul/UFMS, e os cursos de especialização da Rede UNA-SUS, em especial os da Universidade Federal de Pelotas/UFPEL e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre/UFCSPA.

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação são instituições demandantes e financiadoras deste Mestrado Profissional em Saúde da Família, o qual possui como instituições certificadoras:

1. Escola Superior de Ciência da Saúde (ESCS);
2. Fiocruz Amazonas (Fiocruz-AM);
3. Fiocruz Brasília (Fiocruz);
4. Fiocruz Ceará (Fiocruz);
5. Fiocruz Mato Grosso Sul (Fiocruz);
6. Fiocruz Pernambuco (Fiocruz);
7. Fiocruz RJ (Fiocruz);
8. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ);
9. Universidade Estadual do Amazonas (UEA);
10. Universidade Estadual Paulista (UNESP);
11. Universidade Federal de Alagoas (UFAL);
12. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA);
13. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF);
14. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP);

15. Universidade Federal de Pelotas (UFPEL);
16. Universidade Federal de Rondônia (UNIR);
17. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
18. Universidade Federal de Uberlândia (UFU);
19. Universidade Federal do Maranhão (UFMA);
20. Universidade Federal do Paraíba (UFPB);
21. Universidade Federal do Paraná (UFP);
22. Universidade Federal do Piauí (UFPI);
23. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB);
24. Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB);
25. Universidade Federal Fluminense (UFF);

## 2. Concepção do curso

### 2.1 Justificativa

A Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2011<sup>1</sup> aponta este nível de atenção como estruturante do sistema de saúde, sendo sua principal porta de entrada e ordenador das redes de atenção, visando a equidade, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. Reconhecendo as crescentes evidências da maior adequação, desempenho e efetividade da Estratégia de Saúde da Família em comparação com o modelo tradicional<sup>2-5</sup>, reafirma-se a ESF como o modelo de atenção a ser gradualmente implementado no SUS.

A partir de 1996, com a regulamentação da Norma Operacional Básica, que disciplina o repasse direto de recursos do Ministério da Saúde para as secretarias municipais de saúde com base no tamanho da população e não nos procedimentos realizados, os serviços de ESF vêm sofrendo forte expansão, porém com continuada dificuldade de completar as equipes, em especial em áreas de baixo desenvolvimento humano e alta vulnerabilidade social, pela carência de profissionais médicos. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil tinha, em 2011, 1,8 médicos / 1000 habitantes, proporção inferior a outros países que contam com um sistema universal de saúde, como o Reino Unido, que tem 2,7 médicos/1000 habitantes, ou países com nível de desenvolvimento semelhante, como a Argentina, que conta com 3,2 médicos / 1000 habitantes. Esta carência de médicos ocorria em todas as regiões do país. Cinco estados tinham menos de 1 médico /1000 habitantes (AC, AP, MA, PA, PI), somente quatro estados (RJ, SP, RS, ES) e o DF tinham mais do que 2 médicos / 1000 habitantes e 700 municípios brasileiros não contavam com um médico residente<sup>6,7</sup>.

Apesar da ampliação do acesso à ESF para mais de 40.000 equipes cobrindo mais de 60% da população (Portal da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Histórico de Cobertura da Saúde da Família, acessado em 15/03/2016) e do melhor desempenho da ESF em relação ao modelo tradicional, estudos apontam problemas na qualidade da atenção à saúde<sup>2,8-10</sup>.

Em 2005, o número de vagas nas especializações ou residências correspondiam a apenas 7% do número de equipes de ESF<sup>11</sup>, resultando em importante limitação de acesso dos profissionais de saúde à formação específica.

Várias iniciativas foram tomadas para reverter este quadro. Foi criada a rede UNASUS para ofertar especialização em larga escala para os profissionais inseridos na ESF e foi criado o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) buscando estimular que profissionais médicos brasileiros passassem a atuar em áreas remotas e de difícil provimento. Além disso, como estas iniciativas não eram capazes de prover médicos em quantidade suficiente para atender a população, a Presidência da República editou a Medida Provisória 621/2013, posteriormente convertida pelo Congresso Nacional na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que institui o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Este Programa visa ampliar o número de vagas nas escolas médicas; ampliar as vagas de residência médica priorizando regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante; estabelecer novos parâmetros para a formação médica no país e promover, nas regiões prioritárias do SUS, o aperfeiçoamento de médicos na área de atenção básica em saúde, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional (Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013).

As iniciativas de oferta de formação na área da atenção básica evidenciaram a carência de educadores médicos com foco neste nível de atenção. Conforme dados

do cadastro de orientadores no webportfolio da Plataforma Arouca, entre 1.433 supervisores já mobilizados para o Projeto Mais Médicos para o Brasil, apenas 115 têm doutorado e 195 têm mestrado. Isto indica que o número de profissionais titulados é insuficiente para atender a ampliação das escolas médicas e a universalização da residência médica, considerando que o primeiro ano de todas as residências deverá focar a atenção básica, bem como para preceptoria e supervisão de médicos em atividades que integram ensino-serviço na área de atenção básica em saúde, incluindo os intercambistas internacionais.

