

Anexo 1

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE

1. APRESENTAÇÃO

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) é uma proposta de pós-graduação *stricto sensu* em rede nacional, constituída por 26 instituições de ensino lideradas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). O programa 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 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)¹ e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 (art.6 inc. III)² determinam que o SUS 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 Política Nacional de Atenção Básica (2017)³, na busca da superação de obstáculos estruturais e consolidação da ESF como política pública efetiva e prioritária na Atenção Primária à Saúde (APS) e na busca da reafirmação dos valores constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade, o Curso fomentou 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/UFPe 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. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ - AM, CE, DF, MS, PE e RJ)
2. Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
3. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR)
4. Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
5. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
6. Universidade do Sul da Bahia (UFSB)
7. Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
8. Universidade Estadual Paulista (UNESP)
9. Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
10. Universidade Federal de Alagoas (UFAL)
11. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
12. Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
13. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
14. Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)
15. Universidade Federal de Pelotas (UFPe)
16. Universidade Federal de Rondonópolis (UFR)
17. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
18. Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
19. Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)
20. Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
21. Universidade Federal do Paraná (UFPR)
22. Universidade Federal do Piauí (UFPI)
23. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
24. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FGRS)
25. Universidade Federal do Tocantins (UFT)
26. Universidade Federal Fluminense (UFF)

2. CONCEPÇÃO DO CURSO

2.1 JUSTIFICATIVA

Em 1996, com a regulamentação da Norma Operacional Básica⁴, 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 da ESF iniciaram um processo de expansão, porém com 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, em 2011, o Brasil tinha 1,8 médicos/1.000 habitantes, proporção inferior a outros países que contam com um sistema universal de saúde, como o Reino Unido, que tem 2,7 médicos/1.000 habitantes, ou países com nível de desenvolvimento semelhante, como a Argentina, com 3,2 médicos/1.000 habitantes. Esta carência de médicos ocorria em todas as regiões do país. Cinco estados tinham menos de 1 médico/1.000 habitantes (AC, AP, MA, PA, PI), somente quatro estados (RJ, SP, RS, ES) e o DF tinham mais do que 2 médicos/1.000 habitantes e 700 municípios brasileiros não contavam com um médico residente^{5,6}.

A Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2017³, aponta o nível de atenção da ESF como estruturante do sistema de saúde, sendo sua principal porta de entrada e ordenador das redes de atenção, visando à 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^{7,8}, reafirma-se a ESF como o modelo de atenção a ser gradualmente implementado no SUS.

Apesar da ampliação do acesso à ESF para mais de 40.000 equipes, cobrindo mais de 60% da população⁵ e do melhor desempenho em relação ao modelo tradicional, estudos apontam problemas na qualidade da atenção à saúde^{7,9,10}.

Em 2005, o número de vagas nas especializações ou residências correspondiam a apenas 7% do número de equipes de ESF¹¹, 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 UNA-SUS 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 os profissionais médicos brasileiros para atuarem 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 nº 621/2013¹², posteriormente convertida pelo Congresso Nacional na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB)¹³. Esse Programa visou 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 internacional¹³.

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 à 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 à 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^{14,15}.

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 na aprendizagem do sujeito^{16,17}.

A concepção pedagógica para atender à 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 PROFSAUDE buscando atender aos anseios de aprimoramento da APS e do estabelecimento de novos parâmetros para a formação dos profissionais presentifica conhecimentos que não são novos, mas que, no entanto, não são atuados na realidade. A *Association of American Medical Colleges*(1984) sustentava que o foco na abordagem de informação excessiva na educação médica deveria ser movimentada para

colocar a aquisição e o desenvolvimento de habilidades, valores e atitudes através da integração de temas que conciliasse ciências biomédicas, psicossociais e clínicas¹⁸.

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 gerados¹⁸.

Assim, conclui-se que é fundamental o desenvolvimento da habilidade e do compromisso de aprender continuamente, tudo que for necessário para o bom exercício profissional¹⁸; o que está em acordo com os quatro pilares para a educação ao longo da vida sistematizados no relatório Delors, UNESCO (1996): o desenvolvimento da competência para aprender a aprender, fundamentada no aprender a ser e aprender a conviver para aprender a fazer¹⁹.

Cada vez há melhor compreensão do processo de aprendizagem, do aprender a aprender. Howard Gardner apresenta pesquisas que demonstram que estudantes bem treinados, 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. Isto ocorre porque, diante da situação real, o indivíduo mobiliza naturalmente aprendizagens construídas por vivência em detrimento dos conhecimentos acadêmicos.

Perrenoud^{20, p.4} define competência como a "...capacidade de ação eficaz em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles"²⁰. Esta capacidade 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 trazidas ao evento presente de forma inconsciente. Perrenoud exemplifica a partir da 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. ^{20, p.4}

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 situações mais flexíveis, de modo a serem facilmente intercambiáveis²¹.

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 na aprendizagem do sujeito, respeitando sua autonomia e acolhendo a bagagem de conhecimentos e experiências que traz de sua vivência, 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^{18,22}.

Como enfoque centrado na aprendizagem do sujeito, 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, autogerida 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 à 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 concepção¹⁸.

