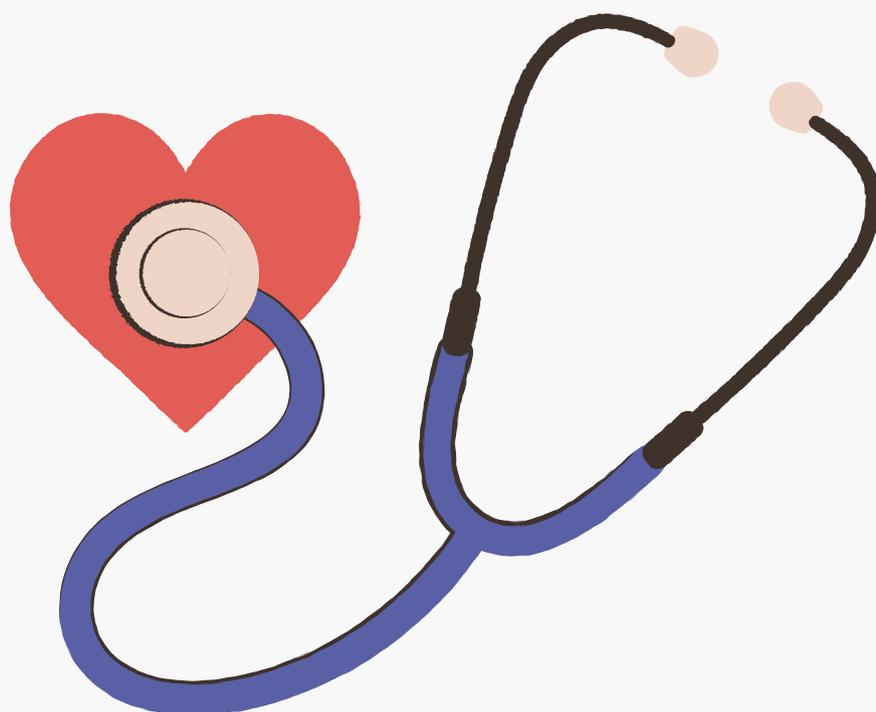


PRÁTICAS EM AVALIAÇÃO CURRICULAR NO ENSINO NA SAÚDE



Medicina e Enfermagem
Vol. I

Organizadores:

Cleide Carneiro
Jean Carlos Souza Silva
Gláucia Posso Lima
Lina Maria Monteiro Santana
Meirecele Calíope Leitinho

Apoio:**Autores:**

Ana Luiza Barbosa Negreiros
Cleide Carneiro
Francisco Arlysson da Silva Verissimo
Jaime Alencar Benevides Filho
Jean Carlos Souza Silva
Gláucia Posso Lima
Ilani Marques Souto Araújo
Leiliany Magno Cunha
Meirecele Calíope Leitinho
Sandra Lúcia Michiles Santos

**PRÁTICAS EM AVALIAÇÃO
CURRICULAR NO ENSINO NA SAÚDE:
MEDICINA E ENFERMAGEM**

Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade do(s) autor(es).

Esta publicação está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Ednilson Sergio Ramalho de Souza - UFOPA
(Editor-Chefe)

Prof. Dr. Laecio Nobre de Macedo-UFMA

Prof. Dr. Aldrin Vianna de Santana-UNIFAP

Prof.^a. Dr.^a. Raquel Silvano Almeida-Unespar

Prof. Dr. Carlos Erick Brito de Sousa-UFMA

Prof.^a. Dr.^a. Ilka Kassandra Pereira Belfort-Faculdade Laboro

Prof.^a. Dr. Renata Cristina Lopes Andrade-FURG

Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves-IFF

Prof. Dr. Clézio dos Santos-UFRRJ

Prof. Dr. Rodrigo Luiz Fabri-UFJF

Prof. Dr. Manoel dos Santos Costa-IEMA

Prof.^a Dr.^a. Isabella Macário Ferro Cavalcanti-UFPE

Prof. Dr. Rodolfo Maduro Almeida-UFOPA

Prof. Dr. Deivid Alex dos Santos-UEL

Prof.^a Dr.^a. Maria de Fatima Vilhena da Silva-UFPA

Prof.^a Dr.^a. Dayse Marinho Martins-IEMA

Prof. Dr. Daniel Tarciso Martins Pereira-UFAM

Prof.^a Dr.^a. Elane da Silva Barbosa-UERN

Prof. Dr. Piter Anderson Severino de Jesus-Université Aix Marseille

Nossa missão é a difusão do conhecimento gerado no âmbito acadêmico por meio da organização e da publicação de livros científicos de fácil acesso, de baixo custo financeiro e de alta qualidade!

Nossa inspiração é acreditar que a ampla divulgação do conhecimento científico pode mudar para melhor o mundo em que vivemos!

Equipe RFB Editora

Ana Luiza Barbosa Negreiros
Cleide Carneiro
Francisco Arlysson da Silva Verissimo
Jean Carlos Souza Silva
Gláucia Posso Lima
Ilani Marques Souto Araújo
Jaime Alencar Benevides Filho
Leiliany Magno Cunha
Lina Maria Monteiro Santana
Meirecele Calíope Leitinho

Volume 1

**PRÁTICAS EM AVALIAÇÃO
CURRICULAR NO ENSINO NA SAÚDE:
MEDICINA E ENFERMAGEM**

1ª Edição

Belém-PA
RFB Editora
2024

© 2024 Edição brasileira
by RFB Editora
© 2024 Texto
by Autor
Todos os direitos reservados

RFB Editora
CNPJ: 39.242.488/0001-07
91985661194
www.rfbeditora.com
adm@rfbeditora.com
Tv. Quintino Bocaiúva, 2301, Sala 713, Batista Campos, Belém - PA, CEP: 66045-315

Editor-Chefe

Prof. Dr. Ednilson Ramalho

Diagramação

Worges Editoração

Revisão de texto e capa

Autor

Bibliotecária

Janaina Karina Alves Trigo Ramos-CRB

8/9166

Produtor editorial

Nazareno Da Luz

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)

A533

Práticas em avaliação curricular no ensino na saúde: medicina e enfermagem / Ana Luiza Barbosa Negreiros, Cleide Carneiro, Francisco Arlysson da Silva Verissimo. - Belém: RFB, 2024.

Outros autores

Jean Carlos Souza Silva

Gláucia Posso Lima

Ilani Marques Souto Araújo

Jaime Alencar Benevides Filho

Leiliany Magno Cunha

Lina Maria Monteiro Santana

Meirecele Calíope Leitinho

Livro digital

482 p.

ISBN 978-65-5889-797-2

DOI 10.46898/rfb.2c219c04-f6f6-415f-9928-0a14485c517d

1. Saúde. I. Negreiros, Ana Luiza Barbosa. II. Carneiro, Cleide. III. Verissimo, Francisco Arlysson da Silva. IV. Título.

CDD 613

Índice para catálogo sistemático

I. Saúde.

AGRADECIMENTO

A realização deste livro só foi possível graças à colaboração e ao empenho de muitas pessoas e instituições que contribuíram significativamente ao longo de todo o processo. Gostaríamos de expressar nossa mais profunda gratidão a todos os professores colaboradores que participaram das defesas de Mestrado no Ensino na Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Seu conhecimento, dedicação e apoio foram fundamentais para o desenvolvimento dos trabalhos que compõem os capítulos desta obra.

Agradecemos também à UECE, por proporcionar um ambiente acadêmico estimulante e por seu contínuo compromisso com a excelência na educação e na pesquisa.

Nossa gratidão se estende à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Instituto de Estudos, Pesquisas e Projetos da UECE (IEPRO) pelo suporte financeiro e institucional que viabilizou a realização deste projeto. Sem o apoio dessas instituições, esta obra não teria se concretizado.

A todos vocês, nosso sincero agradecimento por acreditarem na importância da avaliação curricular no ensino da saúde e por contribuírem para a formação de profissionais mais bem preparados para enfrentar os desafios do nosso sistema de saúde.

Com gratidão e apreço,

Os Autores

DEDICATÓRIA

Dedicamos esta obra a Paulo Freire, um visionário e humanista que transformou o pensamento educacional com sua pedagogia crítica e libertadora. Seu compromisso inabalável com a educação como um ato de amor e emancipação continua a inspirar educadores em todo o mundo.

Paulo Freire, sua crença inabalável na capacidade de cada indivíduo para aprender e transformar sua realidade ressoa profundamente na essência deste livro. Ao abordar a avaliação curricular no ensino da saúde, buscamos honrar seu legado, promovendo práticas que não apenas avaliem o conhecimento, mas que também fomentem a reflexão crítica, a autonomia e o compromisso ético dos futuros profissionais de saúde.

Que suas ideias continuem a iluminar nossos caminhos e a inspirar mudanças positivas na educação e na sociedade.

Com profundo respeito e admiração,

Os Autores

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
CAPÍTULO 1	10
A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA DISCUSSÃO DIALÓGICA	10
Ilani Marques Souto Araújo Jean Carlos Souza Silva Meirecele Caliope Leitinho	
CAPÍTULO 2	72
PROBLEMATIZANDO AS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE ENFERMAGEM: ENTRE O SIM E O NÃO	72
Leiliany Magno Cunha Cleide Carneiro Jean Carlos Souza Silva Meirecele Caliope Leitinho	
CAPÍTULO 3	139
CURRÍCULO INTEGRADO NO ENSINO DA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES, FRAGILIDADES E DESAFIOS.	139
Francisco Arlysson da Silva Verissimo Cleide Carneiro Jean Carlos Souza Silva Meirecele Caliope Leitinho	
CAPÍTULO 4	198
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOCENTES SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS ENFERMAGEM.....	198
Ana Luiza Barbosa Negreiros Jean Carlos Souza Silva Cleide Carneiro Meirecele Caliope Leitinho	
CAPÍTULO 5	279
FUNDAMENTOS E PRÁTICAS NO EXERCÍCIO DA DOCÊNCIA DO ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO NO INTERNATO DA MEDICINA	279
Jaime Alencar Benevides Filho Jean Carlos Souza Silva Cleide Carneiro Meirecele Caliope Leitinho	

CAPÍTULO 6	368
MATRIZ DE COMPETÊNCIAS ESTRUTURADA NA PERCEPÇÃO DE MÉDICOS PRECEPTORES E RESIDENTES PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA EM CLÍNICA MÉDICA EM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL.....	368
Sandra Lúcia Michiles Santos	
Gláucia Posso Lima	
ÍNDICE REMISSIVO.....	477
SOBRE OS ORGANIZADORES.....	479

APRESENTAÇÃO

A avaliação curricular no ensino das ciências da saúde, especialmente em cursos como Medicina e Enfermagem, é uma tarefa complexa e vital para garantir a qualidade da formação dos futuros profissionais. Em um cenário onde a saúde pública enfrenta desafios cada vez mais intensos e variados, a preparação adequada dos estudantes se torna imprescindível para a manutenção e melhoria dos serviços de saúde.

“Práticas em Avaliação Curricular no Ensino na Saúde: Medicina e Enfermagem” surge como uma contribuição essencial para este campo de estudo, apresentando uma abordagem prática e detalhada das diversas metodologias e estratégias de avaliação curricular. Este livro não se limita a teorias abstratas; ele traz à tona experiências concretas, estudos de caso e exemplos reais, que ilustram como a avaliação pode e deve ser conduzida para alcançar os melhores resultados educacionais e, conseqüentemente, clínicos.

Os autores, com vasta experiência e reconhecimento na área, oferecem uma visão abrangente das práticas avaliativas, desde métodos tradicionais até abordagens inovadoras que têm sido adotadas em diferentes instituições de ensino. A obra discute a importância de uma avaliação contínua e formativa, que não apenas mede o conhecimento adquirido, mas também promove a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências essenciais para a prática profissional.

Além disso, este livro destaca a importância da interdisciplinaridade e da integração curricular, elementos fundamentais para a formação de profissionais de saúde que sejam capazes de trabalhar em equipe e de se adaptar às constantes mudanças e evoluções da prática clínica. As experiências e recomendações apresentadas pelos autores servem como um guia valioso para educadores, gestores e formuladores de políticas educacionais no campo da saúde.

Em um momento em que a educação em saúde busca cada vez mais a excelência e a inovação, “Práticas em Avaliação Curricular no Ensino na Saúde: Medicina e Enfermagem” é uma leitura indispensável. Este livro oferece não apenas uma rica base teórica, mas também ferramentas práticas que podem ser aplicadas imediatamente, contribuindo para a formação de profissionais mais bem preparados e, em última análise, para a melhoria dos serviços de saúde oferecidos à população.

Que esta obra inspire educadores e instituições a aprimorarem continuamente suas práticas avaliativas, fortalecendo assim a formação de nossos futuros médicos e enfermeiros, pilares fundamentais do sistema de saúde.

CAPÍTULO 1

A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: UMA DISCUSSÃO DIALÓGICA

DISTANCE EDUCATION IN NURSING TRAINING: A DIALOGIC DISCUSSION

Ilani Marques Souto Araújo¹
Jean Carlos Souza Silva²
Meirecele Caliope Leitinho³

¹ <https://orcid.org/0000-0002-3341-4416>
² <https://orcid.org/0000-0001-8344-5512>
³ <https://orcid.org/0000-0003-1576-5631>

RESUMO

Esta pesquisa teve como objeto, a Educação a Distância no curso de Enfermagem no Centro Universitário INTA-UNINTA, localizado na cidade de Sobral-CE. O problema da investigação surgiu no cotidiano de como ocorre o diálogo entre os discentes em Disciplinas a Distância, com o intuito de investigar se existe diferença entre o ensino presencial e EaD e os percursos dos alunos sobre a atuação produtiva no curso de Enfermagem da modalidade em EaD, além de promover uma discussão dialógica do discente em face da sua participação no Ambiente Virtual. O objetivo do estudo foi analisar a EaD no curso de Enfermagem do UNINTA, na perspectiva da percepção da atuação do aluno no âmbito virtual. Foi uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, como técnica de coletas de dados utilizamos questionários online. Utilizando a análise temática de Minayo; os resultados apresentados nos permitem afirmar que, as pesquisas em EaD no curso de Enfermagem, possibilitam identificar novas ideias e fatos na compreensão da EaD, além de evidenciaram que existe certa fragilidade e um cenário com pouca relevância atribuída as instituições de ensino, mais especificamente aos cursos de graduação no Ensino na Saúde em Educação a Distância.

Palavras-chave: Educação a Distância. Enfermagem. Diálogo. Saúde.

ABSTRACT

This research had as object, distance education in the nursing course at the University Center INTA-UNINTA, located in the city of Sobral-CE. The problem of the investigation arose in the daily routine of how the dialogue between the students in Distance Disciplines occurs, in order to investigate whether there is a difference between the classroom teaching and THE and the students' paths on the productive performance in the nursing course of the modality in Distance, in addition to promoting a dialogical discussion of the student in the face of their participation in the Virtual Environment. The aim of this study was to analyze THE in the nursing course of UNINTA, from the perspective of the perception of the student's performance in the virtual scope. It was an exploratory, descriptive, qualitative research, as a data collection technique, we used online questionnaires. Using Minayo's thematic analysis; the results presented allow us to affirm that, research in Distance in the nursing course, allows identifying new ideas and facts in the understanding of Distance, besides showing that there is a certain fragility and a scenario with little relevance attributed to educational institutions, more specifically to undergraduate courses in Health Teaching in Distance Education.

Keywords: Distance Education. Nursing. Dialogue. Health.

1 INTRODUÇÃO

O diálogo estabelecido neste texto, inicia-se pela apresentação do objeto de pesquisa que é a Educação a Distância (EaD) e o processo Ensino Aprendizagem nos 20% das disciplinas do curso de Enfermagem, ofertados por uma Instituição de Ensino Superior que é o Centro Universitário INTA-UNINTA/Sobral-CE.

Duas situações de estudos me levaram a escolher este objeto: a primeira foi o avanço significativo da EaD e suas Tecnologias Digitais que vem sendo utilizadas em diferentes setores da instituição, de modo específico em sala de aula; a segunda são as estratégias utilizadas na EaD no processo ensino-aprendizagem.

A evolução crescente da modalidade EaD, ainda imbuída de preconceitos, é um reflexo das mudanças sociais, científicas e tecnológicas presentes na sociedade contextualizada hodierna. Inicialmente, a utilização da EaD foi apontada como a grande solução para resolver a crise de analfabetismo do país. Com o passar do tempo, entretanto, percebeu-se que essa modalidade de ensino não deveria ser utilizada somente para esse propósito, mas também com o objetivo de promover o ensino nas diversas fases, bem como locais e culturas (MACHADO, 2010).

O uso da tecnologia neste contexto configura-se como um axioma cada vez mais presente, voltado especificamente para a área da saúde, observa-se rápido crescimento da Educação a Distância, tanto no ensino de graduação como nas formações continuadas, tais como: pós-graduações e especialmente, na Enfermagem, área em que se constitui esta pesquisa. Tal expansão vem sendo impulsionada pelas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), vislumbrando o uso de ferramentas computacionais facilitadoras do processo ensino/aprendizagem (PEIXOTO, 2011).

De acordo com o Decreto 5.622 de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005), que revoga o Decreto 2.494/98 e regulamenta o Art. 80 da Lei 9.394/96 (LDB) e o Decreto N° 9.057/2017, a EaD é uma modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares e tempos diversos.

Para Moore Kearsley (2007), a EaD se define como um tipo de Educação planejada que leva o aluno a aprender de forma não convencional, acontece em espaços diferente do local de ensino, exigindo técnicas especiais de instrução e comunicação por meio de tecnologias, disposições organizacionais e administrativas, especiais.

Vislumbrando esse cenário, o Centro Universitário INTA-UNINTA, procurou atender o que preconiza a Portaria do MEC n° 4.059, de 10 de dezembro de 2004, e o Decreto N° 9.057/2017, que normatiza a oferta em EaD de até 20% (vinte por cento) da carga horária em cursos de graduação, bem como oferecer aos docentes e discentes diversificação no processo ensino-aprendizagem. Para tanto, o mesmo instituiu a Portaria 011/2017 norma-

tizando a oferta de disciplinas na modalidade EaD nos cursos de graduação da referida IES (UNINTA, 2019).

A motivação de investigar este tema surgiu da experiência, do contato e vivência que tenho no curso em que atuo como professora, na modalidade à distância, despertando interesse em compreender como se dá a relação de alunos de cursos presenciais com a modalidade de Educação a Distância, de modo particular no curso de Enfermagem, por ser um dos pioneiros da instituição e que atualmente está com 40 turmas, total aproximadamente de

4.579 alunos matriculados (UNINTA, 2020).

A relevância do estudo está em refletir e compreender de forma mais efetiva, o campo da modalidade EaD, no curso de Enfermagem, considerando a percepção de alunos que vivenciam em sua prática, dificuldades e conflitos, e benefícios advindos de uma metodologia diferenciada e de proposta de comunicação acessível. É imperativo destacar que na sociedade acadêmica, discussões sobre diferentes metodologias de ensino e aprendizagem estão desmistificando alguns aspectos que desfavorecem a modalidade em EaD. Para Belloni (2006), na oferta em EaD o aluno é o protagonista, tendo em vista que ele é o ator principal no processo de ensino-aprendizagem, e somente ele sabe e conhece a melhor maneira para aprender.

Vale ressaltar que no contexto da Educação a Distância o diálogo entre os estudantes e os professores é cerne de uma Educação como prática de liberdade na medida em que estabelecemos relações democráticas. Para Freire (2005), na obra *Pedagogia do Oprimido*, o diálogo se evidencia como um fenômeno humano, em que estarão sempre presentes as dimensões da ação e da reflexão. O autor defende que, ao nos pronunciarmos no mundo, mostramos que humanamente existimos, se existimos, agimos e conseqüentemente, transformamos o mundo em que vivemos. Onde há diálogo, há encontro, amorosidade e respeito. Valores imprescindíveis para uma educação democrática e equitativa.

Para o autor, uma educação fundada no diálogo, se dá na relação de humildade, encontro, confiança, solidariedade e escuta, de forma horizontalizada, e nessa perspectiva, se estabelece uma relação dialógica, levando homens e mulheres a serem mais homens e mulheres, porque esse processo é gerador de esperanças e onde existe esperança, existem pessoas que lutam. Na EaD, o diálogo deve ser considerado um instrumento importante para professores e alunos que exercitam o processo democrático do ensino-aprendizagem, utilizando mecanismo pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem.