O Mestrado Profissional em Saúde da Família é uma estratégia para formar os profissionais necessários para atender a expansão da graduação e pós-graduação, bem como, a educação permanente de profissionais de saúde, apoiando a consolidação do modelo da Estratégia de Saúde da Família mediante o fortalecimento de conhecimentos relacionados à atenção primária em saúde, à gestão em saúde e à educação.

Em relação a atenção primária em saúde, a proposta pedagógica do Curso toma como desafio avançar na superação da concepção biomédica centrada fortemente na doença, frequentemente fragmentada e com uma perspectiva restrita de identidade profissional, substituindo-a pela concepção da atenção ao indivíduo enquanto sujeito social inserido no contexto das suas relações, tendo como premissa que o adequado cuidado individual é inseparável da compreensão das dinâmicas coletivas<sup>12,13</sup>.

Em relação à educação em saúde, a proposta pedagógica toma como desafio avançar na superação da concepção da educação bancária, centrada no professor como narrador da realidade, transmissor de um conhecimento estático, substituindo-a pela concepção da educação enquanto processo dinâmico, construção social, centrada no sujeito da aprendizagem<sup>14,15</sup>.

A concepção pedagógica para atender a expectativa de formação de profissionais comprometidos com a ESF, que tem o usuário como sujeito do ato de cuidado, é justamente a que tem o estudante como sujeito de sua própria aprendizagem.

## 2.2 Objetivos

- Formar profissionais de saúde para exercerem atividades de atenção à saúde, docência e preceptoria, produção de conhecimento e gestão em Saúde da Família
- Fortalecer as atividades educacionais de atenção à saúde, produção do conhecimento e de gestão em Saúde da Família nas diversas regiões do país
- Articular elementos da educação, atenção, gestão e investigação no aprimoramento da ESF
- Estabelecer uma relação integradora entre o serviço, os trabalhadores, os estudantes da área de saúde e os usuários

## 2.3 Concepção pedagógica

A concepção pedagógica do PROFSAÚDE, buscando atender aos anseios de aprimoramento da atenção primária à saúde e do estabelecimento de novos parâmetros para a formação dos profissionais, procura presentificar conhecimentos que não são novos, mas que, no entanto, não são atuados na realidade. Em 1984, a Association of American Medical Colleges já afirmava que a ênfase na abordagem de informação intensiva na educação médica deveria ser deslocada para acomodar a aquisição e o desenvolvimento de habilidades, valores e atitudes através da integração de temas que harmonizassem ciências biomédicas, psicossociais e clínicas<sup>16</sup>.

Esta recomendação se relaciona ao conhecimento de que a memorização de fatos científicos descontextualizados, possíveis de serem relatados em um exame, não significa aprendizagem, não significa construção de uma competência capaz de ser mobilizada em situações reais<sup>16-18</sup>. Não há construção de conhecimento descolado da prática, a leitura de livros ou audição de palestras não substitui a prática, estas atividades podem servir para, mediadas pela reflexão, sistematizar o que foi vivenciado.

Além disso, com o vertiginoso avanço do conhecimento, seria impossível absorver durante um curso de qualquer nível, graduação, mestrado ou doutorado, todo o conhecimento existente em determinada área e muito menos todo conhecimento necessário ao exercício profissional ao longo da vida, pois novos conhecimentos são continuamente gerados<sup>16</sup>.

Assim, conclui-se que é fundamental o desenvolvimento da habilidade e do compromisso de aprender continuamente, ao longo de toda vida, tudo que for necessário para o bom exercício profissional<sup>16</sup>. O compromisso fundamental em educação, conforme os quatro pilares para educação ao longo da vida sistematizados no relatório Delors, UNESCO, 1996, é o desenvolvimento da competência para aprender a aprender fundamentada no aprender a ser e aprender a conviver para aprender a fazer<sup>19</sup>.

Cada vez há melhor compreensão do processo de aprendizagem, do aprender a aprender. Howard Gardner apresenta pesquisas que demonstram que mesmo estudantes que foram bem treinados e que exibem todos os sinais de sucesso – frequência contínua em boas escolas, notas altas e altos resultados em testes – tipicamente não apresentam um entendimento adequado dos materiais e conceitos que estudaram, muitas vezes mostrando-se incapazes de resolver problemas reais que se apresentam em forma ligeiramente diferente daquela em que lhes foram

apresentadas academicamente, ou seja, não demonstram a competência que seria esperada para o seu desenvolvimento acadêmico<sup>17</sup>. Isto ocorre porque, diante da situação real, o indivíduo mobiliza naturalmente aprendizagens construídas por vivência em detrimento dos conhecimentos acadêmicos.