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 em saúde, que propõe estudar o processo saúde-doença-cuidado, modelos tecnoassistenciais, clínica ampliada e dimensões da qualidade dos serviços;
3. Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias, 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 PROFSAUDE ocorrerá na modalidade EAD abrangendo encontros presenciais e atividades desenvolvidas à distância no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). São previstos oito encontros físico-presenciais; no primeiro e segundo semestres ocorrerão três encontros em cada um e no terceiro e quarto semestres apenas um encontro 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,

que possibilita ações educativas compartilhadas através da utilização de tecnologia e no qual todos os 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.

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.

3.3 DURAÇÃO E CARGA HORÁRIA

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 atividades complementares (150 horas) e 22 créditos para dissertação (330 horas).

Os conteúdos do curso estão organizados em disciplinas com seu conteúdo específico e objetivos de aprendizagem. No entanto, as disciplinas não serão trabalhadas de forma compartimentalizadas, 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)

3.4 MATRIZ CURRICULAR A PARTIR DE COMPETÊNCIAS

A organização curricular do PROFSAÚDE baseia-se nos referenciais da educação por competências de Philippe Perrenoud, já citada na concepção pedagógica.

Como acontece com relação à 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)²³, mas ações, de modo geral, especialmente ações competentes, são comportamentos complexos

que envolvem a pessoa como um todo, incluindo 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 se confundem com a intuição, com o instinto.

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 prática²⁰. 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 conteúdos¹⁸. 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 imediata²⁰.

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 claro 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 na aprendizagem do sujeito, 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, como a problematização e aprendizagem por problemas.

Muitas vezes estes termos são usados como se fossem intercambiáveis, sendo oportuno, que se explique 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 realidade²⁴.

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 realidade²⁴. 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 implica²⁴. 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 envolvidos¹⁸.

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 se adequar às situações²⁰. 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 complexas²⁰. 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^{18, 20}.

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 na aprendizagem do sujeito 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.

4.1.1 AVALIAÇÃO

A **avaliação somativa** é utilizada com fins de certificação e pode ocorrer em pontos intermediários e/ou finais do percurso de forma a atender as determinações regimentais das diversas universidades que compõem a rede. São também utilizadas e consideradas mais sintônicas com a proposta pedagógica do PROFSAÚDE, 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 aprendizagem²⁰. 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 mental²⁰.

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 MESTRADO

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.

A avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso do Mestrado compreenderá as seguintes modalidades de julgamento: Aprovado, Aprovado com recomendações ou reprovado

No caso de reprovação, o mestrando terá mais 30 dias para realizar as mudanças sugeridas e encaminhar o trabalho modificado aos membros da banca e submeter a novo processo avaliativo. 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 ao Colegiado de Curso da instituição a qual ele estiver vinculado para avaliação da adequação das modificações realizadas e homologação da aprovação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96. nov. 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>
5. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Acessado em 05/06/2015.
6. 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
7. Facchini LA, Piccini RX, 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.
8. Lima-Costa MF, Turci MA, 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.
9. Turci MA, Lima-Costa MF, 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.
10. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN 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. Brasil. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 621, de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Mpv/mpv621.htm
13. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm
14. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD. organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV, FIOCRUZ; 2007. p. 51-86.
15. Cutolo LRA. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 2006.
16. Freire P. Pedagogia do oprimido. 18ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 184p.

17. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 27ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 1996. 146p.
18. Tosteson DC, Adelstein SJ, Carver ST. editors. New Pathways to Medical Education. Learning to Learn at Harvard Medical School. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 1994. 198p.
19. Delors J. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez, 1998.
20. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999. 85p.
21. Piaget J. A equilibração das estruturas cognitivas. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1976. 175p.
22. Montessori M. The Advanced Montessori Method: scientific pedagogy as applied to the children from seven to eleven years. Oxford/England: ABC Clio Ltd. 1918.
23. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 9(17):369-379, 2005.
24. Berbel NN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2(2):139-154, 1998.

Rio de Janeiro, abril de 2017.
(Atualizado em fevereiro de 2022).

COORDENAÇÃO NACIONAL

Luiz Augusto Facchini – Pró-Reitor - ABRASCO

Maria Cristina Rodrigues Guilam – Coordenadora Acadêmica Nacional - FIOCRUZ

Carla Pacheco Teixeira – Coordenadora Executiva Nacional - FIOCRUZ

ELABORAÇÃO

Ana Claudia Gastal Fassa - UFPel

Carla Pacheco Teixeira - FIOCRUZ

Maria Elizabeth Gastal Fassa - UFPel

Maria Eugênia Bresolin Pinto - UFCSPA

Marta Quintanilha Gomes - UFCSPA

Maria de Fátima Antero Souza Machado - URCA/FIOCRUZ

ASSESSORIA À COORDENAÇÃO EXECUTIVA NACIONAL

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos - FIOCRUZ

Diana Paola Gutierrez Díaz de Azevedo - FIOCRUZ

SECRETARIA EXECUTIVA NACIONAL

Flavia Gomes da Silva Sanchez - FIOCRUZ

REVISÃO

Carolina de Mello Decco