Portanto, é uma pesquisa que enfoca a EaD como um instrumento de comunicação dialógica. Freire (1987, p. 14) afirma que “o dialogo pertence a natureza do ser humano”, portanto, pode ser exercitado na EaD.

Buscando evidências científicas no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses Dissertações (BDTD)¹; ao inserir o tema relacionado à Educação a Distância e Saúde, identificamos 528 dissertações, para a busca sobre Educação a Distância no Brasil. Ao inserir os termos Educação a Distância e aprendizagem na Enfermagem, encontramos o total de 76 trabalhos de pesquisa sobre o tema proposto no presente estudo.

A justificativa pedagógica da escolha do tema da pesquisa se deu pelo fato de no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (CMEPES), existir a área de concentração de “Formação e Desenvolvimento Docente na Saúde”, tendo como temáticas: o processo de formação dos profissionais na área da saúde, as Diretrizes Curriculares, o processo ensino-aprendizagem, o currículo, avaliação de conteúdo, e pressupostos e estratégias de formação docente que contemplam a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade no ensino em saúde (CMEPES, 2020).

Ancorada na experiência empírica da pesquisadora no UNINTA, entendemos que, a oferta de diferentes propostas em EaD, é possível de aperfeiçoamento, pois o público alcançado é formado em grande parte por estudantes que tem participação ativa no processo ensino aprendizagem.

Foi efetivada com estudantes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA-UNINTA, uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva, realizada na cidade de Sobral- CE, localizada geograficamente na Região Norte do Estado do Ceará, com população de 206.644 habitantes, distante aproximadamente 250 km da capital Fortaleza.

Os referenciais teóricos da pesquisa estão centrados em Moran (2015), Aretio (1994), Mara (2003) e Freire (1980), autores que afirmam ou que oportunizam afirmar a EaD como possibilidade de democratização do acesso a educação utilizando a comunicação de forma democrática.

2 REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa, da literatura científica, possibilita a identificação de estudos e pesquisas relacionados ao tema aqui investigado, além da inserção nos temas de pesquisa já efetivados por outros autores. Segundo Sousa; Silva; e Carvalho (2010), a revisão integrativa

sobre um determinado tema exige análise e sistematização das pesquisas que foram efetivadas na área.

O método de revisão integrativa é a parte que se constitui mais ampla, o que aponta uma vantagem, pois põe em evidência o resumo do que se tem produzido na contemporaneidade sobre um determinado tema. O que pode ser alcançado através da análise e sistematização dos resultados apresentados pelas pesquisas sobre dada temática (SOUZA; SILVA; e CARVALHO, 2010).

Com base no que foi apresentado e no reconhecimento da importância de se pesquisar sobre o tema referido neste estudo, realizou-se por meio do método de Revisão Integrativa, uma busca na literatura científica que possibilitasse compreender qual a atual realidade do tema Ensino a Distância na Saúde, especificamente em cursos de graduação em Enfermagem, no cenário acadêmico.

Com base nas propostas dos autores citados anteriormente, optou-se pelo modelo de revisão integrativa. Este que é proposto também por Soares, Hoga, Peduzzi, Sangaleti, Yonekura, e Silva (2014). Dada à investigação na literatura científica, buscou-se em seguida a complexificação e identificação de possíveis respostas ao problema de pesquisa que norteia este trabalho. O problema levantado pela pesquisadora está delimitado na seguinte questão: Como acontece o diálogo entre os discentes e o seu processo de ensino-aprendizagem em disciplinas à distância?

Sendo assim, realizaram-se buscas na literatura científica a partir do site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses (BDTD) e identificou-se: 528 textos relacionados à EaD/Saúde; 227 para a busca de 20% a Distância na Enfermagem; e ao inserir os termos Educação a Distância e Aprendizagem na Enfermagem, retornaram, 76 trabalhos de pesquisa. Estes trabalhos subsidiaram a formação de um caminho para a efetivação da pesquisa em voga, sendo assim, a amostragem final desta revisão integrativa consolidou-se enquanto fruto de 06 (seis) textos estudados na íntegra.

Como critério de elegibilidade para a presente revisão foram considerados os termos “Educação” ou “Educação a Distância”, “Aprendizagem e Enfermagem”, no título; pesquisas realizadas no Brasil; textos que se enquadrassem no período temporal de 2004 a 2019, por manter relação com a Portaria do MEC nº 4.059, de 10 de dezembro de 2004, que normatiza a oferta em EaD de até 20% (vinte por cento) da carga horária em cursos de graduação para uma maior fidedignidade dos resultados apresentados.

Foram excluídos da pesquisa relatos de experiência, textos com projetos de pesquisa inacabados, arquivos corrompidos, artigos e estudos de caso. Desta forma, o quadro 01, do tópico a seguir, apresenta uma possibilidade de compreensão acerca do processo de busca na base de dados que, resultou na organização pedagógica dos textos selecionados, estes que vieram contribuir com o estudo. No quadro 01 são apresentadas informações básicas sobre os trabalhos, no formato de síntese.

Foi efetivada uma análise descritiva dos estudos mencionados, trazendo explicações para a questão problematizadora. Utilizou-se também a comparação com outras fontes na literatura científica, de modo a enriquecer o debate sobre o tema (SOARES, HOGA, PEDUZZI, SANGALETI, YONEKURA, e SILVA, 2014).

Podemos afirmar que nesta revisão integrativa identificamos significativas pesquisas e estudos sobre a EaD no curso de Enfermagem. Os resultados apresentados nos permitem afirmar também que, as pesquisas em EaD no curso de Enfermagem, possibilitam identificar novas ideias e fatos na compreensão da EAD. Além de evidenciar seus próprios procedimentos metodológicos e resultados, permitindo um diálogo entre o pesquisador e os participantes da pesquisa.

2.1 Síntese na revisão integrativa

O termo Educação a Distância e Aprendizagem na Enfermagem são apresentados no quadro 01 a seguir:

Quadro 1 - Descrição de estudos Revisão Integrativa.

AUTORES	ANO	TÍTULO	OBJETIVO
Cintia Alve sSanches	2019	Prática Docente em Enfermagem para Educação a Distância com ambiente virtual de aprendizagem e ferramentas digitais.	Preparar estudantes de um Curso de Mestrado em Enfermagem para a prática docente a distância, com uso de ambiente virtual de aprendizagem desenvolvido com ferramentas digitais gratuitas do Google.
Carolina Campagnoll ode Melo	2017	Ambiente Virtual de aprendizagem para a Educação Permanente da equipe de Enfermagem, no cuidado ao idoso hospitalizado.	Desenvolver, implementar e avaliar um curso estruturado no Ambiente Virtual de Aprendizagem sobre o cuidado ao idoso hospitalizado, como proposta para a educação permanente da equipe de Enfermagem.
Glauca Maria Ganne	2014	Metacognição e Ensino Online: uma Possibilidade em Educação a Distância na Enfermagem	Analisar o desenvolvimento da metacognição e da aprendizagem em Ensino online em Enfermagem.
Edmar Jorg eFeijó	2010	Avaliação do desempenho de discentes na disciplina Administração dos Serviços de Enfermagem na modalidade EaD.	Analisar o desempenho dos alunos de Enfermagem, dos diferentes turnos, na disciplina de ASE, através das notas das verificações de aprendizagem obtidas pelos discentes quando oferecida na modalidade de ensino presencial e, atualmente, na modalidade de EaD.
Zídia Rocha Magalhães	2007	Avaliação da aprendizagem na prática	Compreender a prática da avaliação da aprendizagem pela tutoria de um Curso
		da Tutoria de Educação a Distância: a experiência na formação pedagógica de enfermeira(o)s.	de Especialização em Enfermagem na modalidade EaD.
Edilaine Cristina Da Silva	2007	Educação a Distância: ambientes digitais para o processo ensino-aprendizagem em	Investigar a compatibilidade dos ambientes virtuais para o processo ensino-aprendizagem em enfermagem psiquiátrica, através do

		enfermagem psiquiátrica.	desenvolvimento e da aplicação de curso On-line sobre Transtornos de Humor e de Personalidade disponibilizado em ambiente Telê educação.
--	--	--------------------------	--

(Fonte: Elaborado pela pesquisadora, 2021)

Os estudos que mantêm maior relação com o objeto de investigação desta pesquisa são: Prática docente em Enfermagem para Educação a Distância com ambiente virtual de aprendizagem e ferramentas digitais; e Metacognição e ensino online: uma possibilidade em Educação a Distância na Enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O histórico do ensino na ead

A Educação a Distância (EaD), também chamada de Teleducação, em sua forma embrionária e empírica é conhecida desde o século XIX, mas somente nas últimas décadas assumiu status que a coloca no cume das atenções pedagógicas de um número cada vez maior de países. Podemos afirmar que na Grécia antiga e, depois, em Roma (Cartas de Platão e Epístolas de São Paulo) existia uma rede de comunicação que permitia o desenvolvimento significativo da experiência (PICONEZ, 2003).

A modalidade de Ensino a Distância, comumente é tratada com “status” de “novidade” ou “inovação” no cenário educacional brasileiro. Estudiosos divergem com relação ao marco inicial dessa modalidade de ensino no Brasil. Há aqueles que, como Vianney (2003), defende que o início da EaD no Brasil ocorreu em (1904). Entretanto, ressaltamos que outros autores, tais como Saraiva (1996 *apud* Costa, 2008) e Costa (2012), consideram que a EaD no Brasil tem real aplicação a partir de 1923, por meio da criação da Rádio Sociedade do Rio de Janeiro. A Rádio Sociedade tinha como finalidade ampliar o acesso à educação por meio da radiodifusão, portanto, apontando os autores esta que seria uma primeira forma de levar o conteúdo educacional à população por meios não presenciais.

No Brasil, no final da década de 30 e 40, a presença de instituições como o Instituto Universal Brasileiro e o Instituto Rádio Monitor, representam o pioneirismo nos cursos EaD (Costa, 2008). Apesar de pioneiros, esses cursos não possuíam nenhum tipo de avaliação

ou monitoramento por parte dos órgãos educacionais. Eram modelos de cursos livres, que disponibilizavam apostilas, K7's e VHS.

Com relação à oficialização da EaD no país, segundo a perspectiva de Saraiva (*apud* Costa, 2008, p. 14):

[...] é a partir da década de 1960 que se encontram registros, alguns sem avaliação, de programas de EaD desenvolvidos no Brasil. Nessa época, foi criado, na estrutura do Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Programa Nacional de Teleducação (PRONTEL), a quem competia coordenar e apoiar a teleducação no Brasil. Este órgão foi substituído, anos depois, pela Secretaria de Aplicação Tecnológica (SEAT), extinta posteriormente. Em 1992, foi criada a Coordenadoria Nacional de Educação a Distância na estrutura do MEC, e, a partir de 1995, a Secretaria de Educação a Distância[...]

A partir das décadas de 60 e 70, a Educação a Distância, passa a incorporar e articular o áudio e o videocassete, as transmissões de rádio e televisão, o videotexto, o computador e mais recentemente, a tecnologia de multimeios, que combina textos, sons, imagens, assim como, mecanismos de geração de caminhos alternativos de aprendizagem, diferentes linguagens e instrumentos para fixação de aprendizagem com feedback imediato (programas tutoriais informatizados) etc., (PICONEZ, 2003).

Ressalta-se que os cursos EaD, assim como os cursos de graduação presenciais, necessitam de avaliações periódicas e devem atender à todas as exigências legais feitas às demais instituições, sejam públicas ou privadas, no que se refere à questão da qualidade do ensino. São questões que devem ser discutidas não apenas com relação à modalidade EaD, na atualidade ainda há deficiências qualitativas no Ensino Superior, por isso, criticar a qualidade do Ensino Superior focando apenas na modalidade EaD, seria excluir dos debates outros cursos presenciais, com mais dificuldades e limitações estruturais (BORGES, 2015).

É importante lembrar que a modalidade de ensino EaD conta, atualmente, com uma gama de instrumentos que possibilitam a interação do aluno com o objeto da aprendizagem e, com professores, tutores e discentes. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) disponíveis, oferece aos alunos possibilidades de interação necessárias, tais como: acesso ao material digital (os cursos contam também com material impresso), vídeos, links de notícias e temas relacionados aos assuntos das disciplinas, salas de chat (bate-papo), onde os alunos podem se comunicar entre si, falar com professores e tutores e, ainda, outras ferramentas atualizadas. Para os críticos do ensino EaD, aqueles que defendem o pressuposto da “não interação” como deficiência da EaD, reforçamos que os avanços obtidos nesta modalidade devem ser consolidados, nesse contexto, verifica-se que a modalidade EaD tem cumprido seu papel no processo de expansão e democratização do Ensino Superior no Brasil.

Belloni (1999), após elencar definições de EaD elaboradas ao longo do tempo por estudiosos do assunto, de vários lugares no mundo, critica tais elaborações, por considerá-las descritivas e por definirem a EaD pelo que ela não é, ou seja, a partir da perspectiva do ensino convencional em sala de aula, da separação professor-aluno e, principalmente, pela ênfase nos processos de ensino, em detrimento aos processos de aprendizagem. Keegan (1983, apud BELLONI, 1999, p. 30) afirma que:

A ideia de auto-aprendizagem, ausente ou apenas implícita nas definições behavioristas e economicista – é, crucial para a Educação a Distância, muito mais do que no ensino convencional, onde a intersubjetividade pessoal entre professores e alunos e estudantes, promove permanentemente a motivação; na EaD o sucesso do aluno (isto é a eficácia do sistema) depende em grande parte da motivação do estudante e de suas condições de estudo.

Silva (2007), afirma que a implantação de programas propostos pelo o Ministério da Saúde e as avaliações necessárias ao monitoramento da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma diferenciada em vários lugares (estados e municípios deste nosso imenso país, onde várias mudanças), ocorreu simultaneamente, gerando um grande volume de informações que deviam circular, o mais rapidamente possível; encontrou nas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICS) recursos para implementação de redes para a troca de informações: na EaD a estratégia fundamental é promover e especialmente, qualificar recursos humanos do setor, através da capacitação e formação em Educação Continuada dos profissionais, no ambiente de trabalho.

A autora (SILVA, 2007) em seus estudos, afirma que a EaD é incorporada pelo Setor Saúde como a estratégia ideal para levar a educação continuada a tantos que, em seus locais de trabalho, em rincões tão distantes, não teriam acesso à atualização de conhecimentos necessária a uma prática em constante transformação.

Em sua tese, “Educação a distância: ambientes digitais para o processo ensino aprendizagem em Enfermagem psiquiatria”, Silva (2007) relatou o histórico da modalidade EaD na Enfermagem. O relato inicial é da Universidade Federal de Santa Catarina que deu início no ano de 1993 ao projeto Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul (REPENSUL), denominando-o Especialização em Enfermagem da Região Sul (ESPENSUL), destinada à formação de enfermeiros especialistas em projetos assistenciais conforme consta dos relatórios: Souza *et al* (1994); Souza e Reibnitz (1995); Souza *et al* (1996); Souza e Prado (1998) e Souza *et al* (2001).

Durante o período de 1993 a 1999 foi desenvolvido o Projeto Político Pedagógico desta especialização (DIAS; PRADO; SILVA, 1998; NIETSCHKE; BACKES, 1998; SILVA, NIETSCHKE; CARTANA, 1998; BACKES; NIETSCHKE, 2000/2001), implementado junto aos

serviços de saúde nos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, (WOLFF; CARRARO; MAZZA; VIEIRA *et al.*; BORBA *et al.*; KIRCHHOF *et al.*, 2002). Este processo foi desenvolvido com a participação de estudantes de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, com suporte financeiro da Fundação W. K. Kellogg, e assessoria de organismos internacionais.

Decorrentes desta experiência foram também desenvolvidas adaptações da tecnologia de Educação a Distância em enfermagem, para formação de especialistas em Metodologia do Ensino para a Profissionalização em Enfermagem (REIBNITZ; HERR; SOUZA, 1999a; b; 2000a; b; c).

No ano de 2001, o Departamento de Enfermagem da UFSC realizou outra adaptação da Tecnologia da Educação a Distância, desta feita em um convênio com a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos (CICAD-OEA), para formar especialistas no Fenômeno das Drogas: Área de redução da demanda (REIBNITZ *et al.*, 2002; 2003a; b; c; d). No relato histórico, citou ainda que a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) que, também, é a grande promotora da EaD no setor saúde, iniciando suas atividades em 1998 com o curso Gestão em Saúde.

Segundo a autora (SILVA, 2007), de acordo com Carvalho (1998) o objetivo inicial da EaD ENSP foi oferecer educação em larga escala, de forma rápida e a baixo custo. Entretanto, verificou-se que o potencial da EaD não estava na velocidade e ou em baixo custo, mas sim, na possibilidade da formação profissional ocorrer no local de trabalho, na perspectiva da integração ensino-serviço.

Silva (2007) destacou que entre os vários cursos de pós-graduação da EaD ENSP/FIOCRUZ está o de Formação Pedagógica em Educação Profissional da Área de Saúde: Enfermagem, na perspectiva de formação de enfermeiras(os) docentes, para qualificação de atendentes e auxiliares de enfermagem em todo o país, como política de governo no âmbito da Política Pública de Formação Profissional em Saúde (PROFAE) (BRASIL, 2001).

3.2 Uso das tecnologias virtuais na educação a distância na enfermagem

Segundo Garcia (2015), podemos classificar processos educativos envolvendo duas variáveis: tempo e espaço. Na Educação Presencial o professor e aluno encontram-se no mesmo espaço e tempo, na Educação à Distância (EaD) há uma separação do professor e do aluno no que se refere a espaço e tempo. Muitas foram às dificuldades e consequentes modificações que ocorreram na estrutura dessa modalidade de ensino.

Nesse contexto, há uma variedade disponibilizada para os alunos na EaD, tais como:

Atividades individuais ou em grupo;

Professores especialistas e facilitadores/tutores de aprendizagem;

Diferentes tipos de tecnologia e material instrucional, sendo que todo o material do curso é disponibilizado de forma digital: textos, vídeos, e-books, bibliotecas on-line, etc.; e

Métodos diferenciados de ensino-aprendizagem: como atividades podem ser desenvolvidas, e podem acontecer de forma assíncrona ou síncrona. Na forma assíncrona a interação entre os participantes ocorre em diferentes tempos como em fóruns, listas de discussão ou e-mail. Na forma síncrona, os participantes estão em diferentes espaços, mas se comunicam ao mesmo tempo, como exemplo temos os chats e web conferências.

É fato que os cursos à distância podem ser realizados utilizando diferentes Tecnologias de Comunicação (TIC), no entanto, o computador e o uso da Internet têm potencializado este tipo de educação, com possibilidade de acessibilidade e inclusão. De modo que, as Tecnologias de Informação e comunicação (TIC) têm democratizado a educação. A EaD tem relevância social, visto que permite o acesso educacional nas regiões mais distantes do país.

Garcia (2015) afirma que, para além das questões de espaço e tempo a EaD, pode romper com a exclusão da informação e possibilitar a Educação Permanente. A autora ressalta que os cursos podem ocorrer de uma maneira híbrida com encontros presenciais e atividades a distância, com o suporte da sala de aula e a flexibilidade do estudo e-learning (educação on-line). Em estudos realizados pelos autores com estudantes de Enfermagem, não se identificou diferenças estatísticas significantes entre os grupos que utilizam e-learning e os sistemas tradicionais, relacionados ao conhecimento, habilidades e satisfação.

Feijó (2010) em sua tese, “Avaliação do desempenho de discentes na disciplina Administração dos serviços de Enfermagem na modalidade em EaD”, afirma que a Enfermagem não pode ficar à margem dos avanços que a modalidade EaD tem promovido. A construção de Projetos Pedagógicos, e a configuração curricular devem assegurar ao aluno estrutura suficiente que permita sua inserção no mundo digital e virtual e promoção de conhecimento científico.

A EaD é uma modalidade educacional, que permite ao aluno a administração de seu tempo, e autonomia, para desenvolver aquilo que lhe é proposto. Além dessa possibilidade o aluno pode dialogar com o conhecimento, com seus pares, professores e acumulação

de um maior número de informações acessíveis, respeitando-se as limitações temporais impostas pelos cursos (ALMEIDA, 2003).

A modalidade EaD, se apresenta como uma estratégia adequada e eficiente para Educação do Adulto, já inserido no mercado de trabalho e com experiência acumulada, facilitando, o acesso ao saber a um grande contingente de alunos (BASTOS, 2003).