A aprendizagem é fenômeno biológico, é constante na existência de todos os seres vivos, pois é essencial a vida. Ela é fortemente ancorada na memória, pois aprendemos pela comparação de situações novas com outras já vividas anteriormente<sup>20,21</sup>. A memória é extremamente maleável, enfatiza alguns aspectos e apaga outros para aproximar à vivência anterior da nova de modo a permitir a comparação. Se a nossa memória fosse fotográfica, nós não aprenderíamos, cada situação seria única. Ambas as vivências que estão sendo comparadas, em nível inconsciente e de forma extremamente rápida, precisam envolver o sujeito como um todo, precisam ser prenes de significado<sup>22,23</sup>. Situações absorvidas da literatura, do cinema, podem trazer aprendizagem bastante significativa, embora não sejam suficientes para construir competência. Um livro texto só traz aprendizagem quando, através da reflexão, o sujeito consegue “colar” o que leu à uma situação vivida e o livro texto é justamente a consolidação do conhecimento sistematizado pelo autor a partir das situações vividas por ele.

Perrenoud define competência como a

*“...capacidade de ação eficaz em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”<sup>18.p.4</sup>*

Esta capacidade de ação eficaz precisa da memória vivencial, flexível, que permite mobilizar recursos variados, é resultado de uma colagem da memória, muitas vezes de pequenos detalhes, de inúmeras situações vivenciadas mobilizadas de forma

inconsciente. Perrenoud exemplifica com a competência do profissional médico e conclui dizendo:

*“Nos casos em que a situação sair da rotina, o médico é exigido a fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se ao vivo, em função tanto de seu saber e de sua perícia quanto de sua visão da situação.”*  
18.p.5

O conjunto de processos mentais e atitudes postos em ação na situação são componentes de esquemas de funcionamento. Seria muito desgastante se tivéssemos que “reinventar a roda” a cada vez que fosse necessária, por isso os seres vivos, conforme vão se desenvolvendo, vão estruturando esquemas de funcionamento, constituídos por hábitos e correspondentes sinapses neurais, adequados para as diversas situações comuns da vida. Quanto mais rica a vida, quanto maior o número de situações semelhantes vividas, maior o número de esquemas disponíveis para aqueles tipos de situação e mais flexíveis, de modo a serem facilmente intercambiáveis<sup>24</sup>.

Este é o raciocínio clínico, impossível de ser completamente expresso em palavras, que envolve muita intuição (a qual depois é explicada/ratificada pelo conhecimento sistematizado), que depende do estabelecimento da relação médico-paciente, e que é aprendido inicialmente por imitação.

Justamente porque a aprendizagem inicial ocorre por imitação, é extremamente importante que o profissional que o estudante encontra em sua prática, que encontra no serviço, possa ser seu preceptor; isto quer dizer: seja modelo de boa prática, tanto em relação ao raciocínio clínico, como no que se refere à relação

estabelecida com o usuário, considerando-o como sujeito ativo, responsável pelas escolhas referentes à sua condição de saúde, pois o aprendiz inevitavelmente absorverá, além de conhecimentos e habilidades, valores e atitudes. A melhoria da atenção e da gestão do serviço pelo conhecimento e atitudes dos preceptores são exemplos de boas práticas fundamentais para a educação.

Estes conhecimentos que apontam a importância da prática, da vivência, da aprendizagem significativa, fundamentam a opção pelo formato de mestrado profissional e a concepção pedagógica do PROFSAÚDE. O Mestrado Profissional enfatiza a desejável parceria entre as instituições de ensino-pesquisa e o serviço, o fortalecimento de redes de saúde-escola, compreende os serviços de saúde como locais de produção de conhecimento e não apenas de geração de dados e reconhece a capacidade de reflexão crítica dos profissionais da atenção básica para mobilizar a consolidação do modelo da ESF.

A concepção pedagógica do PROFSAÚDE, caracterizada por ser centrada no sujeito de aprendizagem, respeitando sua autonomia e acolhendo a importante bagagem de conhecimentos e experiências que traz de sua vivência anterior, permite que se aproveite recursos do sujeito, que são poderosos para aprendizagem:

- envolvimento do desejo do aluno e compromisso para aprender -, sentimentos favorecidos por uma estreita relação pessoal e de admiração entre aluno e preceptor/ professor;
- reforço do desejo de aprender que vem do sucesso na aprendizagem - sentimento favorecido pela aprendizagem independente, pela confiança construída sobre escolhas que deram certo, pequenas, mas constantes realizações;
- curiosidade sobre as relações entre eventos, oportunizada pela observação e atizada pela dúvida sobre a explicação comumente aceita - estimula a criação de hipóteses que levam a mais observação, experimentação e eventualmente a busca por uma explicação didática;

- necessidade de repetição - desejo, confiança e curiosidade não resultam em nada se exercidos uma única vez ou em intervalos longos e raros, é necessário tempo para aprendizagem independente de modo a que o estudante repita pelo tempo que necessitar, mas a repetição deve ser espontânea; exercícios repetitivos impostos são desastrosos, repetição espontânea leva a maestria;
- busca de significado e necessidade de integração – é necessário juntar o conhecimento de muitas fontes para lidar com qualquer situação da realidade, portanto, a proposta pedagógica deve estar atenta para oportunizar vivências que mobilizem a busca por determinados conteúdos e, ao mesmo tempo, integrar e harmonizar conteúdos das diversas disciplinas em situações complexas<sup>16,25</sup>.