Esse acesso facilitado às universidades demanda uma mudança de comportamento para garantir a eficiência no processo de Ensino-Aprendizagem: Tais como:

- a. É preciso garantir que todos tenham acesso ao ambiente do curso, assim como, sejam continuamente capacitados para o uso das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) a serem utilizadas ao longo das atividades.
- b. O ambiente virtual deve favorecer a criação de um “relacionamento” entre os alunos; por exemplo: criar momentos coletivos, como: apresentação pessoal dos participantes, apresentação das suas expectativas e inclusão de foto no perfil. Esses momentos são importantes para a formação do “grupo” de estudantes.
- c. Estabelecer o contrato de trabalho e transformar o ambiente “on-line” em um ambiente seguro de aprendizagem são aspectos importantes para construir a aprendizagem significativa.
- d. O professor orientador precisa de uma comunicação efetiva, quer na clareza da comunicação oral e/ou escrita, quer na frequência do feedback junto aos participantes, assim como, pensar em competências pedagógicas, devem problematizar das temáticas baseadas no perfil de competências do aluno.
- e. O aluno deve ser estimulado a exercer sua autonomia: é preciso disciplina e boas estratégias de estudo. Na modalidade EaD, o aluno passa a ter um papel ativo no seu aprendizado, e tornar capaz de abordar novos assuntos, e contribuir com experiências e materiais além daqueles fornecidos pelo curso.

As abordagens de EaD, por meio de redes telemáticas, são três tipos: broadcast, virtualização da sala de aula presencial e o estar junto virtual (PRADO, 2002).

No *broadcast*, a tecnologia computacional é utilizada para entregar a informação ao aluno como ocorre com o uso das Tecnologias Tradicionais de Comunicação (TTC) como o rádio e a televisão. Já a virtualização da sala de aula se dá quando as redes telemáticas são utilizadas para repetir os modelos utilizados nas salas de aula presenciais, ou seja, a mera transferência para o meio virtual do modelo do espaço-tempo da aula presencial. Porém o estar junto virtual, ou Aprendizagem Assistida por Computador (AAC), explora a potencia-

lidade interativa das TIC, viabilizadas pela comunicação multidimensional, que aproxima os emissores dos receptores dos cursos, permitindo a criação de condições de aprendizagens colaborativas (VALENTE, 2001).

Os sistemas computacionais permitem a apresentação de informação de forma organizada e no momento apropriado, assim como o desenvolvimento de interações e elaboração de produções, estes são chamados ambientes virtuais de colaboração e aprendizagem; são elaborados a partir de um grupo de pessoas que utilizam softwares específicos para a comunicação a distância, mediada pelas tecnologias do conhecimento. As interações entre pessoas e objetos de conhecimento são propiciadas pela mediação das tecnologias e de um professor orientador (BELLONI, 1999).

Na modalidade EaD, a mediação adquiriu papel de suma importância, uma vez que o distanciamento físico exige recursos, estratégias, habilidades, competências e atitudes diferentes das convencionais, pautadas na exposição oral e no contato face a face. Com a inserção das Tecnologias Digitais de Comunicação na EaD e o desenvolvimento de Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA), a função mediadora do professor tomou um forte impulso, ocasionadas pelas possibilidades e exigências da configuração desse novo espaço de diálogo.

3.3 Construção de ambientes virtuais de aprendizagem com auxílio de tecnologias virtuais na educação a distância em enfermagem

No conceito de Ambiente Virtual de Aprendizagem, afirma-se que esse é o lugar ou espaço onde ocorrerá o processo de Ensino-Aprendizagem. Para que esse ambiente exista, necessita-se da presença de atividades e recursos já que lá, será onde o aluno utilizará ferramentas, coletará e interpretará informações, receberá orientação e suporte e, fará a interação com outras pessoas. Este ambiente é o local onde os alunos podem explorar suas metas de aprendizagem, exercendo autonomia e responsabilidade na construção de seu conhecimento, trabalhando de forma concentrada em projetos e atividades, recebendo suporte e aprendizagem entre si e, com o ambiente (SOTO, 2009).

Segundo Stedile (2003) deslocar o foco principal do processo de ensino para a aprendizagem é uma tarefa difícil, por exigir uma alteração substancial na lógica tradicional de conduzir a aprendizagem. Significa substituir a certeza pela problemática da incerteza, o que valoriza o contexto do erro e da dúvida; o trabalho fragmentado por cada especialidade do campo da saúde, pela interdisciplinaridade. Podemos perceber que são possibilidades de transformação, dependentes da contribuição das teorias provenientes de diferentes áreas

do conhecimento e da capacidade do professor de demonstrar o quanto, e em que grau, cada área pode contribuir para solução de determinados problemas em saúde, problemas esses que, na maioria das vezes, resultam da inter-relação entre inúmeras variáveis que o compõem e determinam.

Vale ressaltar que existem alguns fatores importantes a serem considerados por todos os que se preocupam com a aprendizagem do aluno, que são: a aprendizagem que envolve o aluno e ter um significado com o seu contexto, para que realmente aconteça; a aprendizagem é pessoal, pois envolve mudanças individuais; tem objetivos reais, que devem ser estabelecidos para que possa ser significativa para os alunos; ela se faz num processo contínuo e precisa ser acompanhada de *feedback* visando fornecer os dados para eventuais correções; já que a aprendizagem envolve todos os elementos do sistema, o bom relacionamento interpessoal é fundamental entre os participantes do processo (SILVA, 2006).

Em ambientes virtuais de aprendizagem, a mediação ocorre por meio de diversos dispositivos que, viabilizam a comunicação, tanto síncronas como assíncrona, possibilitando a criação de diversas estratégias para favorecer o diálogo e a participação ativa dos estudantes (SARTORI, 2005).

Esses dispositivos devem ser disponibilizados no ambiente virtual aos alunos. O ambiente virtual de aprendizagem corresponde aos ambientes presenciais (sala de aula) mediados por Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Nesse ambiente virtual, o tutor tem a função de mediador/facilitador da aprendizagem, enquanto que o aluno, de forma autônoma, deve gerenciar seu tempo e organizar sua estratégia de estudo para obter um melhor aprendizado.

De acordo com Feijó (2010) a escola de Enfermagem, nos últimos anos, tem se instrumentalizado para disponibilizar programas de capacitação pessoal na modalidade a distância (EaD), tanto no que diz respeito à preparação de seu corpo docente, quanto à adequação tecnológica, como mais uma alternativa para responder a uma demanda social estabelecida na área da saúde, em especial, para o pessoal de Enfermagem. Com o advento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), como apoio ao meio educacional, o ensino da Enfermagem vem sendo impulsionando na construção de inúmeros recursos, como: *softwares*, cursos na *web*, criação de *sites* de informação, revistas eletrônicas, entre outros, buscando incorporá-los como estratégia para a capacitação dos profissionais na compreensão, no manuseio e emprego dessas tecnologias.

O autor aponta que cada curso apoiado pelo ambiente virtual de aprendizagem, pode utilizar determinadas ferramentas. Especificamente para a parte de mediação da

aprendizagem pode-se utilizar algumas ferramentas, tais como: fórum, material impresso, correio eletrônico (*e-mail*), lista de discussão, *file transfer protocol* (FTP), bate-papo, vídeo/áudio sob demanda, teleconferência, *internet phone*, *webphone* e *skype*, videoconferência, TV a cabo, *whiteboard*, dentre outros.

3.4 Atividades na Ead

3.4.1 Fórum

A atividade denominada Fórum, proporciona a discussão e articulação de um determinado assunto. Quando esta atividade é proposta através de um ambiente virtual, caracteriza-se como interface, permitindo o encontro entre os sujeitos. Funciona como uma ferramenta destinada a promover debates através de mensagens publicadas, abordando uma mesma questão específica. É uma atividade de natureza assíncrona, propiciando um espaço temporal para reflexões, favorecendo a reflexão e a elaboração das participações, contribuindo para qualidade e aprofundamento no que diz respeito ao processo de aprendizagem.

O fórum possui finalidades educacionais no ambiente virtual de aprendizagem como sendo aquele espaço de comunicação formado por quadros de diálogo nos quais se vão incluindo mensagens que podem ser classificadas tematicamente. Nestes espaços os usuários, e no caso a que nos referimos, fóruns educativos, os alunos podem realizar novas contribuições, esclarecer outras, refutar as dos demais participantes e etc. Isto se dá de forma assíncrona, sendo possível que as contribuições e mensagens permaneçam todo o tempo à disposição dos demais participantes (SANCHEZ, 2009)

No desenvolvimento dessa atividade, o mediador, no caso o professor tutor, precisa incentivar, provocar, acompanhar e orientar continuamente as participações dos alunos. Para este acompanhamento, se faz necessário avaliar as mensagens encaminhadas pelos alunos durante o processo de aprendizagem. A preocupação pela quantidade de participações deve ser minimizada dando vez à qualidade das participações.

Quando se tem como proposta no processo ensino-aprendizagem uma avaliação autêntica, formativa, contínua e dialógica, o fórum contribui como instrumento avaliativo, tendo em vista suas características. Atualmente existe uma grande busca pela avaliação contínua e formativa no campo educacional; no entanto, o uso deste paradigma de avaliação ainda esbarra em dificuldades, como a sobrecarga de tarefas para os professores e, conseqüentemente, um alto custo de implantação quando se refere à EaD.

Como mediador do processo ensino-aprendizagem, o professor, durante a atividade do fórum, deve estar constantemente orientando e motivando a aprendizagem, por meio da estimulação de discussões e principalmente por meio dos comentários dados às atividades dos aprendizes. Os comentários são elementos importantes no processo de construção do conhecimento, orientando a depuração do novo conhecimento.

Novas tecnologias computacionais vêm sendo pesquisadas e implantadas, a fim de prover suporte para o professor na coleta, identificação, seleção e análise de dados relevantes para este tipo de avaliação.

Acredita-se na efetiva possibilidade de o fórum de discussão, com fins educativos, ser uma excelente ferramenta de avaliação através da qual o moderador ou docente terá em conta o número e a qualidade das contribuições dos participantes. Além do mais, poderá considerar questões como as colaborações complementares dos alunos para apoiar o trabalho do outro, para complementar à informação, ajudar a resolver dúvidas de outros companheiros e outras mais (SANCHEZ, 2009).

Sendo assim, se pode constatar que o fórum pode possibilitar a dinamização do processo ensino-aprendizagem, permitindo o diagnóstico e a interatividade, devendo então ser reconhecida como uma ferramenta valiosa no contexto da EaD.

3.4.2. Material impresso

É o tradicional livro-texto, apostila, guia de estudos ou estudo de caso, em geral para estudar sem a presença do professor. Continua importante mesmo com as mais modernas tecnologias para a educação a distância. Os cursos por correspondência, em sua maioria, enviam material impresso aos alunos. Já em AVA, os alunos podem baixar este material.

Por não exigir nenhum tipo de equipamento sofisticado para ser usado, é a mídia mais simples de todas, no sentido que não compete com o conteúdo, à leitura é natural, dificilmente representa uma ameaça ou causa medo nos estudantes. É fácil de utilizar, portátil; o estudante pode voltar e avançar rapidamente de uma parte a outra do material.

Para Sanchez, (2009), esse é o meio mais barato de ensino a distância. O material impresso pode complementar outras tecnologias. Seu potencial, sozinho, é limitado, para funcionar a distância. Deve ser concebido para suprir as funções do professor, como informar, motivar, controlar e avaliar. Deve estar associado ao contexto de um serviço de apoio, que dá ao aluno o suporte necessário para sanar dúvidas e buscar orientações. Além disso, requer maior motivação do estudante, é passivo e não oferece realimentação.

3.4.3 Correio eletrônico (e-mail)

O correio eletrônico, a forma de comunicação mais usada na internet, permite a troca de mensagens escritas e o envio de arquivos anexados às mensagens, em qualquer formato (áudio, imagem, vídeo, textos.)

O usuário dispõe de uma caixa postal eletrônica exclusiva, na qual são armazenadas as mensagens recebidas. É comum encontrar sistemas de EAD com serviço interno de correio eletrônico, usados exclusivamente no âmbito da escola que oferece o curso. Além de fácil de usar, o correio eletrônico é bastante confiável e amplamente acessível a qualquer usuário da internet.

Por ser uma forma de comunicação assíncrona, permite que as mensagens recebidas sejam analisadas com cuidado antes de serem respondidas, proporcionando um tipo de interação mais ponderada com o instrutor e com os demais alunos (SANCHEZ, 2009).

3.4.4 Lista de discussão

Baseado no serviço de correio eletrônico, conta com as mesmas características, não necessitando de recursos adicionais. Facilita a comunicação do tipo broadcast (difusão), em que o remetente pode enviar uma mesma mensagem para um determinado grupo de pessoas. Esse recurso é especialmente interessante para o professor que pretende comunicar-se com seus alunos em diferentes momentos. É um serviço de comunicação assíncrono.

3.4.5 File transfer protocol (FTP)

Esse serviço permite a transferência de arquivos entre um servidor e o computador do usuário. As transferências podem ser feitas em dois sentidos: do servidor para o usuário (download) ou do computador do usuário para o servidor (upload).

O download pode ser feito automaticamente pelos principais navegadores. É um mecanismo útil para disponibilizar arquivos aos alunos (documentos, livros, apostilas, programas, dados etc.) e para receber arquivos dos alunos (trabalhos, exercícios concluídos etc.) (SANCHEZ, 2009).

3.4.6 Vídeo/áudio sob demanda

Permite assistir, assincronamente, a vídeos ou ouvir áudios previamente gravados e armazenados no servidor. O usuário dispõe de controles semelhantes aos encontrados em um videocassete, podendo avançar, pausar ou retroceder. Com o sistema *streaming* (fluxo

contínuo), o usuário não precisa carregar todo o arquivo de vídeo / áudio antes de começar a assistir / ouvir, otimizando o tempo de espera, principalmente com conexões lentas. Esse recurso exige grande espaço de armazenamento de vídeo/áudio digitalizado no servidor (SANCHEZ, 2009).

3.4.7 Bate-papo (*internet relay chat*)

É um serviço de comunicação síncrona bastante popular. Permite a troca de mensagens escritas; pode ser implementado através de um programa específico ou ser integrado em páginas web.

Essas ferramentas promovem discussões interativas entre duas ou mais pessoas simultaneamente, disponibilizam uma ou mais salas (canais) para discussão de assuntos distintos e permitem que se enviem mensagens para todos os usuários conectados num canal ou apenas para um usuário, privativamente. Existem sites que oferecem salas de bate-papo aos usuários.

3.4.8 Videoconferência

Sistema de comunicação síncrono. Permite que os usuários se comuniquem através de áudio e vídeo. Pode ou não ser bidirecional, simultânea. Para participar de uma videoconferência, o usuário precisa de alguns equipamentos especiais de hardware (componentes físicos), como: microfone, caixa de som e, se quiser receber e enviar vídeo, drive de vídeo, uma placa de captura de vídeo e uma câmera. Mas o principal problema desse recurso é que normalmente ele requer conexão de rede de média a alta velocidade (SANCHEZ, 2009).

3.4.9 Internet phone, webphone e spky

São ferramentas que permitem a transmissão de voz através da internet. A qualidade da transmissão depende da velocidade da conexão. É razoável para velocidades médias. Necessitam de um software especial, microfone e placa de som. Seu custo é baixo.

3.4.10 Teleconferência

É um conjunto de recursos que visa assegurar a comunicação em grupo, entre duas ou mais localizações, compartilhando espaço visual e acústico. Suas principais características estão relacionadas a seguir: sistema de transmissão simultânea de áudio e vídeo entre duas ou mais localidades; oferece a possibilidade de alcançar grande audiência; evita o deslocamento de pessoas, reduzindo custos de transporte; a interação pode ser feita por e-mail,

telefone ou fax; exige estúdios para geração de programas e investimentos em equipamentos e equipes para produção, geração, transmissão e recepção; a transmissão se dá por diversos meios físicos, como satélite, fibra ótica, enlace de micro-ondas.

3.4.11 *Teleconferência interativa*

Esse sistema é semelhante à teleconferência, porém permite maior interatividade entre o instrutor e os estudantes. Na sala de teleconferência remota, todo estudante dispõe de um terminal semelhante a um aparelho de telefone, (SANCHEZ, 2009).

3.4.12 *TV a cabo*

É um sistema de transmissão de via única através de sistemas de TV a cabo. No caso de grandes localidades, como São Paulo, a infraestrutura de cabos já implantada pode ser usada, o que reduz os custos. Para receber programas, basta que o televisor esteja conectado a um ponto receptor de TV a cabo.

A conexão é confiável e eficiente. Se for disponibilizado sob demanda, os programas podem fazer parte de um sistema *pay-per-view*. Também pode suportar conexão de banda larga, em locais que esse serviço seja oferecido (cabos de transmissão de dados bidirecional).

3.4.13 *Whiteboard*

É uma espécie de serviço de compartilhamento de documentos via Internet. Permite que um grupo de usuários geograficamente distantes realize uma sessão de trabalho cooperativa, em que um mesmo documento é mostrado e editado na tela. A inclusão de um texto ou gráfico por um dos participantes é propagada imediatamente para os outros participantes.

Trata-se de uma área de desenho que permite que os usuários possam importar imagens gráficas ou fazer anotações. Muitas escolas têm usado esse recurso para a tutoria de seus alunos, em complemento às aulas presenciais. No entanto, é um sistema ainda muito caro para que usuários comuns tenham acesso como participantes ativos. Em geral, os *whiteboards*

são usados em sala de aula pelos professores, o que permite que os alunos assistam às aulas em casa, em tempo real (SANCHEZ, 2009).

3.5 Avaliação do processo de aprendizagem na enfermagem por intermédio das tecnologias virtuais

A escola é um mundo rico, cheio de experiências, e todos os alunos podem se destacar em algum campo. É importante que os alunos vivam a experiência do êxito na escola, que sejam reconhecidos por seus progressos. Estes se apresentam como patamares para que eles possam continuar avançando e superando as dificuldades. O professor deve estar consciente da complexidade do que está em jogo; é importante reconhecer a diversidade entre os alunos. Não se deve avaliar o aluno com base em um modelo, em um padrão definido. Em sua diversidade, os alunos relacionam-se e aprendem uns com os outros, com os padrões institucionais e podem explorar novas formas de ser e de sentir. Por isso é necessário que o aluno veja no professor um tutor, um orientador, alguém que está a seu lado, ajudando-o a conhecer o mundo, a explorá-lo, a desenvolver habilidades. Assim, o processo de avaliação deve ser socializado com o aluno, de forma que compreenda que ele é o ator responsável por construir dia-a-dia sua avaliação (PRADO *et al*, 2003).

O processo de avaliação precisa ser uma trajetória de mediação e diagnóstico para o processo ensino-aprendizagem. Assim como na educação presencial, ele ainda é motivo de muitas preocupações e no que se refere à EaD precisa atender aos projetos pedagógicos. Ele sempre tem sido tema de estudo e reflexão dentro do cenário educacional, inclusive na EaD. Avaliar com coerência e fidedignidade não é tarefa simples de ser executada, pois exige análise, julgamento, interpretação e tomada de decisão (HOFFMAN, 2001).

Valente (2001) dentre outros autores que estudam a EaD, enfatizam em suas obras que a interação é fundamental para o sucesso do processo ensino-aprendizagem. Contudo, a literatura também ressalta a dificuldade de avaliar as interações ocorridas durante o curso, uma vez que a análise dessas participações e interações é consideravelmente subjetiva.

Para que se possa construir uma avaliação para o processo ensino-aprendizagem interativa baseado na internet, faz-se necessário identificar o passado comum da avaliação às diversas modalidades de educação, à prática educativa dos mais modernos recursos multimídia existentes no mercado e a possibilidade de que as novas gerações possam acompanhar criticamente uma época de rápidas mudanças (FEIJÓ, 2010).

Feijó (2010) cita que a partir do início do século XX, a avaliação vem atravessando pelo menos quatro gerações. São elas: mensuração, descritiva, julgamento e negociação:

A fase de *Mensuração* não distinguia avaliação e medida. Nessa fase, a preocupação dos estudiosos era a elaboração de instrumentos ou testes para verificação do rendimento escolar.

Na *Descritiva* surgiu a busca de melhor entendimento do objetivo da avaliação.

Conforme os estudiosos, a geração anterior só oferecia informações sobre o aluno.

Enquanto que na do *Julgamento* a geração questionava os testes padronizados e o reducionismo da noção simplista de avaliação como sinônimo de medida; tinha como preocupação maior o julgamento.

Na de *Negociação* a avaliação é vista como um processo interativo, negociado, que se fundamenta num paradigma construtivista. Ela é uma forma responsiva de focar e um modo construtivista de fazer.