Como o enfoque centrado no sujeito da aprendizagem, a concepção pedagógica do PROFSAÚDE tem as seguintes características:

- valoriza a competência para aprender, considerando habilidades e atitudes que fundamentam aprendizagem e pensamento eficazes tão importantes quanto o conhecimento específico adquirido;
- valoriza a disponibilidade de tempo para aprendizagem independente, auto-dirigida e redução de exposição de informações didáticas, pois a independência para a aprendizagem é condição da aprendizagem centrada no sujeito, assim o tempo para aprendizagem independente deve ser maior do que o tempo preso à programação do professor;
- valoriza relações personalizadas e de longa duração estudante-professor, estudante-preceptor, estudante-estudante, profissional de saúde-usuário do serviço de saúde;
- propõe aprendizagem explicitamente comprometida com a realidade, com o SUS e, portanto, desenvolvida como reflexão sobre a prática; promovendo a integração entre o conhecimento que está sendo construído e o trabalho que está sendo desenvolvido junto à população;

- propõe interdisciplinaridade, pois a aprendizagem comprometida com a realidade, baseada na visão holística do ser humano e da aprendizagem, implica integração, já que a realidade não se apresenta como disciplinas estanques;
- enfatiza o desenvolvimento das competências docentes e o desenvolvimento do papel de professor de acordo com esta concepção<sup>16</sup>.

## **2.4 Perfil do aluno**

O Curso é direcionado a profissionais de saúde, em especial aqueles da atenção básica e Saúde da Família, com atuação e/ou interesse em docência/preceptoria.

## **2.5 Perfil do egresso**

Espera-se formar profissionais com capacidade de:

- realizar e coordenar atividades de docência e preceptoria
- ter compromisso de aprendizagem ao longo da vida
- desenvolver projeto de pesquisa e de intervenção
- produzir conhecimento no campo da Saúde da Família a partir da prática no serviço
- utilizar informações em saúde para tomada de decisão
- planejar, implementar, monitorar e avaliar as ações de saúde na ESF
- desenvolver atividades de promoção da saúde, reconhecendo saberes e práticas existentes no território
- realizar a gestão da clínica na APS
- atuar na APS, incorporando criticamente as políticas públicas de saúde como referenciais

### **3. Organização curricular do curso**

#### **3.1 Organização dos Eixos e Linhas de Pesquisa do Curso**

O desenho curricular do Curso contempla três eixos pedagógicos: atenção, educação e gestão e sete linhas de pesquisa:

1. Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis, que propõe estudar o cuidado às famílias, seus ciclos de vida e os respectivos instrumentos para abordagem familiar;
2. Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica, que propõe estudar o processo saúde-doença-cuidado, modelos tecnoassistenciais, clínica ampliada e dimensões da qualidade dos serviços;
3. Educação e saúde, que propõe estudar tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional;
4. Gestão e avaliação de serviços na Estratégia de Saúde da Família/atenção básica, que propõe desenvolver pesquisas que produzam evidências organizacionais com base em modelos de gestão e avaliação;
5. Informação e saúde, que propõe analisar as características e entraves à melhoria da qualidade das informações em saúde, o gerenciamento da informação e a tomada de decisões na APS;

6. Pesquisa clínica – interesse da atenção básica, que propõe estudar as bases operacionais da gestão da clínica - produção de evidências clínicas, linhas de cuidado, protocolos clínicos – e avaliação da tecnologia em saúde;
7. Vigilância em saúde, que propõe desenvolver pesquisas acerca das bases da vigilância e sua integração com a saúde da família e contextualizar as vigilâncias – epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador.

### 3.2 Modalidade do Curso

O Mestrado profissional em Saúde da Família terá duração mínima de 18 meses e máxima de 24 meses, com carga horária total de 960 horas. Serão 42 créditos distribuídos entre 32 créditos para as disciplinas obrigatórias (480 horas) e 10 créditos para disciplinas eletivas (150 horas) e 22 créditos para dissertação (330 horas).

As atividades didático-pedagógicas serão desenvolvidas pelas instituições da rede. Será exigido do aluno um mínimo de 75% (setenta e cinco por cento) de frequência nas atividades. A admissão será realizada por exame nacional conforme regimento do Curso e o candidato aprovado e classificado na seleção deverá efetuar sua matrícula na instituição da rede indicada, obedecendo aos prazos fixados no calendário desta instituição.