Neste sentido, a finalidade da avaliação, de acordo com a quarta geração, é fornecer, sobre o processo pedagógico, informações que permitam aos agentes escolares decidir sobre as intervenções e redirecionamentos que se fizerem necessários em face do projeto educativo, definido coletivamente, e comprometido com a garantia da aprendizagem do aluno. Converte-se, então, em um instrumento referencial e de apoio às definições de natureza pedagógica, administrativa e estrutural, que se concretiza por meio de relações partilhadas e cooperativas (SOUZA, 1993).

No Brasil, a legislação educacional pertinente à avaliação em EaD tem suas diretrizes postas pelo Decreto nº 5.622, de 19 de dezembro de 2005, que estabelece que as avaliações na modalidade de Educação a Distância devem acontecer de forma presencial. No Art. 4º encontra-se que a avaliação do desempenho do estudante para fins de promoção, conclusão de estudos e obtenção de diplomas ou certificados dar-se-á no processo, mediante:

I - Cumprimento das atividades programadas e II - realização de exames presenciais. Os exames serão elaborados pela própria instituição de ensino credenciada, segundo procedimentos e critérios definidos no projeto político pedagógico do curso ou plano de ensino da disciplina. (BRASIL, 2005).

Diante de tanta modernidade tecnológica, muitas instituições, no momento de avaliar o processo ensino-aprendizagem na modalidade a distância, utilizam velhos paradigmas, reproduzindo uma avaliação autoritária e classificatória. A necessidade de uma avaliação formativa e somativa na prática da EaD não podem ser esquecidas, visto que, toda avaliação possui três objetivos frequentes: fazer julgamento do valor de um programa ou objeto, ajudar os responsáveis para tomada de decisões e definir suas políticas (MORAN, 2010).

A avaliação é um processo dialógico: cuja relação vai conceber o conhecimento como apropriação do saber pelo aluno e também pelo professor, como ação-reflexão-ação que se passa na sala de aula em direção a um saber aprimorado, enriquecido, carregado de significados, de compreensão. Dessa forma, a avaliação passa a exigir do professor uma relação epistemológica com o aluno, uma conexão entendida como reflexão aprofundada a respeito das formas de como se dá a compreensão do educando sobre o objeto de conhecimento (HOOFFMAN *et al*, 2010).

Para Primo (2006), independente da modalidade de ensino em questão, a avaliação precisa se caracterizar como uma interação mútua e valorizar o trabalho autoral e cooperativo dos alunos. A simples inserção de tecnologias na educação ou a utilização de ferramentas apoiadas nas TIC's não irá garantir avanços no processo de EaD. A utilização coerente dessas interfaces poderá contribuir para um processo ensino-aprendizagem justo, coerente e autêntico em todas as suas fases, inclusive no momento da avaliação.

Ainda para Hoffman, a finalidade primeira da avaliação é sempre promover a melhoria da realidade educacional e não descrevê-la ou classificá-la. Desta forma, o papel da avaliação é de fornecer ao professor dados importantes a respeito das aptidões e dificuldades dos alunos, contribuindo ainda para uma reflexão por parte do educando que irá ter a oportunidade de melhorar o seu desempenho diante dos dados apontados.

Entre diferentes autores discute-se um sistema de avaliação que além de medir a performance acadêmica do aluno, lhe forneça também um diagnóstico sobre a eficiência de seus estudos, além de orientação para eventuais correções. O que está sendo proposto é que, além das avaliações quantitativas, adequadas para a atribuição de notas, sejam realizadas também avaliações qualitativas, para a disponibilização dessas observações anteriormente citadas.

Já Silva (2006) afirma que a sistemática de avaliação em EaD está constantemente em debate pela busca de aperfeiçoamento. Presentemente recomenda-se que envolva quatro fases, como a seguir: avaliação diagnóstica, avaliação formativa, avaliação somativa e avaliação emancipadora. A seguir estão descritas estas fases recomendadas pela autora:

- a. *Avaliação diagnóstica*: nesta avaliação há a busca pela identificação das competências que o aluno já possui, ao início do componente, com o objetivo de possibilitar adequação desse aluno ao grupo e nível de aprendizagem mais recomendado. A avaliação formativa, ou de processo, altamente interativa, cobre-se a aprendizagem no seu transcurso ao longo do componente, com perguntas e respostas de maneira que se obtenha o acompanhamento do desempenho do aluno,

objetivando correções no processo educacional. Tem por objetivo detectar a capacidade do processo e do aluno inserido nele, para que se alcancem os objetivos propostos.

- b. *Avaliação somativa*: esta sistemática de avaliação, em EaD, corresponde as provas presenciais obrigatórias. Por ela busca-se identificar qual a diferença expressa quantitativamente entre a meta de aprendizagem e o nível de conhecimento que foi atingido pelo aluno. A avaliação somativa, que pode ser considerada como uma das marcas registradas do tradicional “instrucionismo” do qual a educação a distância e as modernas técnicas de ensino buscam fugir, mas, apesar de toda a estigmatização com a qual é tratada, ela não deixa de ser um importante instrumento de avaliação, que certamente tem seu lugar garantido em qualquer projeto de ensino de cursos em quaisquer níveis. A aplicação de avaliações somativas garante um retorno muito eficaz (na maioria das vezes) ao docente sobre os resultados obtidos ao término e/ou durante um curso. Entretanto, se utilizada sem nenhum outro tipo de acompanhamento, pode se constituir como vilão nos processos de ensino, já que, por ser tradicionalmente utilizada ao término de um processo educativo, não dá chance ao educador para que ele corrija possíveis falhas de formação.
- c. *A avaliação emancipadora*: nesse tipo de avaliação o professor recorre a instrumentos de autoavaliação e coavaliação para desenvolver o senso de autocrítica e melhorar o estágio de autodesenvolvimento do aluno. O resultado desta avaliação se expressa por meio de pequenos relatórios qualitativos. É necessário acompanhar os avanços educacionais que norteiam a EaD, também no que tange à prática avaliativa, propondo um olhar diferenciado e inovador, dando-lhe novas possibilidades.
- d. *Avaliação formativa e colaborativa*: por esse tipo de avaliação entende-se como o processo no qual todos os sujeitos envolvidos participam e existe a preocupação com o acompanhamento e a orientação do aprendiz exigindo do professor flexibilidade e disponibilidade para a mudança, tendo, portanto, duas funções; uma informativa e outra reguladora. Ela pode ser feita com a utilização de certas ferramentas disponíveis nos ambientes, como as de comunicação (fóruns, chats, portfólio) e as de controle (intermap, relatórios de frequência e número de acessos). No entanto, verifica-se que somente o mero relato quantitativo destas

ferramentas deixa algumas lacunas importantes para avaliar qualitativamente as participações dos usuários.

Elaborar uma sistemática de avaliação que atenda a todos os requisitos para efetivamente qualificar um sistema de ensino-aprendizagem tem sido um objetivo buscado por educadores que estudam ferramentas ou instrumentos que viabilizam a avaliação autêntica. Estes estudiosos incansavelmente buscam avaliar, de forma direcionada, o desempenho do estudante na execução de suas tarefas, bem como definem critérios para avaliar o desempenho do discente.

Atualmente, a proposta da avaliação autêntica é uma das sugestões para renovação da prática avaliativa no campo da EaD, tendo em vista sua natureza inovadora e transparente na busca pela melhoria da qualidade da aprendizagem. Entende-se por avaliação autêntica um processo participativo e multidirecional, no qual os alunos se autoavaliam, são avaliados por seus colegas e pelo professor, e este por sua vez, aprende com seus alunos (CONDERMARIN, 2005).

Wiggins (2010) considera uma avaliação autêntica quando examinamos diariamente o desempenho dos alunos em tarefas intelectuais que valem à pena. Desta forma, a avaliação deixa de ser um processo unidirecional, - de responsabilidade apenas do professor -, tornando o aluno e o professor os participantes do processo ensino-aprendizagem. Diante desta proposta, por parte do professor cabe um planejamento antecipado e a elaboração dos objetivos que se pretende alcançar, no que diz respeito à aprendizagem dos alunos. A avaliação autêntica é projetada para simular atividade da vida real em que os estudantes estão comprometidos resolvendo problemas. É um tipo formativo de avaliação, porque é considerada parte contínua do processo ensino-aprendizagem.

Nesse contexto, atividades como exercícios, fóruns de discussão, chats, que também contribuem para o processo de avaliação da aprendizagem, além de estimular a interação e a participação do aluno, podem acontecer via ambiente virtual de aprendizagem e, somadas as avaliações presenciais, agregam valor à formação do aluno.

Desta forma, a avaliação do aluno deve ser pensada enquanto indicador para que as instituições educacionais possam analisar se estão ou não atendendo às exigências da sociedade em que se inserem. Nessa concepção, a avaliação analisa, com base nas características demográficas dos estudantes (sexo, região de origem, formação anterior, experiências trazidas do contexto familiar e social, entre outros), os impactos causados pelas ações educativas (DINIZ, 2000).

Esta mesma autora acrescenta que os alunos devem ter os seus desempenhos avaliados durante e ao final do processo ensino-aprendizagem, assim como, o desempenho dos profissionais (professores, orientadores, coordenadores, enfim todos os que fazem parte da

instituição) devem ser avaliados, frente aos programas curriculares, formas metodológicas de ensino e de avaliação, e ações educacionais que atendem às exigências da sociedade. Realizando, assim a avaliação educacional.

A avaliação tem sido classificada em distintas modalidades. Luckesi (1996) defende a avaliação diagnóstica, Hoffmann (2001) privilegia a avaliação como mediadora e a considera oposta à avaliação classificatória, que consiste em corrigir periodicamente tarefas e provas do aluno, para verificar respostas certas e erradas, e tomar decisões sobre sua aprovação ou reprovação.

É de Luckesi (1996) a contribuição para a elucidação dos pressupostos filosóficos e educacionais das práticas avaliativas do ensino, que insiste na necessidade de qualificar a avaliação, não em função dela mesma, mas do fim a que ela se destina, mostrando que, esta ao conquistar espaço tão amplo nos processos de ensino ao longo dos tempos, condicionou a prática pedagógica ao que ele chamou de pedagogia do exame. Sua principal crítica diz respeito à avaliação utilizada como meio de classificar os alunos nas posições inferior, média e superior, de acordo com seu desempenho. Sua proposição para a avaliação escolar é que esta atenda a dois objetivos: ajudar o educando, pelo processo ensino-aprendizagem, no seu desenvolvimento pessoal; e dar uma resposta à sociedade acerca da qualidade do trabalho educativo (LUCKESI, 2000).

O autor supracitado reforça ainda que essa modalidade de avaliação assume dois propósitos: o de detectar características próprias dos alunos, como interesses, atitudes, habilidades, conhecimentos anteriores, bem como estratégias e métodos de ensino adequados àquele programa escolar; e o de descobrir as razões dos sintomas de deficiência de aprendizagem apresentados, a fim de que, se possível, sejam tomadas medidas terapêuticas para corrigir ou eliminar os obstáculos para o processo ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, a competência está em assumir a responsabilidades, sendo, então, uma atitude social, e o curso de educação profissional deve buscar desenvolver em seus alunos iniciativa, responsabilidade e autonomia, com concepção ético-política sobre o trabalho e as relações sociais. Entendendo que esse trabalho se refere à área da saúde, implicando, outra vez, em capacidades que permitam a articulação e mobilização de conhe-

cimentos, habilidades e valores e, que estes se manifestem na realização de atividades no campo profissional, de natureza técnica, metodológica, comunicativa e sócio-política.

A forma como a avaliação tem se dado nos cursos de Enfermagem repercute o conceito de educação contido nos projetos político-pedagógicos desses cursos e na ideologia defendida pelos professores e pela própria escola de Enfermagem que estes representam. Na maioria das vezes, vemos a avaliação ser realizada de forma tradicional, visando apenas à quantificação do aproveitamento do aluno, expressa simplesmente na forma de uma nota ou de um parecer que, de longe, representa a totalidade do processo de aprendizagem do aluno (NIETZSCHE, 1993).

Para Magalhães (2007) a formação de recursos humanos em Enfermagem orientada por processos avaliativos que consideram o aluno como sujeito do processo ensino-aprendizagem e da avaliação repercute, positivamente, na assistência de saúde porque os egressos tendem a reproduzir essa forma de relacionar-se com o usuário do sistema. Para ser coerente com uma educação que se faz utilizando uma gama de recursos disponíveis, inclusive os de tecnologia, informação e comunicação a avaliação em EaD deve ser formativa, desenvolvida ao longo do processo ensino e aprendizagem. É preciso considerar as condições de flexibilidade de tempo e espaço, próprios da EaD, por isso ela deve ser diversificada, pois oferece muitos ambientes de interação. Assim como, ela deve ser realizada, também, por meio da autoavaliação para que os estudantes possam conhecer o seu próprio rendimento.

Neste sentido, Picanço (2003) nos alerta que devemos considerar o potencial implícito na EaD, pelo que essa prática provoca em termos de reflexão sobre o sentido da educação, e pelos novos modos de construção e avaliação do conhecimento. Sobre a definição do processo de avaliação dos cursos de EaD, no Brasil, a LDB nº 9.394/96 adota como princípio a avaliação em processo. Entretanto, no seu Artigo 80, § 2º, estabelece que “a União regulamentará os requisitos para a realização de exames e registros de diplomas relativos a cursos de Educação a Distância. Essa regulamentação veio através da Resolução nº 1, de 5 de julho de 2000, da Câmara de Educação Básica que estabelece: “(...)em cursos a distância, a certificação de conclusão só ocorrerá via exame presencial(...)”, conforme o Art. 10 (BRASIL, 1996).

A EaD tem separado a avaliação da aprendizagem dos processos de ensino e aprendizagem, adotando modelos vigentes da educação presencial, para controlar o processo de certificação dos cursos, podendo significar assim que, apesar do curso ser a distância, a avaliação é presencial, representando um momento de ruptura com o processo educativo em desenvolvimento, mediado por tecnologias (PICANÇO, 2003).

O tema avaliação da aprendizagem em EAD está em constante debate e em aberto. Apesar da legislação em nosso país definir que a avaliação deve ser realizada em regime presencial, sabe-se que é o projeto político-pedagógico que define preliminarmente, e em conformidade com a concepção pedagógica, o processo de avaliação a ser adotado. O que não implica em deixar de atender a legislação vigente. É preciso reconhecer que a avaliação da aprendizagem, assim como toda ação avaliativa, é processo intencional, político, contínuo, dinâmico, que deve ser sistematizado e planejado de forma a atingir os seus objetivos.

3.6 A educação a distância e Paulo Freire

A avaliação permite e incentiva que haja um diálogo da prática entre discente e docente, na perspectiva de ser ele um instrumento na relação de alunos com o Mundo Virtual, encontramos em Paulo Freire (1990) uma inspiração para afirmar que o diálogo implica responsabilidade, direcionamento, disciplina determinação e objetivo. O diálogo significa uma tensão permanente entre autoridade (professor) e liberdade. A educação dialógica parte da compreensão de que os alunos têm experiências a serem compartilhadas, podemos então considerar que o diálogo na EaD envolve o professor orientador e seus alunos o que é fundamental como uma prática de liberdade.

É o ato de perguntas e debates abertos, promovido pelo diálogo, bem como nas curiosidades, e posicionamentos crítico dos educandos, elementos que são fundamentais no processo de ensinar e aprender, pois permite reflexões. Segundo Freire (1992, p. 132) “ouvir os alunos, falar como compreendeu seu mundo, é comungar com eles no sentido de uma compreensão crítica e científica”. O diálogo deve se fazer presente na medida em que torna possível a interação entre professores e alunos na perspectiva que se pergunta e se responde no âmbito da EaD.

A busca por um processo de ensino-aprendizagem dialógico defendido por Freire (1987, 1996) é entendida como premissa em todos os espaços educativos sejam presenciais ou a distância. No caso da educação a distância, diferentes recursos podem promover essa comunicação entre os participantes do processo educativo.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem da pesquisa

A abordagem utilizada na pesquisa foi qualitativa e descritiva, selecionada por nos dar a oportunidade de elaborar ideias, fazer novas descobertas e trazer informações

qualificadas. Para Minayo (2012, p. 623) “[...] o verbo principal da análise qualitativa é compreender, exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento”. Neste sentido, entende-se que esse tipo de pesquisa busca compreender a realidade vivida pelos sujeitos pesquisados, seu significado e valores.

A abordagem qualitativa para Godoy (1995, p. 58), envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

O foco da pesquisa qualitativa é compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos, entender a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (SAMPIERI, COLLADO; LÚCIO, 2013; MINAYO, 2014).

Na abordagem qualitativa descritiva, o objetivo central é descrever características do tema investigado. Gil (2012, p. 28), afirma que “alguns tipos de pesquisas descritivas [...] vão além da identificação da existência de relações entre as variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação”.

4.2 O Cenário da pesquisa

A pesquisa desenvolveu-se no município de Sobral-CE, localizado na Região Norte do Estado do Ceará, distante aproximadamente 250 km da capital, Fortaleza. Sobral é o segundo município mais desenvolvido do Ceará e o segundo maior do interior, com população de 206.644 habitantes, ostentando, ainda o título de cidade universitária, pois aporta quatro grandes instituições de Ensino Superior em nível Federal, Estadual e Privado, e desenvolver-se-á no Centro Universitário INTA-UNINTA. (IBGE, 2018).



Imagem 1 - Mapa da região norte.
(Fonte: imagem reproduzida do portal do Governo do Estado do Ceará.)¹

O Centro Universitário INTA-UNINTA, inicialmente conhecido como Instituto Superior de Teologia Aplicada- INTA foi criado em 09 de agosto de 1999. Mantido pela Associação Igreja Adventista Missionária (AIAMIS). É uma sociedade civil com personalidade jurídica, de direito privado, sem fins lucrativos, credenciada pelo Ministério da Educação através da Portaria nº 1.744, tendo seu primeiro Curso de Graduação, autorizado pela Portaria nº 1.745 de 07 de julho de 2003.

Foi no ano de 2011, que o Centro Universitário INTA recebeu a visita, *in loco*, para o Credenciamento da Instituição de Ensino Superior (IES) para Educação à Distância.

O UNINTA é a Instituição de Ensino Superior (IES) do município de Sobral que mais oferta Cursos da área da saúde, possuindo um total de doze (12) cursos (UNINTA, 2020), contudo o curso de Enfermagem consta 40 turmas, sendo 13 no turno manhã, 10 turmas à tarde, 03 no turno da noite e 14 turmas já formadas. Com um total aproximadamente de 4.579 alunos, vale ressaltar que seu conceito no ENADE é 3 e conceito de curso 4 (UNINTA,2020).

¹ Disponível em: <https://www.pefoce.ce.gov.br/projeto/regiao-norte-sobral/>. Acesso em: 15/05/2021.

Tabela 1 - Cursos na área da saúde.

CURSOS	DATA DE AUTORIZAÇÃO DA CRIAÇÃO DO CURSO
Medicina Veterinária	04 de agosto de 2006
Enfermagem	02 de agosto de 2007
Fisioterapia	03 de agosto de 2007
Educação Física	07 de agosto de 2007
Nutrição	07 de abril de 2008
Farmácia	08 de junho de 2008
Medicina	04 de fevereiro de 2011
Odontologia	07 de fevereiro de 2013
Biomedicina	27 de agosto de 2013
Fonoaudiologia	07 de agosto de 2014

(Fonte: UNINTA, 2020)

O UNINTA é uma instituição privada, a maior da zona norte, foi selecionado por formar profissionais de toda região, é a única instituição que trabalha na perspectiva dos 20% em Educação a Distância ainda que, existam Instituição Federal, Estadual, Institutos Federais de Educação na região, contudo, as estas não trabalham nesta perspectiva, além de formar cidadãos capazes de transformar a realidade social, com base em inovações científicas e tecnológicas nas diversas áreas do conhecimento.

4.3 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa: acadêmicos regularmente matriculados no curso de Enfermagem do Centro Universitário INTA-UNINTA nos primeiros semestres do curso, pois esse é o período que as disciplinas em EaD são ofertadas. Não foi realizada nenhuma divisão por gênero, idade e etnia.

4.4 Critério de Inclusão e exclusão dos participantes

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estar regularmente matriculado no curso de Enfermagem; e ter cursado no mínimo três disciplinas em EAD. Os estudantes participantes serão convidados através de contato pessoal sendo utilizado e-mail e *whatsapp* pessoal destes. Como critérios de exclusão foram observados: alunos que por algum motivo trocou de curso; alunos que mudaram de instituição; e alunos que desistiram do curso. Aqueles que não atenderem aos critérios citados foram excluídos da pesquisa.