O PROFSAÚDE ocorrerá na modalidade semipresencial; do total de 960 horas, 832 horas serão desenvolvidas em trabalho on line e 128 horas em trabalho desenvolvido em encontro físico-presencial entre os participantes de cada uma das universidades, sendo portanto, muito maior a carga horária on line do que a presencial. São previstos oito encontros físico-presenciais; no primeiro e segundo semestres

ocorrerão três destes encontros em cada um e no terceiro e quarto semestres apenas um em cada um.

As atividades EaD serão desenvolvidas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) - Open Source Moodle (Modular Object Oriented Distance Learning - Objeto Modular Orientado ao Ensino a Distância), por ser um software livre de ambiente colaborativo de aprendizagem, possibilitando ações educativas compartilhadas através da utilização de tecnologia, onde todos sujeitos envolvidos podem atuar simultaneamente. É um software possível de ser utilizado em qualquer sistema operacional, além de ter positivamente as características da adaptabilidade e usabilidade.

Os conteúdos do curso estão organizados em disciplinas com seu conteúdo específico e objetivos de aprendizagem listados, conforme estrutura e matriz expostas nos anexos a este documento. No entanto, as disciplinas não serão trabalhadas de forma compartimentalizada, mas, sim integradas em torno de situações-problema. A listagem de conteúdos e objetivos servirá para garantir a cobertura de todo conteúdo de cada uma das disciplinas e seus objetivos.

A carga horária das disciplinas obrigatórias é integrada por nove disciplinas:

1. Sistema de Informação no Cuidado e na Gestão (45h),
2. Produção do Conhecimento nos Serviços de Saúde (60h),
3. Educação na Saúde (60h),
4. Promoção da Saúde (45h),
5. Atenção e Gestão do Cuidado (60h),
6. Atenção integral na Saúde da Família (60h),
7. Planejamento e avaliação na Saúde da Família (45h),
8. Tópicos Especiais em Saúde da Família (45h)
9. Seminários de acompanhamento (60h)

### 3.3 Matriz Curricular a partir de Competências

A organização curricular do PROFSAÚDE baseia-se nos referenciais da educação por competências. Como a expressão “educação por competências” é um termo polissêmico, convém esclarecer o significado com que esta expressão é usada neste Curso. É usada a definição de competência, de Philippe Perrenoud, já citada na concepção pedagógica:

“capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”<sup>17</sup>p4.

Como acontece com relação a qualquer atributo humano, na competência podem ser observados aspectos variados - dimensões (cognitivas, psicomotoras e/ou de habilidades e atitudinais) ou tipos de conhecimento (declarativos, procedimentais, condicionais)<sup>26</sup>, mas ações, de modo geral, especialmente ações competentes, são comportamentos complexos que envolvem a pessoa como um todo, todos os aspectos de sua personalidade, não há separação possível de cada um destes aspectos. A cada ato o ser humano está inteiro e assim, ao exercer a sua competência, ela vem sempre tingida por todos estes aspectos, ainda que possa eventualmente ser mais colorida por um ou outro. Por isso a proposta foca o ser humano integral e propõe considerar o desenvolvimento de sua competência para o exercício das atividades de saúde da família envolvendo a cada momento seu conhecimento, sua habilidade e seus valores.

A escolha pela educação por competências implica em compromisso com a prática, pois a própria definição diz que é a “capacidade de agir eficazmente” que, embora “apoiada em conhecimentos” os ultrapassa. A via para construção da competência é a experiência repetida mediada pela memória que a torna disponível mesmo para situações originais e extraordinárias. Quanto mais complexa for uma situação, mais

ela necessitará do apoio de conhecimentos amplos e profundos – profundos no sentido de terem sido apropriados de forma tão perfeita pelo sujeito de aprendizagem que ficam no seu inconsciente – que sejam mobilizados de forma tão natural que confundem-se com a intuição, com o instinto. Quando um pescador experiente escolhe onde largar a rede, ele não faz nenhum cálculo consciente, mas de alguma forma ele junta o conhecimento resultante de muitas experiências anteriores para decidir a força que vai aplicar no lançamento.

O núcleo da definição é a capacidade de ação, portanto, aponta para o reconhecimento da prática como elemento essencial da aprendizagem e para a valorização da prática no desenvolvimento profissional, o que está de acordo com a proposta de mestrado profissional.

Segundo Perrenoud, ao escolher a educação por competências, a escola depara-se com o dilema quanto ao tempo a alocar para a apropriação do conhecimento coletivo consolidado e o tempo a alocar para a prática<sup>18</sup>. No entanto, este é um falso dilema, pois por um lado o conhecimento só é efetivamente construído através da experiência, da prática, e esta experiência, para se transformar em conhecimento, precisa ser sistematizada de maneira lógica, assim o tempo alocado para a prática não deve ser considerado como subtraído ao desenvolvimento de conteúdos<sup>16</sup>. O especialista, profissional altamente competente, alia o acúmulo de conhecimento decorrente da leitura aos conhecimentos adquiridos pela experiência, o que lhe proporciona intuição, antecipação, capacidade de resposta imediata<sup>18</sup>.

É uma situação complexa e circular, pois os esquemas de mobilização dos recursos estabelecem-se pela exposição a experiências renovadas que tenham um certo grau de repetição, para serem redundantes, e um certo grau de novidade para serem progressivamente estruturantes. O importante é ter muito claros os objetivos pedagógicos, os conteúdos necessários em cada disciplina, para aproveitar as experiências para destacar e sistematizar os conteúdos.

O caminho escolhido pelo PROFSAÚDE é desenvolver o conhecimento através da reflexão sobre a prática promovendo a sistematização através do diálogo com colegas, preceptores e professores.

## 4. Organização metodológica do processo de aprendizagem

### 4.1 Estratégias pedagógicas e avaliação

Em acordo com a concepção pedagógica centrada no sujeito de aprendizagem, focada no desenvolvimento de competências e a consequente valorização da experiência para que ocorra aprendizagem significativa, o PROFSAÚDE organiza as oportunidades de aprendizagem utilizando metodologias ativas, especialmente problematização e aprendizagem por problemas.

Muitas vezes estes termos são usados como se fossem intercambiáveis, sendo oportuno, portanto, que explique-se as situações em que são usados e as diferenças entre eles.

Na problematização, os alunos partem de uma situação da realidade em que estão inseridos; organizam as informações sobre a situação, a “problematizam”; definem aspectos que devem ser estudados para compreender melhor o problema e buscar solução; buscam os recursos/conhecimentos: consultam bibliografia, pessoas-recurso, fazem entrevista com as pessoas envolvidas na situação, etc; analisam a informação obtida; constroem hipóteses para a solução e encaminham sua aplicação prática. Há um compromisso com a realidade, o ponto de partida e de chegada é a realidade, a solução encontrada deve ser implementada, deve haver a intervenção na realidade<sup>27</sup>.

Na aprendizagem baseada em problemas, os problemas sobre os quais o aluno vai trabalhar são elaborados especificamente para estudo, não há proposta de

intervenção na realidade<sup>27</sup>. Tem mais espaço para planejar os conhecimentos a ser desenvolvidos e promover integração disciplinar.

No PROFSAÚDE serão utilizadas as duas estratégias, a reflexão sobre a atividade prática dos alunos se dará através da problematização e serão também elaborados casos para a Aprendizagem Baseada em Problemas. O caminho de estudo a percorrer será muito semelhante, sendo que seguramente a problematização tem que enfrentar a questão da urgência da resposta, enquanto a aprendizagem baseada em problemas tem maior elasticidade de tempo.

Considera-se que o uso paralelo das duas estratégias promoverá melhor aproveitamento de ambas. A problematização carregará para suas situações, as aprendizagens mais refletidas, mais minuciosamente elaboradas da aprendizagem baseada em problemas e a aprendizagem baseada em problemas, justamente se beneficiará da vivência que o aluno terá da tomada de decisão no calor da realidade.

É citada como diferença importante entre as duas estratégias o comprometimento social que a problematização implica<sup>27</sup>. No entanto, os casos elaborados na aprendizagem baseada em problemas devem incluir todos os aspectos sociais que fizerem parte da realidade daquela situação. Justamente para que haja esta força de realidade é que se recomenda que as situações usadas na aprendizagem baseada em problemas sejam casos reais, já ocorridos, já fechados, para poderem ser sofisticadamente elaborados, mas comprometidos com a realidade completa da situação e dos envolvidos<sup>16</sup>.

Tanto a aprendizagem baseada em problemas como a problematização implicam em consideração dos conhecimentos como recursos a serem mobilizados devendo seu valor estar relacionado à sua disponibilidade no momento oportuno e sua

flexibilidade para adequar-se às situações<sup>18</sup>. Ambas promovem a integração entre as disciplinas.

As metodologias ativas e a aprendizagem focada em competências reconhecem a importância das disciplinas; sua definição como campo de conhecimento favorece seu desenvolvimento, aprofundamento e a localização do tema quando necessária sua aplicação em situações de vida. As disciplinas são uma forma de sistematização do conhecimento e não há nenhuma incompatibilidade em trabalhar focado em competências considerando as disciplinas desde que seja possível trabalhar com sua integração para aplicação em situações complexas<sup>18</sup>. Ao deparar-se com o problema, o aluno, na maioria das vezes necessitará buscar conhecimentos em diversos campos disciplinares, transitará por diversas disciplinas vivenciando uma integração de conhecimentos. Na reflexão sobre a prática esta integração deve ser explicitada e sistematizada.

Todos os objetivos de cada disciplina podem ser atendidos, não na ordem prescrita em um programa, mas ao sabor da necessidade, o que garantirá a aprendizagem significativa<sup>16,18</sup>.