Os estudantes matriculados nos semestres iniciais do curso de Enfermagem que se dispuseram a participar dos momentos solicitados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

4.5 O Processo de coleta de dados

A pesquisa coletou dados na perspectiva de captar dos participantes, suas percepções sobre o objeto de estudo e apreender e perceber o discurso dos participantes coletados. Para atingir os objetivos previstos se faz importante que a coleta de dados siga certo padrão e rigor técnico, entretanto não deve ser fixa e invariável, antes deve ser exequível, mas não linear, de forma especial por tratar-se de uma pesquisa qualitativa que abordará um fenômeno (SAMPIERI; COLADO; LUCIO, 2013). Desta forma apresentamos como os dados foram coletados.

- 1) A coleta ocorreu de forma virtual utilizando conferências no *Google Meet*. Foi aplicado um questionário sociodemográfico do participante, indicando um codinome, idade, identidade de gênero, escola que concluiu o Ensino Médio, estado civil. As principais vantagens dessa técnica estão na economia de tempo, obtenção de respostas mais rápidas e precisas, maior tempo para respostas e em horário mais favorável.

Utilizamos na pesquisa um questionário de Auto Regulação da Aprendizagem Online (OSLQ) com o intuito de avaliar se as disciplinas em Educação a Distância foram eficazes no processo ensino/aprendizagem, o questionário foi adaptado a partir do manual desenvolvido por (CROOKS *et al.*, 2008) e (BERNARD, LAN e TO, *et al.*, 2009). Este instrumento é um dos mais utilizados na literatura da EaD, pois foi desenvolvido e projetado para a avaliação de habilidades de autorregulação que são importantes na aprendizagem on-line. O instrumento apresenta uma escala de 24 itens com um formato de resposta do tipo Escala de Likert de 5 pontos, com valores variando entre 'concordo totalmente' (5) até 'discordo totalmente' (1)², essa coleta ocorreu por meio eletrônico via *Google Forms*. Para análise dos dados utilizamos o e-mail pessoal dos participantes.

Foi aplicado um terceiro questionário online contendo quatro questões abertas, essa técnica se torna flexível e dinâmica, podendo o sujeito envolvido responder no conforto do seu lar, há qualquer momento.

² Conforme Apêndice E, constante no item apêndice deste trabalho.

- 2) Os procedimentos adotados na pesquisa foram baseados no texto desenvolvido por Pinto (2016) e seguiram etapas para a captação das informações necessária. Foram desenvolvidos os seguintes procedimentos.
 - a) **Procedimento 01** - A realização de contato com a Pró-reitora de Pesquisa e Graduação do Centro Universitário INTA-UNINTA para apresentação do projeto e solicitação da anuência da pesquisa para concessão de entrada da pesquisadora na mesma.
 - b) **Procedimento 02** - Anuência pela instituição, submissão, do Projeto de Pesquisa de Dissertação na Plataforma Brasil para apreciação e aprovação pelo(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa (CEP) indicado(s) no INTA-UNINTA.
 - c) **Procedimento 03** - Autorizadas pelo Centro Universitário INTA-UNINTA, e pelo(s) CEP para execução da pesquisa que ocorreu na imersão da pesquisadora na instituição;
 - d) **Procedimento 04** - Desenvolvimento com os participantes no espaço temporal.
- 3) As fases do desenvolvimento:
 - a) **Fase 01** - Ocorreu um encontro com a coordenação do curso de Enfermagem, para apresentação do projeto e em seguida foram definidas as datas, horários e disponibilidade do laboratório de informática.
 - b) **Fase 02** - Foi apresentado o projeto de pesquisa a Diretoria de Inovação para permissão da gravação do Tutorial Audiovisual.
 - c) **Fase 03** - Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre (TCLE) por parte dos estudantes que desejaram participar da pesquisa, recebemos os acadêmicos matriculados nos semestres iniciais na sala virtual do *Google Meet* para orientação e explicação da aplicação do questionário sociodemográfico e o questionário de auto regulação (OSLQ), realizamos ainda o questionário com perguntas abertas (Apêndice B).
 - d) **Fase 04**- Todos os alunos que participaram da reunião, assinaram o Termo de Consentimento Livre (TCLE).
 - e) **Fase 05** - Aplicação do questionário sociodemográfico, em seguida o questionário de Auto Regulação da Aprendizagem online (OSLQ) e o questionário online com questões abertas.

- f) **Fase 06** - Gravar o vídeo audiovisual de orientações para estudos via Educação a Distância.

4. Os Instrumentos:

Os instrumentos utilizados foram os computadores pessoais dos participantes, com internet para responder os questionários no *Google Forms*®. Utilizamos aparelho celular *iphone6* para gravar o áudio durante as entrevistas, também um *Diário de Campo* utilizado em todo o processo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Organização dos dados a serem analisados

Análise de dados obtidos se deu pela de análise temática de Minayo (2014). Segundo esta autora, a entrevista possibilita vantagem para o entrevistado, pois permite que ele discorra sobre o tema proposto pelo pesquisador sem respostas pré-determinadas. Assim sendo, o entrevistado pode falar livremente sobre o assunto revelando seus conhecimentos e experiências fazendo com que o pesquisador capte apenas as informações desejadas.

A análise temática para a autora divide-se em três etapas:

- a) **Pré-análise:** se relaciona com a escolha dos documentos a serem analisados; sequenciando com proposições de questões e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado e, na elaboração de parâmetros que orientem a interpretação final.
- b) **Exploração do material:** permite descobrir o conteúdo expresso nos documentos;
- c) **Tratamento dos resultados:** possibilita as sínteses dos dados, e avaliação da qualidade das informações coletadas na pesquisa.

A partir do histórico da modalidade EaD no Brasil, analisando suas dificuldades e principais desafios, tornou-se importante compreender o papel dos diversos elementos que influenciam a efetividade dos Ambientes Virtuais de Aprendizagem e, como elemento central, o aluno, com seu comportamento e características próprios. Pesquisas já demonstraram que as características individuais afetam a aprendizagem à distância (CHEN; PAUL, 2003; DIAS; LEITE, 2010; BERGAMIN *et al.*, 2012; CAVANAUGH; LAMKIN; HU, 2012), e assim, os pesquisadores procuram identificar quais variáveis individuais afetam os resultados da aprendizagem e a aprendizagem autorregulada tem sido considerada

elemento chave para o sucesso na EaD (PICCOLI; AHMAD; IVES, 2001; BARNARD; BRAK; LAN; PATON, 2010; DIAS; LEITE, 2010; BERGAMIN *et al.*, 2012).

Se por um lado, a flexibilidade de tempo, local e recursos dos ambientes virtuais de aprendizagem representam uma oportunidade única para os estudantes ingressarem no ensino superior, ou mesmo, dar continuidade em sua formação universitária, por outro, eles exigem maior responsabilidade do aluno, que passa a ter grande controle sobre seu processo de aprendizagem. Em ambientes virtuais de aprendizagem, “(...) os estudantes podem controlar o ritmo e a sequência do processo de aprendizagem e personalizar uma série de aspectos do ambiente virtual, realizando escolhas que podem auxiliar o desenvolvimento de sua estrutura cognitiva” (TESTA; LUCIANO, 2010).

Uma das questões de maior relevância na EaD é a qualidade da aprendizagem dos alunos que a frequentam, pois, os ambientes virtuais requerem um indivíduo ativo, que sabe controlar seus próprios processos de aprendizagem e participar ativamente nesses processos, empregando essas habilidades de uma forma positiva, ou seja, que aprenda a aprender (KORKMAZ; KAYA, 2012).

Aprender a aprender é visto como a chave para o sucesso quando se considera a educação a distância. Por conta disso, as abordagens e teorias educacionais modernas são construídas de forma a desenvolver essas qualidades nos indivíduos (KORKMAZ; KAYA, 2012).

No estudo de Silva (2007) realizou-se a amostra de dados coletados por meio dos registros do ambiente virtual e da aplicação do questionário de identificação, de característica social para interagir com colegas no âmbito acadêmico e opinião sobre a tecnologia. Conclui-se que ambientes virtuais são compatíveis para apoiar o processo ensino-aprendizagem em Enfermagem psiquiátrica, criando novas possibilidades educativas e mantendo canal aberto para a informação e a comunicação.

O desenvolvimento de cursos on-line exige dedicação conjunta de especialistas na temática, em recursos informáticos e em didática para educação a distância. As maiores dificuldades dos estudantes estão relacionadas a ter iniciativas e a desenvolver um processo de autoaprendizagem mais crítico e reflexivo.

Na pesquisa optou-se por uma abordagem das principais temáticas que desafiam a modalidade de ensino Ead. Essas temáticas a qual se referem à percepção e comportamento proativo do aluno como prerrogativa para obtenção de resultados e, por consequência, uma formação profissional de qualidade. Compreendemos que, sem a efetiva contribuição

do aluno, os meios e métodos disponibilizados a eles, na modalidade Ead podem tornar-se ineficientes para o alcance dos resultados almejados.

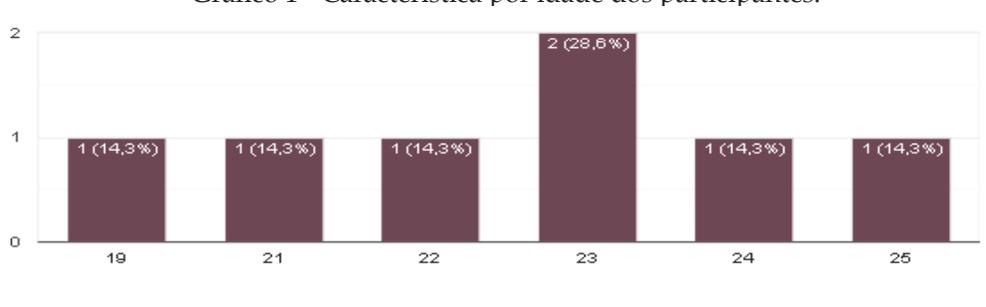
A seguir apresentamos os resultados obtidos através da aplicação do questionário sócio demográfico, Questionário de Auto Regulação da Aprendizagem (OSQL) e o Questionário com questões abertas online.

4.1.1 Perfil sócio demográfico

Utilizamos três questionários online por meio da ferramenta *Google Forms*®. O primeiro questionário buscou absorver o perfil sócio demográfico (Apêndice D) dos alunos, o encontro ocorreu através da plataforma *Google Meet*, a pesquisa foi apresentada a uma turma mista de 30 alunos dos cursos de Farmácia, Nutrição e Enfermagem, desses, 15 eram do curso de Enfermagem. Foi enviado e reenviado o formulário online para os 15 alunos, porém, apenas 07 alunos deram devolutivas dos questionários, quase 50% da turma e a partir desse momento os 07 vão representar os 100% desta pesquisa.

Ao analisar o primeiro questionário (Apêndice D), o gráfico 01, nos mostra a idade dos sujeitos da pesquisa, que tinham em média entre 19 e 25 anos de idade.

Gráfico 1 - Característica por idade dos participantes.

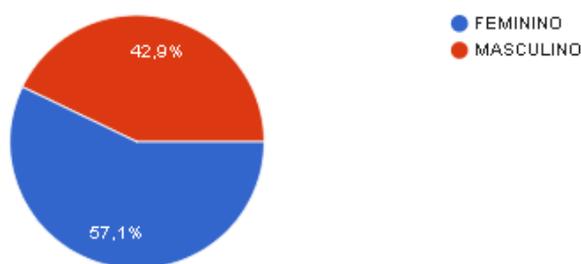


Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

O gráfico 01 demonstra que os alunos estão dentro da média de idade para o ingresso em um curso superior, evidenciando a faixa etária ideal de escolarização, levando em conta o término do ensino médio, contudo, foi constatado que alguns alunos estava há 08 anos fora do ambiente escolar, o que aponta possíveis desatualizações acerca do ambiente educacional e o ingresso no ensino superior um desafio de adaptação, para este grupo específico.

No gráfico 02, observou-se o predomínio do público feminino, de 57,1% o que reafirma a continuação histórica do perfil de egressos dos cursos de Enfermagem, que ainda é frequentemente tida como uma profissão mais procurada pelo público feminino.

Gráfico 2 - Característica de gênero

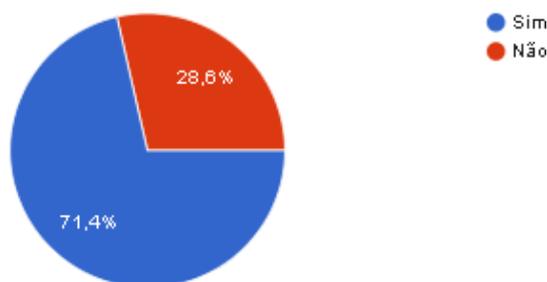


Fonte: *Google Forms®*, pela autora (2021).

De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN - SP), nas últimas décadas, mais precisamente, desde o início da Enfermagem moderna no Brasil, existe prevalência de profissionais do gênero feminino no exercício da Enfermagem. Em diversas pesquisas comprovam que a Enfermagem é um curso em que a grande maioria ainda é do gênero feminino, o que mantém possível relação com a imagem da matriarca da Enfermagem, além do que as representações sociais e culturais, o imaginário coletivo e instituições associam o cuidado à figura feminina. Estas, por sua vez assumem esse construto como elemento de suas subjetividades.

Quando pesquisados se já fizeram curso complementar utilizando a internet, conforme o gráfico 03, 71,4% informaram que já fizeram cursos a distância, o que pressupõe alguma habilidade e noções básicas sobre a ambientação nos estudos EaD, de modo que essa modalidade pode possibilitar que façam diversos cursos em outras instituições.

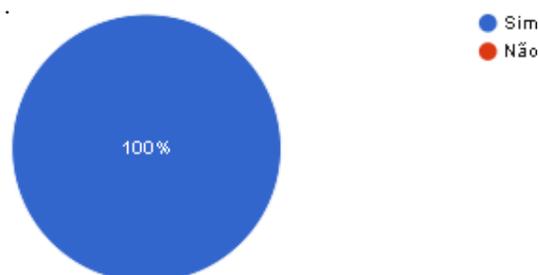
Gráfico 3 - Cursos complementares realizados em EaD.



Fonte: *Google Forms®*, pela autora (2021).

Quando perguntados no gráfico 04, se dominam a internet os 100% deles disseram ter esse domínio.

Gráfico 4 - Características dos que domina a internet



Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

No gráfico 05, todos, sem exceção, moram em zona urbana, o que significa que estes alunos têm disponível e com alguma facilidade, o acesso à internet. Em comparação as dificuldades relatadas por outros alunos, da zona rural, contudo este é um dado empírico a partir de relatos, que não compõe a pesquisa em questão, mas serve para refletir contrastes.

Gráfico 5 - Característica de moradia.



Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

No gráfico 06, dos questionados, 100% afirmam que o Ensino Superior significa ter mais oportunidade para ingressar no mercado de trabalho. O ensino superior ainda é um privilégio que poucos conseguem acessar, segundo dados da Pesquisa Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2019, lançada pelo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o acesso ao ensino superior, ainda é muito restrito, estabilizado em 32,7%³ de acesso levando em conta o público jovem entre 18 e 24 anos. Nesta pesquisa o gráfico 06, caracteriza também que para muitos o ensino superior ainda é um sonho, quando na verdade deveria ser simplesmente direito garantido, pois nem todos têm essa oportunidade garantida, com a Educação a Distância esse direito se torna mais acessível e inclusivo para dadas camadas da população, o que pode significar a realização de um sonho.

Ainda segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico e IBGE (2018), o diploma, no Brasil, é um facilitador, - não há garantias-, de inserção no mercado de trabalho e pode contribuir para o aumento da remuneração do indivíduo.

³ Dados disponíveis em: <https://www.google.com/amp/s/agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-11/aceso-nivel-superior-no-brasil-e-muito-abaxo-dos-padres-internacionais%3famp>. Acesso em: 01/08/2021.

Gráfico 6 - Característica do ensino superior e oportunidade de trabalho.



Fonte: *Google Forms®*, pela autora (2021).

O Decreto n. 5.800 (8-6-06) Art. 1º - Fica instituído o Sistema Universidade Aberta do Brasil - UAB, voltado para o desenvolvimento da modalidade a distância, com a finalidade de expandir e interiorizar a oferta de cursos e programas de educação superior no País. Percebe-se, portanto, que a política pública vem intensificando para que os estudantes tenham acesso a cursar uma graduação.

5.1.1 Estabelecimento de metas (EM)

Neste tópico, organizamos a análise dos resultados do segundo questionário por blocos de questões, utilizando os gráficos resultantes das respostas com os seguintes títulos: Estabelecimento de Metas (EM); Estruturação do Ambiente no AVA; Estratégia para Realização de Tarefas no AVA; Gerenciamento do Tempo no AVA; Busca por Ajuda; e Auto Avaliação.

No segundo Questionário de Auto Regulação (OSQL), (Apêndice E), os alunos responderam por meio da ferramenta *Google Forms®*, sobre as competências necessárias ao aluno para que se possa obter bons resultados no seu processo de aprendizagem, neste sentido podemos citar aqui a atitude como uma das competências. Entende-se que são as atitudes que determinam como os indivíduos se posicionam em relação aos outros e aos acontecimentos. É em função delas que se avaliam sentimentos, comportamentos e escolhas.

Desta forma, estudos têm demonstrado, exaustivamente, que as atitudes antecedem ao comportamento. É um estado de prontidão organizado pela experiência, que exerce uma influência diretiva e dinâmica sobre as respostas de um indivíduo diante de determinados objetos ou situações (ALLPORT, 1985, *apud* TRIANDIS, 1971).

Inicialmente utilizamos os gráficos de 01, a 05, relacionado à atitude de estabelecer metas, seja de curto, médio ou longo prazo, os resultados encontrados apontam que 50% dos alunos define algum tipo de meta, os outros 50% se fracionam entre aqueles definem parcialmente metas (12,5%), os que não sabem responder (12,5%) e chama a atenção o índice

daqueles que discordam parcialmente com a definição de metas para a realização de tarefas (25%).

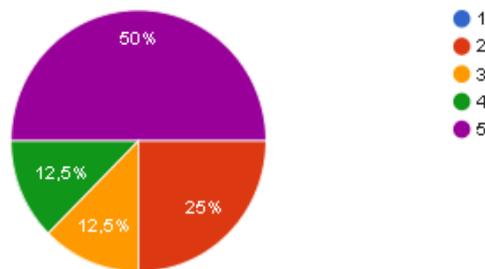
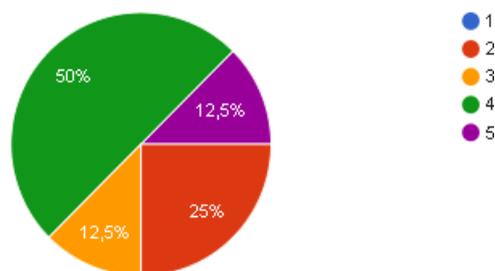


Gráfico 7 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a definição de metas para realização de tarefas.

Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

No gráfico 08, os alunos apresentam uma atitude semelhante ao que demonstra o gráfico 07, pois em termos comparativos de porcentagem os itens de mensuração “concordo totalmente” e “concordo parcialmente”, acerca do estabelecimento de metas e de metas a curto e longo prazo, se somados respectivamente em cada gráfico (07 e 08), representam 62,5% dos respondentes que articulam a atitude de definir metas como um aparato de Auto Regulação, o que demonstra possível interesse e gerência dos resultados obtidos em curso. Em oposição, tem-se a soma dos que “nem concordam, nem discordam” e os que “discordam parcialmente”, em 37,5%.

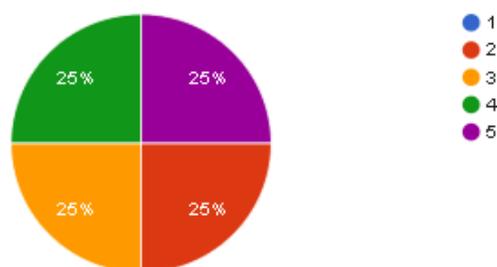
Gráfico 8 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a definição de metas a curto e longo prazo.



Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

No gráfico 09, os alunos demonstram uma diversificação equânime entre os índices de concordâncias e discordâncias, neste aspecto de autoavaliação 25% dos alunos estão de acordo com seu desempenho de aprendizagem, 25% estão de acordo apenas parcialmente, outros 25% nem concordam e nem discordam, os últimos 25% discordam parcialmente.