Temas que porventura não sejam trabalhados pelas estratégias da aprendizagem baseada em problemas e problematização serão objeto de projetos de estudo dos alunos.

Na pedagogia centrada no sujeito da aprendizagem usando metodologias ativas, o planejamento precisa ser flexível e indicativo. O professor precisa estar muito atento para cobrir lacunas, estimular potencialidades, aproveitar momentos favoráveis. Nestes aspectos é necessário a arte da improvisação, ainda que baseada em profundo e claro conhecimento do professor dos aspectos essenciais das várias disciplinas.

Não é possível saber exatamente que “aula vai ser dada na data tal” quando se trabalha com aprendizagem centrada no sujeito e metodologias ativas, o professor não atua centrado no seu planejamento, atua observando o tempo todo o sujeito de aprendizagem para regular a proposta. Esta regulação é feita através da avaliação<sup>18</sup>.

### **Avaliação**

O PROFSAÚDE utiliza avaliação somativa com fins de certificação, estas avaliações podem ocorrer em pontos intermediários e/ou finais do percurso de forma a atender as determinações regimentais das diversas universidades que compõe a rede. São também utilizadas, e consideradas mais sintônicas com a proposta pedagógica do PROFSAUDE, a avaliação formativa e a avaliação formadora.

Acompanha-se Perrenoud ao considerar avaliação formativa toda prática de avaliação contínua que tem como finalidade contribuir para melhorar a aprendizagem em curso. A avaliação formativa parte da observação sistematizada do aluno para construir uma representação de seus processos de aprendizagem, métodos de trabalho, condições em dado momento, domínio já atingido e resultados que está perseguindo, assim como suas atitudes e inserção no grupo, para orientá-lo no sentido de aprimorar sua aprendizagem<sup>18</sup>. Esta avaliação não é classificatória nem seletiva, não tem por finalidade a certificação.

A intervenção formativa, decorrente da avaliação formativa, deve procurar entender as causas profundas de eventuais dificuldades, analisar os erros buscando entender como o aluno está pensando, considerar aspectos afetivos e as condições sociais do aluno para trabalhar sobre as estruturas fundamentais e os pré-requisitos essenciais na busca da possível correção de rumos da aprendizagem.

A intervenção na aprendizagem pode ser retroativa, quando é pontual e ocorre ao termo de uma sequência de aprendizagem, no entanto, é interessante que a avaliação e a intervenção sejam interativas, ocorrendo de forma contínua ao longo de todo processo de aprendizagem.

A intervenção interativa apoia-se na pedagogia relacional para inserir regulações na aprendizagem do aluno na própria situação, levando o aluno, com a interação, a ajustar suas ações ou representações, identificar suas dúvidas ou erros, levar em conta outras opiniões.

A ação e a interação social regulam a aprendizagem porque obrigam o aluno a acomodar, diferenciar, reorganizar seus esquemas de representação, de percepção e de ação.

A avaliação formadora pretende que o aluno seja capaz de analisar seus próprios pensamentos e processos de aprendizagem em uma atividade de metacognição. O papel do professor nesta avaliação é analisar o modelo de objetivação dos processos e dos conhecimentos e de explicação dos objetivos e expectativas que o aluno deve desenvolver para que ele possa modelar esta atividade mental<sup>18</sup>.

O investimento do professor no desenvolvimento da avaliação formadora requer que ele tenha claramente em mente o domínio específico visado. Não é a tarefa que importa, nem mesmo a aprendizagem específica, mas a meta-cognição. Importa que o aluno analise seu próprio processo de pensamento. O professor precisa observar, acompanhar, precisa ter conhecimento e sensibilidade em relação ao processo de pensamento envolvido na atividade para fazer intervenções sutis, perguntas de sintonia fina, para ajudar o aluno a alcançar o patamar da meta-cognição.

Esta atividade de avaliação formadora requer disponibilidade de tempo, pois é um processo que não pode ser interrompido, precisa de um espaço-tempo seguro para poder desenvolver-se e o professor precisa estar despreocupado em relação ao controle do trabalho e ao tempo de execução da tarefa, o foco é o processo.

## 4.2 Trabalho de conclusão de curso

Para este curso as dissertações consistirão em pesquisas ou intervenções. Entendendo pesquisa como construção do conhecimento a partir da investigação e intervenção como uma ação planejada e desenvolvida no contexto dos profissionais. Outros formatos eventualmente propostos pelos alunos serão avaliados pelo Colegiado de Curso da instituição a qual ele estiver vinculado.

A avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado compreenderá as seguintes modalidades de julgamento:

- Aprovado
- Reprovado

No caso de não aprovação, o mestrando terá mais 30 dias para realizar as mudanças sugeridas e encaminhar o trabalho modificado aos membros da banca. Em caso de uma segunda reprovação, o mestrando será desligado do curso.