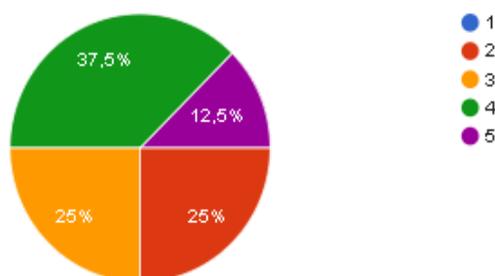
Gráfico 9 - Grau de concordância dos alunos de acordo com seu desempenho de aprendizagem.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

O gráfico 10 demonstra que apenas 12% dos alunos concordam totalmente com a definição de metas para a realização de tarefas, o que inspira preocupação, pois enquanto atitude que gera resultados positivos para o processo de aprendizagem a definição de metas para as atividades em EaD, visto que estimula a autonomia, é um passo importante. Contudo, 37,5% concordam parcialmente com auto regulação frente a definição de metas, ou seja, em soma, os que concordam totalmente os que concordam parcialmente resulta em 50% dos que tem a atitude baseada em definição de metas para a realização de tarefas, o que ratifica e confirma a perspectiva dos dados dos gráficos 07, 08 e 09 em relação a soma dos que concordam totalmente e concordam parcialmente, sobre as atitude de definição de metas para realização das tarefas, definição de metas para curto e longo prazo e concordância com o desempenho da aprendizagem, tudo isso faz relação com as respostas sobre suas definições de metas para a realização de tarefas, o que pode pressupor que, quanto mais a atitude de definição de metas esteja presente na prática de aprendizagem do aluno, mais suas definições de metas serão uma atitude continua e sua satisfação com seus resultados será elevada. Considerar a visão do aluno sob sua autoavaliação é essencial para que se possa desenvolver modos dele alcançar satisfação nos resultados.

Gráfico 10 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a definição de metas para realização de tarefas.

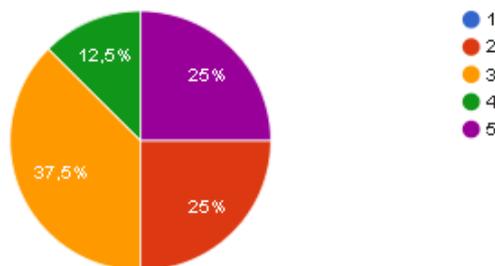


Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Merece destaque o resultado observado quando os alunos foram questionados se o trabalho/estudo era comprometido por ser uma modalidade EaD, segundo estes, 63%

dos estudantes pesquisados acreditam ter seu aprendizado prejudicado por estudar nessa modalidade.

Gráfico 11 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o comprometimento da qualidade do trabalho.



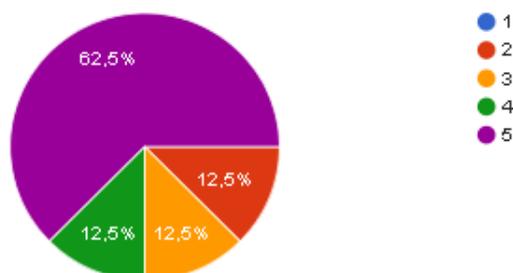
Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

É importante observar que embora os alunos se sintam nesse contexto, prejudicados, alguns autores, dentre eles Silva (2007) nos mostra que a EaD é a estratégia ideal para levar educação aos que não teriam acesso à atualização de conhecimentos, todavia, nem todos que aderem essa modalidade percebem os ganhos e os pontos fortes dentro desse processo. Em sua pesquisa, a mesma autora apontou que as maiores dificuldades dos estudantes foram relacionadas a iniciativas e o desenvolvimento de um processo de autoaprendizagem mais crítico e reflexivo, nos levando a crer que, o prejuízo mencionado pelos alunos de nossa pesquisa está diretamente relacionado a dificuldade de condução de autoaprendizagem.

5.1.2 Estruturação do ambiente no AVA

No que se refere à definição da escolha de um melhor ambiente para desenvolver seus estudos, de acordo com os resultados obtidos na pesquisa, 75% dos estudantes não apontaram problemas com a escolha do melhor local, ou melhor, horário para estudar.

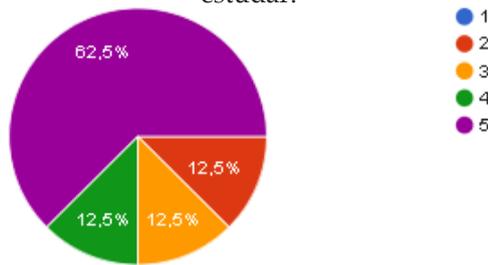
Gráfico 12 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a escolha de locais para estudo.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

De acordo com o gráfico 13, a soma dos alunos que estão de acordo e de acordo parcialmente é de 75% de concordância com a procura de um lugar confortável para estudar. Ou seja, na visão da maioria destes alunos a estruturação do AVA dispõem que essa procura ocorra de forma positiva.

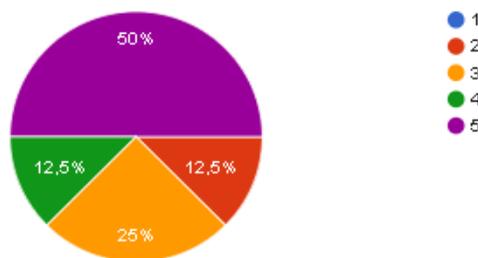
Gráfico 13 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a procura para um lugar confortável para estudar.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

No gráfico 14 os alunos evidenciam, em soma, que 62,5% estão de acordo que ambiente AVA fornece para eles o conhecimento de modo que possam estudar de forma eficiente.

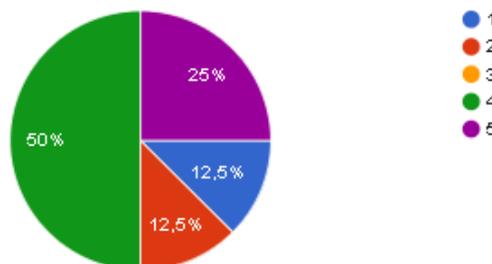
Gráfico 14 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o conhecimento de onde possa estudar de forma mais eficiente.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

O gráfico 15, que trata da definição de horário para estudar em que tenham poucas distrações, os alunos concordam em 75% que o ambiente AVA favorece este deslocamento em relação ao espaço e ao tempo em que possíveis distrações são dirimidas em face da estrutura que compõem este espaço de estudo e oferece para eles o deslocamento e flexibilidade nas definições de horários de estudos.

Gráfico 15 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a definição de horário para estudar que tenha poucas distrações.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Nessa perspectiva, estes resultados corroboram com o que foi apresentado por Almeida (2003), no qual a EaD é uma modalidade que permite ao aluno a administração de seu tempo, e autonomia, para desenvolver aquilo que lhe é proposto, podendo ainda

o mesmo dialogar com o conhecimento, com seus pares, professores e acumulação de um maior número de informações acessíveis, respeitando-se as limitações temporais impostas pelos cursos, independentemente do local de estudo.

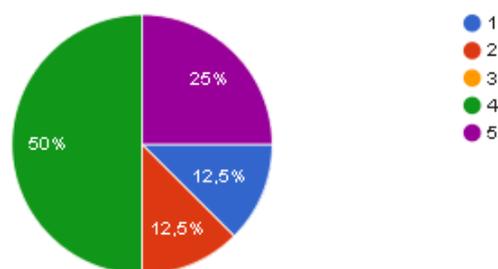
Nessa mesma linha, Bastos (2003) aponta em seus estudos que o aluno deve ser estimulado a exercer sua autonomia e para isso ele precisa de disciplina e boas estratégias de estudo, tendo em vista que, na modalidade EaD o acadêmico passa a ter papel ativo no se aprendizado, tornando-se capaz de contribuir com experiências e materiais além daqueles fornecidos pelo curso.

Destarte, em sua tese, Feijó (2010) afirma que a Enfermagem não pode ficar à margem dos avanços que a modalidade EaD tem promovido. A construção de Projetos Pedagógicos, e a configuração curricular devem assegurar ao aluno estrutura suficiente que permita sua inserção no mundo digital e virtual e promoção de conhecimento científico.

5.1.3 Estratégia para realização de tarefas no AVA

Quando questionados sobre as suas estratégias de estudo, 75% dos estudantes responderam que possuem o hábito de organizar os conteúdos de estudo através de esquemas e anotações relacionadas com os conteúdos.

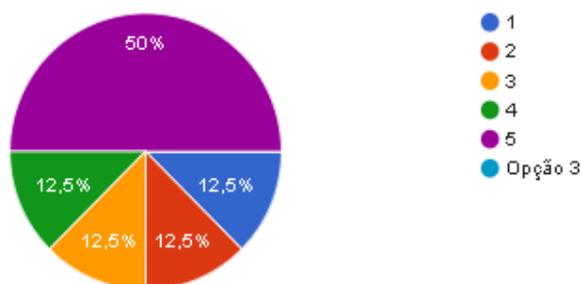
Gráfico 16 - Grau de concordância dos alunos de acordo com os esquemas e anotações relacionados ao conteúdo.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

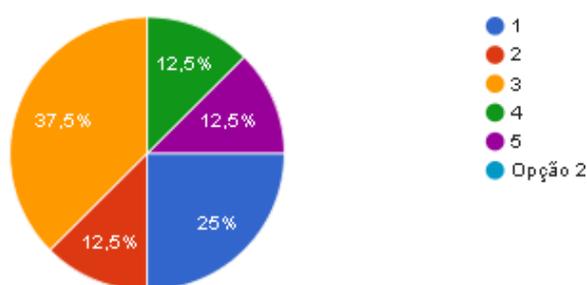
Os dados mostram que 62,5% indicaram como forma de buscar melhor aprendizado dos conteúdos disponibilizados, a leitura dos materiais em voz alta para não sofrer distrações.

Gráfico 17 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o costume de ler os materiais em voz alta para não sofrer distrações.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Gráfico 18 - Grau de concordância dos alunos de acordo com organização de perguntas antes de entrar em chats e fóruns.

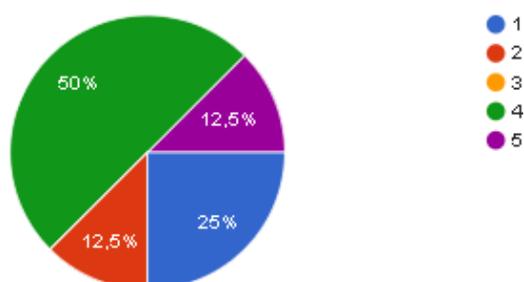


Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Os gráficos 18 e 19 deste estudo, revelam respectivamente que a maioria deles não participa e não se preparam para participar dos chats e fóruns de discussões, e que 62,5%, utilizam material extra disponibilizados na plataforma virtual de aprendizagem para estudar. Estes dados nos levam a ponderar sobre a melhoria destas ferramentas coletivas e, também, sobre como implementar formas de estímulos para que esses estudantes tenham interesse em buscar essas ferramentas, formando grupos de discussão e garantir um aprendizado mais robusto.

Segundo Moran (2009) o professor deve se tornar um incentivador dos alunos na instigante aventura do conhecimento, pois, precisa se sentir motivado e incentivado para desenvolver sua autonomia, visando à efetivação da sua aprendizagem.

Gráfico 19 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o material extra utilizado do que foi disponibilizado na plataforma.



Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

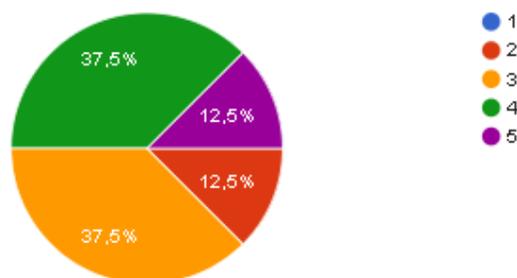
Nesse contexto, Bastos (2003) aponta que o acesso às universidades demanda uma mudança de comportamento para garantir a eficiência no processo de ensino-aprendizagem. Aponta-se a necessidade de o ambiente virtual favorecer a criação de um “relacionamento” entre os alunos, criando momentos coletivos, transformando o ambiente “online” em um ambiente seguro.

5.1.4 Gerenciamento do tempo no AVA

Gerenciar o tempo é uma forma de organizar as atividades com eficiência e, assim, evitar problemas com distrações e a perda de foco nos estudos. Dessa maneira, apesar de todas as facilidades disponibilizadas na modalidade EaD, é essencial que o aluno saiba como fazer a gestão de tempo e manter a concentração.

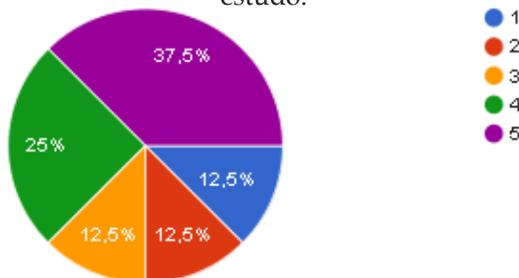
Nos resultados obtidos identificamos que 50 a 63% dos alunos reservam tempo extra para estudar as disciplinas, definindo dias específicos para estudar e realizar suas atividades curriculares, 37,5% apontam esse compromisso, mas com menos intensidade e 12,5% deles afirmam não reservar tempo para seus estudos.

Gráfico 20 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a reserva de tempo extra para estudar as disciplinas.



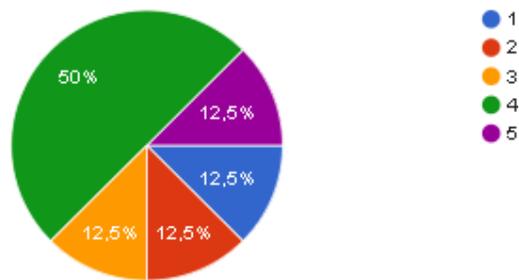
Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

Gráfico 21 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a agendar dias específicos semanais para estudo.



Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

Gráfico 22 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a distribuição do tempo estudando todos os dias.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

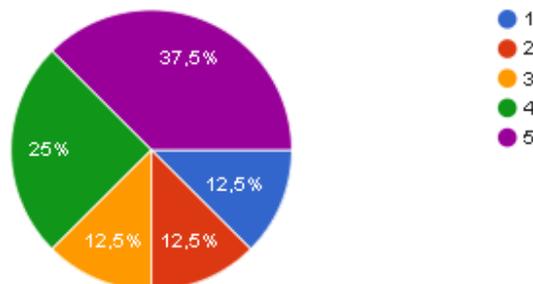
Para Sartori (2005), em ambientes virtuais de aprendizagem, a mediação ocorre por meio de diversos dispositivos que, viabilizam a comunicação, tanto síncronas como assíncrona, possibilitando a criação de diversas estratégias para favorecer o diálogo e a participação ativa dos estudantes.

Esses dispositivos são disponibilizados no ambiente virtual dos alunos. Nesse ambiente virtual, o tutor tem a função de mediador/facilitador da aprendizagem, enquanto que o aluno, de forma autônoma, deve gerenciar seu tempo e organizar sua estratégia de estudo para obter um melhor aprendizado.

5.1.5 Busca por ajuda

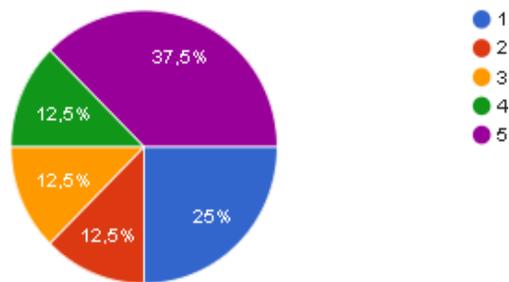
No que se refere ao processo de busca de ajuda pelos alunos para resolverem suas dúvidas no processo de aprendizagem, há uma variação de 50 a 62,5% deles que apontam procurar amigos para tirar dúvidas sobre os conteúdos e, que apesar de 75% deles não buscarem amigos em cursos presenciais, apenas 37,5% deles procura pedir ajuda ao tutor ou professor através de e-mail ou mensagem via plataforma.

Gráfico 23 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a procura por amigos para tirar dúvidas de conteúdo.



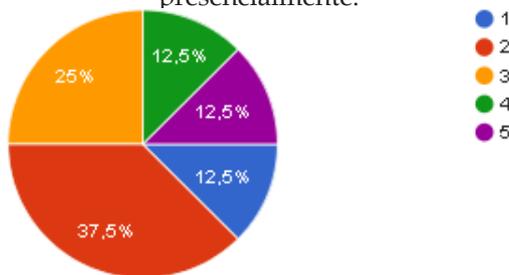
Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Gráfico 24 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o compartilhamento de problemas.



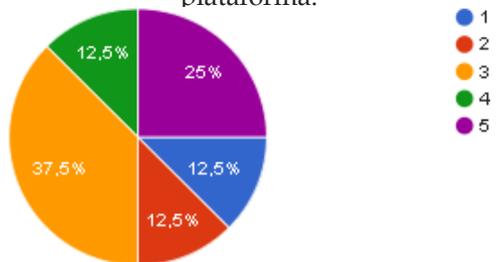
Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Gráfico 25 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o interesse em encontrar colegas de curso presencialmente.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Gráfico 26 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o pedir ajuda ao tutor ou professor através da plataforma.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

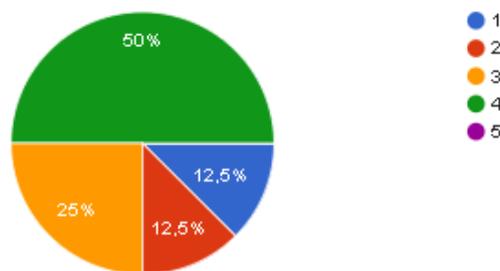
Autores como Whipp e Chiarelli (2004) apontam que a busca por ajuda é importante, e destaca que um nível menor ou moderado em relação às estratégias de procura por ajuda pode influenciar diretamente na qualidade dos resultados obtidos por esses alunos, fato que merece maior atenção por parte das instituições.

Whipp e Chiarelli (2004) afirma que os alunos melhoraram sua aprendizagem com interações virtuais e pessoais com tutores e colegas, mencionaram ainda, que, um frequente e oportuno feedback por parte dos tutores e professores são considerados essenciais para o sucesso da maioria dos alunos.

5.1.6 Auto avaliação

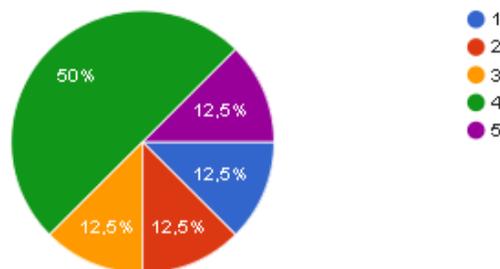
Quanto ao processo de auto avaliação, os resultados indicam que a maior parte dos alunos, 75% deles, analisam suas atitudes e comportamentos frente ao seu processo de aprendizado, mas há indício de que isso é feito com pouca intensidade. Quanto às reflexões e questionamentos sobre o material didático disponibilizado no curso 75% “avaliam”, mas não há depoimentos relatados quanto às consequências dessas avaliações. E a interação com os colegas do curso sobre o andamento do mesmo, a qualidade do aprendizado, os resultados indicam que 50% dos alunos interagem e conversam a respeito.

Gráfico 27 - Grau de concordância dos alunos de acordo com o costume de fazer resumo do aprendizado.



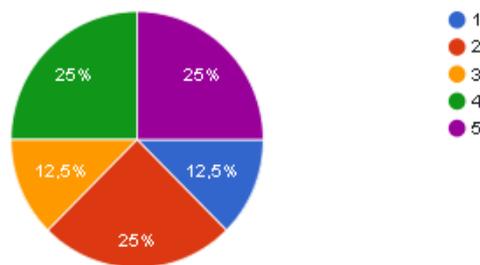
Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Gráfico 28 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a reflexão e questionamentos do material disponibilizado.



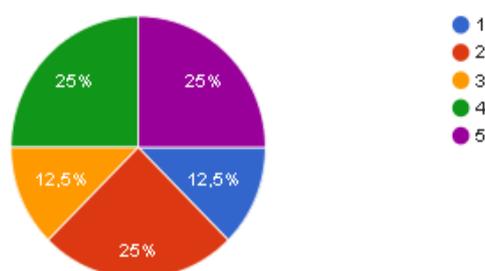
Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Gráfico 29 - Grau de concordância dos alunos de acordo com a comunicação com os colegas.



Fonte: Google Forms®, pela autora (2021).

Gráfico 30 - Grau de concordância dos alunos de acordo com comparativos do que está aprendendo com os colegas.



Fonte: *Google Forms*®, pela autora (2021).

A auto avaliação está presente em todos os modelos de aprendizagem autorregulada e de acordo com seus proponentes (BANDURA, 1986; PINTRICH, 2004; ROSÁRIO, 2004; SILVA; SIMÃO e SÁ, 2004; ZIMMERMAN, 2000) é crucial para a autorregulação a sua efetiva realização. É nesse momento que acontece a autorreflexão, o aluno emite um julgamento pessoal, se auto avalia, analisa sua atuação, bem como os resultados alcançados com relação as metas iniciais e a partir daí continua com os mesmos planos ou traça novos rumos para o seu processo de estudo e conseqüente aprendizagem.

5.1.7 Avaliação geral por meio de questões abertas

No 3º questionário Online (Apêndice F), trouxemos quatro questões abertas, que foram estruturadas a partir do enunciado introdutório “Estamos pesquisando sobre os 20% do ensino em EAD”: 1) O que você enquanto Acadêmico do curso de Enfermagem considera de diferente entre o ensino/aprendizagem em EaD e presencial?; B) Quais os pontos que facilitam a aprendizagem?; C) Dificuldades relacionados a utilização ao ambiente virtual?; e D) Qual a importância do tutor na relação ensino/aprendizagem? De modo geral, os discentes mantiveram-se de forma positiva quando responderam às quatro perguntas:

A primeira pergunta buscou saber dos acadêmicos, enquanto estudantes do curso de Enfermagem, se eles consideravam diferente o ensino/aprendizagem em EaD e Presencial, de modo geral os discentes relataram:

A1 - O ambiente em que estudamos na nossa casa existem muitas distrações;

A2 - A interação entre docente e discente, presencialmente nos alunos temos mais vontade de interagir, pois as aulas prendem mais nossas atenções.

De acordo com as respostas os alunos classificam como diferente as modalidades, para eles, o ambiente de casa traz muita distração e não conseguem se concentrar, quanto a presença do professor, consideram importante o contato e o diálogo, ainda centrado na figura do professor. O que caracteriza que os alunos não se veem como protagonista de seu

sucesso, autônomos suficientes para a realização do contato com os saberes disponibilizados e, que a modalidade que favorece o ensino aprendizagem é o presencial.

Para Moran (2009) o professor deve se tornar um incentivador dos alunos na instigante aventura do conhecimento. Porém, cabe ao aluno se sentir motivado e incentivado para desenvolver sua autonomia, visando a efetivação da sua aprendizagem.

A pergunta seguinte quis saber dos fatores que facilitam a aprendizagem na EaD e tivemos como resposta:

A1 _ ficar estudando no conforto de sua casa, buscar um lugar confortável, poder escolher o horário que quer assistir aula; Dificuldade encontrada é o contato com o professor;

A2 - A facilidade de estar conectado em todos os lugares e a qualquer hora; por outro lado as distrações com o ambiente, barulhos e ainda problemas com as tecnologias.

Observa-se que os fatores que facilitam a aprendizagem nos remetem ao uso das tecnologias que favorecem estudar a qualquer hora, em qualquer espaço, contudo a autoaprendizagem mesmo com os recursos que a Educação a Distância oferece, ainda é muito forte a narrativa da presença do professor enquanto uma necessidade para o desenvolvimento do aprendizado.

A terceira questão está relacionada com as facilidades e dificuldades relacionadas a utilização ao ambiente virtual, dos 7 alunos questionados, 100% dizem que não encontraram dificuldades e consideram o Ambiente Virtual bem estruturado. Percebe-se que as navegações em ambientes virtuais estão cada vez mais presentes na vida dos pesquisados, pode se perceber pela idade dos sujeitos que esses estão conectados na era digital, por meio da prática do manuseio destas ferramentas, eles têm condições para realizarem diversas atividades que requerem conhecimento das lógicas de navegação em ambientes digitais, favorecendo o conhecimento e conseqüentemente a aprendizagem.

Segundo Coll e Monero (2010), a Sociedade da Informação a qual vivemos atualmente, é “uma nova forma de organização econômica, social, política e cultural que comporta novas maneiras de trabalhar, de comunicar-se, de relacionar-se, de aprender, de pensar e, em suma, de viver” (p. 15). O que faz relação direta com as respostas dadas pelos alunos, pois suas vivências já estão formatadas via demandas de uma cultura digital que estabelece as formas de vida em sociedade conjugada as tecnologias desde a necessidade de uma conta bancária virtual, o acesso a programas sociais via app, o contato com instituições de segurança, políticas, o trabalho remoto em face da própria pandemia, todas estas estruturas condicionam estes sujeitos a apropriação das tecnologias como práticas da

vida cotidiana, ou seja, essa imersão favorece na ambientação e no desenvolvimento de um sujeito aprendiz no ambiente virtual.

A última questão está relacionada a importância do tutor na relação ensino/aprendizagem, os sujeitos consideram importante:

A1 - O apoio é essencial, para estimular os estudantes constantemente também é de grande relevância; tirar as dúvidas do estudante.

A2 - Eles nos dão um “norte” nos conteúdos e nas aulas fazendo com que o aprendizado seja mais facilitado.

Podemos afirmar que concordamos com os resultados do questionário considerando que, o contato entre os alunos e a faculdade são essenciais para o desenvolvimento da aprendizagem, pois eles nos trazem novos conhecimentos e também nos estimulam a buscá-los. O tutor e o professor se configuram como engrenagens importantes nessa atividade do AVA, pois contribuem para o bom desenvolvimento do aluno.

Ficam evidenciados que há fragilidades dos alunos quanto a interpretação da importância da pesquisa, do seu papel na construção de um processo de ensino na modalidade EaD, ele apresenta-se mais como um receptor de conteúdo e muito pouco como co-autor do seu processo de aprendizagem o que nos leva a refletir sobre a necessidade de se perguntar sobre a plataforma virtual.

Considerando os resultados da pesquisa apresentados, percebe-se que a experiência da formação por meio da Educação a Distância não é percebida por eles como dificuldade em relação à organização do tempo para a realização das atividades, os resultados obtidos nos mostram que, os alunos não possuem um planejamento eficiente de suas atividades, 50% deles afirmam planejar seus estudos a curto prazo, não havendo referências significativas quanto aos prazos de médio e longo tempo.

A falta dessa prática enquanto hábito, podemos afirmar que no planejamento dos estudos, denota, pelo menos, uma das razões para a subutilização da Plataforma Virtual e a pouca demanda pelo acompanhamento tutorial, mesmo que os alunos considerem que essas duas ferramentas atendam satisfatoriamente suas necessidades.

Dentre os aspectos positivos no uso da modalidade EaD, alunos, citam a flexibilidade de horários e a democratização do acesso. Com destaque para a negação de dificuldades e desafios com as habilidades tecnológicas. São apresentadas queixas, quanto a existência de poucos encontros e aproximação entre alunos e tutores, nos levando a crê que os espaços “coletivos” como Chats e fóruns, precisam ser mais estimulados e responsivos para atrair os alunos.

É possível dizer que, a presença do diálogo, não está distante na EaD, embora justifique de forma efetiva para os alunos que atuam nesta modalidade. Segundo alguns autores é muito importante abordar teorias e pensamentos de Paulo Freire, relacionando sua concepção de educação com o uso das tecnologias atualmente disponibilizadas na educação, assim como relacionar, os saberes necessários e pertinentes ao professor os quais possibilitarão uma atuação prática eficiente e comprometida com a formação dos seus alunos.

Estudando melhor o que é proposto por Paulo Freire, podemos claramente identificar que o Educador deve buscar o desenvolvimento de atitudes ativas e que considerem que ensinar não é transferir conhecimento apenas, mas criar as possibilidades para a sua produção e/ou construção destes. Todo educador precisa compreender que o ensino é um processo que não pode ser desvinculado da aprendizagem.

Paulo Freire em sua ideologia sempre sustentou que o educador tem que criar, dentro de si, algumas “qualidades” e “virtudes”, que possibilitem uma prática eficiente e comprometida. Nesse novo universo tecnológico, cada vez mais o educador precisa buscar, aprimorar seus conhecimentos e sua prática pedagógica. É na prática, que o educador aprenderá as deficiências limitantes e as possibilidades reais dessas ações.

As limitações do estudo foi: o deslocamento geográfico, a adesão a pesquisa por parte dos participantes e o desafio de ter de aguardar as respostas dos sujeitos que não respondiam; não poder auxiliar o estudante no caso de alguma dúvida. Contudo, consideramos que a técnica do questionário online, será cada vez mais utilizada devido a praticidade do envio e o alcance que esse pode ter.

5.1.8 Produto técnico

A partir de todos esses resultados discutidos apresentamos como produto técnico um tutorial audiovisual de ajuda propondo dicas, orientações e instruções utilizando o questionário de auto regulação da aprendizagem – OSQL, percebemos como esse aluno pode administrar seu tempo com o estudo, e superar as dificuldades em estudar em Educação a Distância, visto, que muitas pessoas não conseguem administrar de forma que repercuta positivamente em seus estudos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados confirmam a hipótese de que a experiência da formação por meio da Educação a Distância foi evidenciada como dificuldade na organização do tempo para a realização das atividades, no entanto para conteúdo dos cursos, a avaliação

ocorre de forma positiva. A plataforma virtual e acompanhamento tutorial foram satisfatórios no desenvolvimento da Educação a Distância, assim como a flexibilidade de horários e a democratização do acesso, bem como os desafios, a habilidade tecnológica, com a existência de poucos encontros e aproximação entre alunos e tutores.

O estudo registrou ainda, que, nessa modalidade, a avaliação da aprendizagem está a desempenhar novas posturas, tanto por parte do professor quanto do aluno. Que a avaliação deve ser compreendida, como uma estratégia de acompanhamento da aprendizagem. Afirmamos neste contexto que o aluno precisa se sentir motivado e incentivado para desenvolver sua autonomia, visando a efetivação da sua aprendizagem.

Nos resultados apresentados, evidencia-se um cenário com pouca relevância na EaD pelas instituições de ensino, mais especificamente aos cursos de graduação no Ensino na Saúde em Educação a Distância como estratégia a ser inserido na formação ensino/aprendizagem; esses indicativos trazem importantes contribuições que possibilita a melhoria do processo ensino-aprendizagem nessa modalidade.

É importante levar em consideração que, em cursos na modalidade a distância, utilizar uma inovação tecnológica atual, por si só não é suficiente para que haja benefícios significativos. É preciso selecionar os meios mais apropriados para aquisição de ensino-aprendizagem, considerando os objetivos a serem atingidos.

Identificamos nos resultados da pesquisa que na modalidade EaD, o processo educativo envolve três componentes: o professor, o aluno e o tutor. A partir desses resultados o que podemos identificar é que todos os três componentes devem aprimorar suas atitudes em relação à prática. No EaD, o professor tem seu papel ampliado de simples transmissor de informação para gestor do processo, criador de conteúdo, facilitador do processo e tutor. Nesse mesmo pensamento construtivo, o aluno passa de um receptor de informação para um agente ativo da construção, reelaboração de conhecimento e, deve exercer sua autonomia e pró atividade. O tutor, como elemento mediador, deve viabilizar a interação entre professor e aluno, estimulando o uso individual e coletivo do ambiente virtual previamente definidos como espaço de diálogo e aprendizagem significativa.

Os resultados sugerem a necessidade de maior interação entre os três componentes do universo EaD, ou seja, é fundamental que alunos, professores e tutores busquem ferramentas que promovam a integração e proximidade, para que haja facilitação e dialogo no processo de ensino-aprendizagem. Para isso, alguns fatores devem ser levados em consideração: o público- alvo dos cursos em EaD; as ferramentas utilizadas para levar a

informação; as possibilidades de interação entre alunos, professores e tutores; as alternativas de mediações pedagógicas.

A pesquisa nos aponta que para enfrentar esta realidade, precisa-se na EaD, que os processos de formação de professores, sejam analisados e, que se busque novos espaços de aprendizagem de formação, exercitando alternativas da EaD e novas ferramentas tecnológicas. A EaD exige do professor uma postura diferente da tradicional, orientando que o aluno “aprenda a aprender” e consiga ter acesso a informações disponíveis em fontes de pesquisa, tornando o acesso ao mundo virtual, a internet, como espaços de uma aprendizagem dialógica.

Podemos afirmar que o diálogo na modalidade EaD, refere-se à interação linguística direta e indireta que acontece entre tutores e alunos, tornando-se componente essencial do aspecto social da aprendizagem. Paulo Freire ao defender o diálogo na relação pedagógica, reforça a sua defesa da relação ensino-aprendizagem como um processo de busca e troca de saberes permanentes, sem que isso implique em descaracterizar o rigor teórico que deve permear o ato educativo e alfabetizador.

Acreditamos que os fatores acima relacionados, servem como referência para indicar o quanto é importante a definição das estratégias adequadas, a escolha de uma metodologia de ensino-aprendizagem mais dialógicas, o uso de ferramentas pedagógicas que favoreçam a interação entre professor-aluno e aluno-aluno. É fundamental no EaD a capacitação dos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, para que possam definir tecnologias a serem utilizadas e, o uso didático que será dado a cada uma delas. Os três principais atores da EaD, professor, tutor e aluno, devem compreender a importância de sua participação ativa em todas as etapas do processo de ensino, tendo como objetivo principal o ensino/aprendizagem.

Ao final da pesquisa, decidimos por estabelecer um diálogo a distância com os alunos que participaram do processo. Esse diálogo foi desenvolvido entre a professora pesquisadora e os estudantes utilizando a sala da aula do *Google Meet*, como instrumento facilitador de um diálogo que expressam os seguintes resultados: 1) Os alunos se sentem motivados quando existe um diálogo no AVA, pois estreitam os laços e a comunicação flui melhor. 2) É de responsabilidade do aluno a dedicação, disciplina e organização nos estudos, 3) Ele é o protagonista do seu sucesso, contudo, consistem em algumas dificuldades, dentre elas, problemas tecnológicos, todavia, gostam dessa autonomia de poder realizar as atividades há qualquer horário e momento.

Entendemos, ser esta pesquisa importante, com carência de publicações referentes a EaD, ressaltando-se que este tipo de estudo contribui a motivar os educadores e estudantes a pesquisar essa temática. Paulo Freire, defende que o diálogo é essencial para a construção da interatividade e que ela precisa ser: autônoma, promotora da dialogicidade, da conscientização, problematizada a libertária.

De forma conclusiva, podemos afirmar que, faz-se necessário que os professores participantes da EaD, tenham acesso a projetos de formação, entendendo ser ela um instrumento de ensino/aprendizagem na sociedade onde as TICs estão presentes, não só como instrumento de compreensão, como também do acesso as mídias digitais e que os alunos podem estabelecer diálogos sobre temas do seu interesse, confrontando ideias, compartilhando as TICs e espaços de pesquisa propício de interação.

REFERÊNCIAS

BARNARD-B, L.; LAN, W. Y.; PATON, V. O. **Profiles in self-regulated learning in the on-line learning environment**. International Review of Research in Open and Distance Learning, v.11, n.1, p.149-156, mar. 2010.

BELLONI, M. L. **Educação à distância**. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

BERGAMIN, P. B. et al. **The relationship between flexible and self-regulated learning in open and distance universities**. The International Review of Research in Open and Distance Learning, v.13, n.2, p.101-123, 2012.

BORGES, F. A. F. **A EaD no Brasil e o Processo de Democratização do Acesso ao Ensino Superior: Diálogos Possíveis**. Revista Científica em Educação a Distância; em foco. Disponível em: [Vista do A EaD no Brasil e o Processo de Democratização do Acesso ao Ensino Superior: Diálogos Possíveis \(cecierj.edu.br\)](http://www.cecierj.edu.br). Acesso em: 27 ago. 2021

BRANCO, L. S. A. **O papel do aluno e tutor na educação a distância**, Revista Gestão Universitária, 2017. Disponível em: www.gestaouniversitaria.com.br/artigos/o-papel-do-aluno-e-tutor-na-educacao-a-distancia. Acesso em: 28 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/11nov30_ead.html Acesso em: 11 Dez. 2019.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 Jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. Portaria n. 4.059, de 10 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 dez. 2004. p. 34.

CAVANAUGH, T.; LAMKIN, M. L.; HU, H. **Using a generalized checklist to improve student assignment submission times in an online course.** Journal of Asynchronous Learning Networks, v.16, n.4, p.39-44, jun. 2012.

CHEN, S. Y.; PAUL, R. **Editorial: individual differences in web-based instruction – an overview.** British Journal of Educational Technology, v.34, n.4, p.385-392, 2003.

CMEPES. Universidade Estadual do Ceará. **Dissertações. Produto Técnico.** Disponível em: <http://www.uece.br/cmepes/index.php/dissertacoes-cmepes>. Acesso: 01 Dez. 2019.

CMEPES. Universidade Estadual do Ceará. **Dissertações. Produto Técnico.** Disponível em: <http://www.uece.br/cmepes/index.php/areas-de-concentracao>. Acesso em: 22/01/2020.

COLL, C., e MONEREO, C. **Psicologia da Educação Virtual.** Aprender e Ensinar com as tecnologias da informação e comunicação. Porto Alegre, Artmed, 2010.

COSTA, M. L. F. (2012). **História e políticas públicas para o ensino superior a distância no Brasil:** o programa Universidade Aberta do Brasil em questão. HISTEDBR On-line,12(45), 281-295. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/revista/edicoes/45/art18_45.pdf. Acesso em: 29/06/2021.

COSTA, M. L. F. **Educação a distância no Brasil:** perspectiva histórica. In: M. L. F. COSTA e R. M. ZANATTA (Orgs.). Educação a Distância no Brasil: aspectos históricos, legais, políticos e metodológicos. Maringá: Eduem, 2008.

COSTA, M. L. F., e ZANATTA, R. M. **Educação a distância no Brasil:** programas do ministério da educação. In: M. L. F. COSTA e R. M. ZANATTA (Orgs.). Educação a distância no Brasil: aspectos históricos, legais, políticos e metodológicos. Maringá: Eduem, 2008.

DIAS, R. A.; LEITE, L. S. **Educação a distância:** da legislação ao pedagógico. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

FEIJÓ, E. J. **Avaliação do desempenho de discentes na disciplina administração dos serviços de enfermagem na modalidade de educação a distância.** Edmar Jorge Feijó. Niterói: [s.n.], 2010.

FERREIRA, J. L. **Moodle:** ambiente virtual de aprendizagem. In: M. L. F. COSTA e R. M. ZANATTA (Orgs.). Educação a Distância no Brasil: aspectos históricos, legais, políticos e metodológicos. Maringá: Eduem, 2008.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa:** um guia para iniciantes. Tradução de Magda Lopes. Porto Alegre: Penso, 2012.

FREIRE, P. **Conscientização:** teoria e prática da libertação. 3.ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia.** 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

- GARCIA, V. L. **Educação à distância (EAD) – conceitos e reflexões**. Medicina (Ribeirão Preto), 2015. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br>. Acesso em: 20/06/2021.
- GOMEZ, M. V. **Avaliação formativa e continuada da educação baseada na internet**. In: VI Congresso Internacional de Educação a Distância - ABED. Rio de Janeiro; 1999.
- HOFFMAN, J. **Avaliar para promover: as setas do caminho**. Porto Alegre: Mediação, 2001.
- IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. IBGE - Coordenação da População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>. 20/08/2021.
- KORKMAZ, O.; KAYA, S. **Adapting online self-regulated learning scale into turkish**. Turkish Online Journal of Distance Education -TOJDE, v.13, n.1, p.1302-8, jan., 2012.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- LOZADA, G. NUNES K. S. **Metodologia Científica**. Porto Alegre: Sagah, 2018. LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996. LUCKESI, C. C. **Avaliação da Aprendizagem Escolar**. São Paulo: Cortez; 2005.
- LUCKESI, C. C. **O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem?**. Pátio. Porto alegre: ART-MED. Ano 3, n. 12 fev./abr., 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2511.pdf>. Acesso em: 01/07/2021.
- MACHADO, M. **Educação a distância no ensino superior: impasses e possibilidades**. **Revista científica intraciência**, ano 2, n. 1, p. 61-105, 2010.
- MAGALHÃES, Z. R. **Avaliação da aprendizagem na prática da tutoria de educação a distância: a experiência na formação pedagógica de enfermeira(o)s**. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo, Atlas, 2010.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Disponível em https://social.stoa.usp.br/articles/0028/5691/Minayo_MCS_2012.pdf.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo (SP): Hucitec, 2014.