No caso de aprovação com restrições, deverão constar na Ata da Defesa as orientações sobre as modificações a serem feitas, e o mestrando terá até 3 (três) meses para realizá-las e apresentá-las Colegiado de Curso da instituição a qual ele estiver vinculado para avaliação da adequação das modificações realizadas e homologação da aprovação.

### 4.3 Papel dos atores

- Conselho Gestor
- Comissão Acadêmica Nacional
- Regente Nacional de Disciplina
- Colegiado de Coordenadores Acadêmicos Institucionais
- Coordenador Acadêmico Institucional
- Regentes de Disciplinas nas instituições
- Orientadores

A formação e atribuições dos conselhos e comissões está definida no Regimento do PROFSAUDE.

O conselho gestor, presidido pelo representante da ABRASCO, atua nos aspectos políticos e administrativos e promove a articulação entre as instituições educacionais participantes da rede.

A comissão acadêmica nacional, presidida pelo coordenador acadêmico nacional, responsabiliza-se pelos aspectos pedagógicos do PROFSAÚDE, coordenando a elaboração do projeto pedagógico, da matriz curricular e do material educacional do curso, bem como sua implementação em cada uma das instituições da rede.

O regente nacional de disciplina coordena a elaboração do material educacional específico da disciplina de que é regente e sua implementação em cada uma das instituições da rede.

O colegiado de coordenadores institucionais é uma instância de articulação entre as instituições que compõe a rede, tanto do ponto de vista político, estabelecendo relação com as instâncias nacionais, apoiadores e demandantes do Curso; quanto do ponto de vista pedagógico, estabelecendo relação com a comissão acadêmica

nacional. Além disso, o colegiado é um espaço de intercâmbio de experiências, principalmente pedagógicas, mas também administrativas.

O coordenador acadêmico institucional é o responsável pela gestão acadêmica do curso em cada instituição certificadora, tanto do ponto de vista administrativo quanto em relação aos aspectos pedagógicos, e representa a instituição certificadora na relação com as instâncias nacionais.

O regente da disciplina atua como mediador e orientador das atividades da disciplina específica, acompanhando o desenvolvimento de cada aluno e turma, e também atua na validação do material educacional relativo à respectiva disciplina.

O orientador é o responsável por apoiar o mestrando na elaboração de sua dissertação.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Facchini, L.A.; Piccini, R.X.; Tomasi, E. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):669-681, 2006.
3. Elias, P.E.; Ferreira, C.W.; Alves, M.C.G. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):633-641, 2006.
4. Rasella, D.; Aquino, R.; Barreto, M.L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health*, 10(380):1-8, 2010.
5. Lima-Costa, M.F.; Turci, M.A.; Macinko, J. Estratégia Saúde da Família em comparação a outras fontes de atenção: indicadores de uso e qualidade dos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(7): 1370-1380, 2013.
6. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Acessado em 05/06/2015.
7. Demografia Médica. Médicos estão mal distribuídos e reforçam desigualdades no país, revela estudo do Cremesp/CFM, 2011. Disponível em [http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=4](http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=CentroDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=4)
8. Turci, M.A.; Lima-Costa, M.F.; Macinko, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(9):1941-1952, 2015.
9. Tomasi, E.; Oliveira, T.F.; Fernandes, P.A.A. et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no

Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 15(2):171-180, 2015.

10. Anversa, E.T.R.; Bastos, G.A.N.; Nunes, L.N. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 28(4):789-800, 2012 .
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144p.
12. Batistella, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca, A.F.; Corbo, A.D. organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86.
13. Cutolo, L.R.A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. Arquivos Catarinenses de Medicina, 35(4), 2006.
14. Freire, P. Pedagogia do oprimido. 18ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 184p.
15. Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 27ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 146p.
- Tosteson, D.C.; Adelstein, S.J.; Carver, S.T. editors. New Pathways to Medical Education. Learning to Learn at Harvard Medical School. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1994. 198p.
17. Gardner, H. The Unschooled Mind: How Children Think & How Schools Should Teach. Basic Books; 1991. 303p.
18. Perrenoud, P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999. 85p.
19. Relatório Delors, UNESCO, 1996.
20. Maturana, H.; Varela, F. El Arbol de Conocimiento. 7a edição. Editorial Universitaria; 1984.
21. Maturana, H.; Varela, F. Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living. Dordrecht, Holand: Reidel Publishing Company; 1980.

22. Izquierdo, I. Memórias. *Estudos Avançados*, 3(6), 1989.
23. Izquierdo, I. A Memória do Medo nos mantém vivos. Entrevista ao *Jornal Zero Hora* em 20/02/2016.
24. Piaget, J. *A equilibração das estruturas cognitivas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1976. 175p.
25. Montessori, M. *The Advanced Montessori Method: scientific pedagogy as applied to the children from seven to eleven years*. Oxford/England: ABC Clio Ltd. 1918.
26. Lima, V.V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17):369-379, 2005.
27. Berbel, N.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(2):139-154, 1998.