MOORE, M. G.; KEASLEY, G. **Educação à distância: uma visão integrada.** São Paulo: Cengage Learning, 2007.

MOORE, M.; KEARSLEY, G. **Educação a distância: uma visão integrada.** São Paulo: Cengage Learning, 2010.

MORAN J. M. **Avaliação do Ensino Superior a distância no Brasil. Escola de Comunicações e Arte.** Universidade de São Paulo (USP); 2008. Disponível em: <http://www.eca.usp.br/prof/moran/avaliacao.htm>. Acesso em: 01 de janeiro de 2010.

PATTON, M. Q. **Qualitative research & Evaluation methods.** 4.ed. United States of America: SAGE, 2015.

PEIXOTO, H. M; PEIXOTO, M. M.; ALVES, Elioenai Dornelles. **Aspectos relacionados à permanência de graduandos e pós-graduandos em disciplinas semipresenciais.** Acta paul. Enferm: São Paulo, v.25, n.spe2, p.48-53, 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 set. 2019.

PICCOLI, G.; AHMAD, R.; IVES, B. **Web-based virtual learning environments: a research framework and a preliminary assessment of effectiveness in basic it skills training.** MIS Quarterly, v.25, n.4, p.401-426, dec., 2001.

PICONEZ, S. C. B. **Introdução à Educação a Distância: os novos desafios da virtualidade.** Portal do Núcleo de Estudos de Eja e Formação de Professores, 2003. Disponível em: <https://scholar.google.com/citations?user=kT6nf4cAAAAJ&hl=pt-BR>. Acesso em: 23 jun. 2008

PINTO, F. R. M.; SILVA, C. A. B. **Desvelando a percepção do homem obeso mórbido sobre sua sexualidade.** Dissertação. 175f. Mestrado em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. UNIFOR. Ceará, 2016. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFOR_85e13d8fc9cabb480e488f8ae320cd87. Acesso em: 01/07/2021.

PRETI, O. **Educação a distância: fundamentos e política.** Cuiabá, MT: EdUFMT, 2011.

RAMOS, W.; SILVA, G. J. **O ambiente virtual de aprendizagem (ava) como potencializador da autonomia do estudante: estudo de caso na uab-unb.** Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa 2011 - Volumen 4, Número 2. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21946/3/ARTIGO_AmbienteVirtualAprendizagem.pdf Acesso em: 29/08/2021.

RODRIGUES, L. R; RAMOS, J. L C.; SILVA J. C. S.; GOME, A. S.; FONSECA, J. A. V;

SOUZA, F. F. **Validação de um instrumento de mensuração de autorregulação da aprendizagem em contexto brasileiro usando análise fatorial confirmatória.** São Paulo V. 14 N^o1, 2016.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 5. ed. Porto Alegre (RS): Penso, 2013.

SÁNCHEZ L. P. **El foro virtual como espacio educativo: propuestas didácticas para su uso.** Verista Quardens Digitals Net, 2005. Disponível em: http://www.quardensdigitals.net/datos_web/homeroteca/r_1/nr_662/a_8878/8878.html.

Acesso em: 27 abril 2009.

SARTORI. A. R. J. **Educação Superior a Distância: gestão da aprendizagem e da produção de materiais didáticos impressos e on-line.** Tubarão: Editora Unisul, 2005.

SILVA, D. M. da et al. **Estilos de aprendizagem e desempenho acadêmico na Educação a Distância: uma investigação em cursos de especialização.** Rev. bras. gest. neg., São Paulo, v. 17, n. 57, p. 1300-1316, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-48922015000401300&lng=pt&nr-m=iso. Acessos em: 12, fev. 2020.

SILVA, E. C. **Educação à distância: Ambientes digitais para o processo de ensino- aprendizagem em enfermagem psiquiátrica.** Ribeirão Preto, 2007.

SOARES, C. B. et al. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 335-345, Apr., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200335&lng=en&nr-m=iso. Acesso:15 ,Mar., 2020.

SOTO, U.; MAYRINK, M. F.; GREGOLIN, I. V.(orgs.) **Linguagem, educação e virtualidade** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: Acesso:15 ,Mar., 2020.

SOUZA, C.P. **Avaliação do rendimento escolar.** 2 ed. Campinas: Papirus, 1993.

TORREZ, M. N. F. B. **Educação a distância e a formação em saúde: nem tanto, nem tão pouco.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro , v. 3, n. 1, p. 171-186, mar., 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462005000100009>. Acesso em:12, fev., 2020.

UNINTA, C. U. I. **Normatiza a unificação de disciplinas a serem ofertadas em ead de cursos de graduação presenciais e ead na ies.** Disponível em: <https://uninta.edu.br/site/portarias/portarias-de-2016/>

VALENTE, J. A. **A espiral da aprendizagem e as tecnologias da informação e da comunicação: Repensando conceitos.** In: Joly MCRA (Org.). A tecnologia do ensino: Implicações para aprendizagem. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

VIANNEY, J. **A universidade virtual no Brasil:** o ensino superior a distância no país. Tubarão: Unisul, 2003.

VIANNEY, J.; BARCIA, R. M.; LUZ, R.J.P. **Universidade Virtual:** oportunidade de crescimento ou ameaça para as instituições de ensino superior. In: Revista Estudos, Brasília: Associação Brasileira das Entidades Mantenedoras de Ensino Superior, 2006.

CAPÍTULO 2

PROBLEMATIZANDO AS METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE ENFERMAGEM: ENTRE O SIM E O NÃO

*PROBLEMATIZING ACTIVE METHODOLOGIES IN
NURSING TEACHING: BETWEEN YES AND NO*

Leiliany Magno Cunha
Cleide Carneiro
Jean Carlos Souza Silva
Meirecele Caliope Leitinho

RESUMO

A Metodologia Ativa (MA) pode ser compreendida como uma mudança na didática tradicional ou como uma complementação, tendo como objeto o processo de despertar no aluno a curiosidade, o questionamento, a problemática e a modificação do seu papel como mero coadjuvante da sua aprendizagem. Analisando dentro dessas perspectivas de novos métodos de ensino e aprendizagem, e para uma quebra de um modelo tradicional de educação, o estudo tem alguns questionamentos sobre o objeto de estudo: Quais os indícios na formação e utilização de Metodologias Ativas nas práticas docentes dos professores do curso técnicos de enfermagem? Existe uma formação adequada para os docentes de enfermagem em MA? Como acontece o desenvolvimento de metodologias ativas no ensino/aprendizagem? Qual o compreensão que os docentes têm sobre MA. O pressuposto do estudo refere que os docentes do curso técnico de enfermagem não utilizam as metodologias ativas por falta de formação sobre elas, podendo essa hipótese ser confirmada com a pesquisa ou surgiu um novo pressuposto a ser analisado. O estudo descritivo realizado através de uma abordagem qualitativa, que ajudaram a descrever o problema e a hipótese da pesquisa, além de contribuir para descrição detalhas dos dados e fenômenos observados. Os sujeitos da pesquisa serão professores do Curso Técnico de Enfermagem do município de Itapipoca. A coleta de dados se dará através uma entrevista reflexiva e uma análise documental do Plano de Curso. Os dados da entrevista serão analisados por categoria de acordo com descrição feita por Minayo (2009). Dentro análise dados foi percebido, foi possível verificar o porquê não utilizar as MA, tem mais pontos, pois tanto dentro da análise documental, quanto da reflexão feitas pelos sujeitos, a análise é que a utilização MA, não é promovida e de maneira ineficiente a formação dos docentes não permite que sua utilização. Com esse estudo não estamos fazendo um desmerecimento do modelo tradicional, mas queremos demonstrar necessidade de uma formação para enfermeiro docente mais ampla, que ele possa de acordo com os objetivos de aprendizagem desenvolver na sua sala de aula uma didática que possa alcançar esse objetivo. Demonstrando em sua prática docente a compressão de diversos mecanismos didáticos e assim contribuir para o processo de ensino e aprendizagem do aluno.

Palavras-chave: Enfermermagem. Formação Docente e Metodologias Ativas.

ABSTRACT

The Active Methodology (MA) can be understood as a change in traditional didactics or as a complement, having as object the process of arousing the student's curiosity, questioning, problems and the modification of his role as a mere adjunct to his learning. Analyzing within these perspectives of new teaching and learning methods, and for a break with a traditional model of education, the study has some questions about the object of study: What are the indications in the formation and use of Active Methodologies in the teaching practices of teachers of the nursing technicians course? Is there adequate training for nursing teachers in MA? How does the development of active teaching / learning methodologies take place? What is the understanding that teachers have about MA. The assumption of the study refers that the professors of the technical nursing course do not use the active methodologies due to lack of training on them, and this hypothesis can be confirmed with the research or a new assumption to be analyzed emerged. The descriptive study carried out through a qualitative approach, which helped to describe the problem and the research hypothesis, in addition to contributing to the detailed description of the observed data and phenomena. The research subjects will be teachers of the Technical Nursing Course in the municipality of Itapipoca.

Data collection will take place through a reflective interview and a documentary analysis of the Course Plan. The interview data will be analyzed by category according to the description made by Minayo (2009). Inside the data analysis it was noticed, it was possible to verify why not using the MA, it has more points, because both within the documentary analysis, as well as the reflection made by the subjects, the analysis is that the MA use is not promoted and inefficiently the teacher training does not allow its use. With this study, we are not belittling the traditional model, but we want to demonstrate the need for training for a broader teaching nurse, so that he can, in accordance with the learning objectives, develop in his classroom a didactic that can achieve this objective. Demonstrating in their teaching practice the compression of several didactic mechanisms and thus contributing to the student's teaching and learning process.

Keywords: Nursing. Teacher Training and Active Methodologies.

1 INTRODUÇÃO

A Metodologia Ativa (MA) pode ser compreendida como uma mudança na didática tradicional ou como uma complementação, tendo como objeto o processo de despertar no aluno a curiosidade, o questionamento, a problemática e a modificação do seu papel como mero coadjuvante da sua aprendizagem. Utilizando, a problematização, as metodologias ativas trazem a proposta de mudança de um modelo tradicional cartesiano de educação para a interação com a prática do cotidiano.

A compreensão é que as metodologias ativas é um mecanismo de mudança de paradigmas sobre a prática do processo de ensino e aprendizagem. No modelo tradicional de educação o papel do professor é o centro de toda a construção do conhecimento, pois é ele é a única fonte de saber. Nesses moldes de educação, considera-se uma boa aula, quando o aluno consegue memorizar de maneira robótica todas as informações transmitidas pelo professor, essas informações não necessariamente serão transformadas em conhecimentos. Quando mudamos o professor de lugar e colocamos o aluno como centro do processo, modificamos esse modelo tradicional, inovando e deixando-a mais ativa, permitindo que o aluno junto ao professor possa compreender todo o processo de construção do conhecimento.

A ideia é que o processo de ensino e aprendizagem torna-se mais ativo tendo como objetivo despertar a interatividade do aluno durante o processo de construção do conhecimento. Os tipos de metodologias ativas são: Aprendizagem Baseado em Problemas (PBL), sigla que significa *Problem Based Learning*, e a Problematização, que se utiliza do Arco de Maguerez, como método para sua prática. A estratégia ativa inserida também dentro desse processo utiliza diversos métodos ativos, com objetivos bem determinados para a concretização do processo de ensino e aprendizagem.

As metodologias ativas são ferramentas didáticas inovadoras utilizadas em sala de aula. O aluno deixa de ser receptor de informações e passa a se configurar como construtor do conhecimento junto ao professor. O papel do professor dentro das metodologias ativas é de mediar e orientar o aluno na busca do conhecimento, demonstrando técnicas e ferramentas necessárias para a construção significativa do saber. Existem diversas didáticas utilizadas com o objetivo de trazer conhecimento até o aluno, na sua grande maioria, didáticas antigas em que o indivíduo apresenta-se como um simples agente passivo do processo de ensino e aprendizagem. A participação e contribuição do aluno são praticamente nulas dentro desse processo e a informação repassada muitas vezes não é compreendida e tão pouco transformada em conhecimento.

Como a aprendizagem não se trata apenas da memorização de conteúdos, ferramenta bastante utilizada na metodologia tradicional, mas é um processo que envolve um conjunto de pessoas e saberes funcionando como uma engrenagem ou um quebra cabeça aonde as peças vão se encaixando e assim sendo composto o conhecimento. As metodologias ativas, utilizando como um contexto geral, metodologias ativas (PBL e Problematização) e estratégias ativas, serão norteadas através de uma problemática. A problematização descrita por Bebel (1998) se utiliza do Arco de Magueréz, que é composto por cinco etapas: Observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação da realidade. Essa metodologia deve ser utilizada em situações que se possa relacionar com a vida em sociedade.

A Aprendizagem Baseado em Problemas (ABP), é uma metodologia objetiva, forma o aluno, estimulando-o ao desenvolvimento de atitudes ativa na construção no conhecimento e diverge na prática pedagógica tradicional, pois não é uma meramente informativa. Tem como ponto central também o problema, assim como na problematização, se utilizando de prática diferente para seu desenvolvimento, pois utiliza através de um grupo tutorial para sua implantação. O grupo tutorial, que tem sete passos: Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos; Identificação dos problemas propostos pelo enunciado; Formulação de hipóteses explicativas para os problemas identificados; Formulação dos objetivos de aprendizagem; Estudo individual; e Retorno para o grupo para discussão do problema. Esse problema, ponto chave para essa metodologia, vai nortear aprendizagem do conteúdo proposto.

Além desses dois métodos ativos, temos também, as estratégias ativas, descritas por Anastasiou e Alves (2009), como uma metodologia dialética, em que o docente deve propor ações que desafiem ou possibilitem o desenvolvimento de operações mentais, ele

deve ser um verdadeiro estrategista, no sentido de organizar, estudar, selecionar e propor as melhores ferramentas para construção de todo o processo de aprendizagem. A escolha da estratégia ativa utilizada deve corresponder ao objetivo que se deseja alcançar naquela aula.

Durante processo ensino-aprendizagem nos serviços de saúde, o ensino da saúde para a formação dos futuros profissionais e da educação continuada desses profissionais é importante estar atento para as mudanças e a evolução das metodologias de ensino. O tipo de didática utilizada deve seguir essas mudanças, o conhecimento estar difundido em diversas ferramentas, o professor não é mais única fonte de conhecimento, ele deixa esse papel, para ser um orientador do conhecimento.

É necessária uma visão crítica sobre a didática utilizada no processo de ensino e aprendizagem dos profissionais da saúde, alguns pensamentos são voltados exclusivamente para o processo prático esquecendo-se das disciplinas de base para o desenvolvimento de uma prática adequada. A relação teoria e prática são primordiais para uma assistência de qualidade prestada aos pacientes/usuários dos serviços de saúde. Muitas das metodologias utilizadas dentro do processo de ensino e aprendizagem das escolas formadoras de profissionais da saúde, tanto de nível superior como nível médio, se utiliza de didáticas antigas e ferramentas que não trazem para dentro da sala de aula a realidade que eles irão encontrar após a saída daquela instituição.

A Lei de Bases e Diretrizes de Educação Nacional (Lei Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB), já enfatiza as necessidades dessas mudanças, junto com as diretrizes curriculares nacionais (DCN), o professor deve ser capaz de articular novas metodologias, levantando questionamentos e problemáticas, baseada em situações reais, encorajando o aluno e o orientado a busca o conhecimento para construção de saberes e técnicas, sempre relacionando a realidade e a conhecimentos prévios. (CONASEMS, 2008)

Por não se tratar de ensino superior, o curso técnico acaba recebendo uma menor observação do tipo didática utilizada dentro dessas salas de aulas. Com uma abordagem tradicional ou ativa, os cursos técnicos anualmente formam diversos profissionais que vão atuar no cuidado paciente. Diante desses pontos, analisar essas novas metodologias utilizadas durante o processo de formação desses profissionais é de grande relevância, pois a partir desses pressupostos podemos criar estratégias para promoção dessas novas metodologias em diversos cursos da saúde.

Quando realizamos uma pesquisa em bases de dados de pesquisas científica podemos observar uma quantidade mínima de artigos voltada para o técnico de enfermagem, relacionado à sua formação. A maioria dos estudos é para enfermeiro, mas de acordo com

o Conselho Federal de Enfermagem- COFEN, o número de técnicos de enfermagem é superior o número enfermeiros e demais categorias da enfermagem, com isso a importância de fomentar estudos na área. Outro problema encontrado que durante a observação das atividades realizadas pelo técnico, encontra-se uma prática robotizada, sem a interação da relação prática e a teoria, outra problema que pode estar relacionado à sua formação, quando as DCN's não são utilizadas como norteadoras do projeto pedagógico curricular.

O técnico de enfermagem ele participa da equipe de saúde, com o papel de auxiliar durante o processo de cuidado do paciente. São profissionais de nível médio, que são de grande importância durante o processo de cuidar. Estima-se, de acordo com o COFEN, que atuam como técnicos de enfermagem cadastrado junto aos conselhos regionais de enfermagem mais de um milhão de profissional em todo Brasil.

De acordo com Decreto N° 94.406/87, que regulamenta a Lei N° 7.498/86, sobre o exercício profissional da Enfermagem, cabe ao técnico de enfermagem assistir o enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, no cuidado ao paciente em estado grave, na prevenção e na execução de programas de assistência integral à saúde e participando de programas de higiene e segurança do trabalho, além, obviamente, de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro.

Sua formação tem em média três anos, com aulas teóricas e práticas e estágios supervisionados. O aluno para poder ingressar no curso técnico de enfermagem ele precisa ter terminado o ensino médio, mas existem escolas estaduais que oferecem o curso técnico integrado ao ensino médio, escola que também será alvo do nosso estudo. As disciplinas ministradas nos cursos técnicos têm como objetivos forma um profissional qualificado para trabalhar em diversas áreas da saúde, na promoção, prevenção e recuperação. As principais disciplinas são anatomia e fisiologia, cuidados ao paciente na clinica médica e cirurgia da criança, adulto e idoso, emergência, saúde coletiva, procedimento básicos de enfermagem e et al. Essas disciplinas do curso técnico de enfermagem relacionam à prática e a teoria, permitindo que o aluno ao final do curso tenha habilidades e competência para realizar o cuidado com o paciente em todos os níveis de atenção a saúde.

Analisando dentro dessas perspectivas de novos métodos de ensino e aprendizagem, e para uma quebra de um modelo tradicional de educação, o estudo tem alguns questionamentos sobre o objeto de estudo: Quais os indícios na formação e utilização de Metodologias Ativas nas práticas docentes dos professores do curso técnicos de enfermagem? Existe uma formação adequada para os docentes de enfermagem em MA? Como acontece o desenvolvimento de metodologias ativas no ensino/aprendizagem? Qual o compreensão que os docentes têm sobre MA? Qual o papel do aluno e do professor no processo ensino/aprendizagem?

O interesse pela pesquisa surgiu diante da fragilidade da formação para docência que maioria dos profissionais enfrenta ao sair da universidade. Continuamos replicando os métodos de ensino que nos foram “ensinados” durante nosso processo de aprendizagem. Quando vamos para a sala de aula, agora ministrantes daquele conteúdo e com o objetivo de fazer com que o aluno compreenda, nos lembramos das dificuldades que em outro momento passamos, quando nos éramos os alunos. Aulas chatas e desmotivadoras, que não insere o aluno naquele processo, tornando-o mero espectador e receptor de um montante de informações que serão memorizadas para “aprender”. Durante a prática de sala de aula nos moldamos à educação tradicional ou buscamos novas formas metodologia para a nossa sala de aula. Comecei a buscar novos métodos de ensino, pois iniciei na docência com alunos do curso técnico de enfermagem com idade entre 14 a 18 anos, e uma aula tradicional, na maioria das vezes não alcançava os objetivos de aprendizagem propostos. Realizando pesquisas sobre novas metodologias de ensino, encontrei as metodologias ativas, que tem como objetivo, o despertar no aluno do interesse pelo conteúdo, o aluno será um participante ativo do processo de ensino e aprendizagem, deixando ser um telespectador e memorizador de informações, além de conseguir relacionar teoria e prática. Então iniciei uma mudança dentro da minha sala de aula, mas compreendo a fragilidade existente na minha formação acadêmica, surgiu o interesse para o desenvolvimento da pesquisa sobre metodologias ativas, objeto de estudo desse projeto.

Considerando a relevância do objeto de estudo, principalmente sua utilização na formação do profissional de saúde, e a necessidade de compreender a formação docente do enfermeiro o presente estudo justifica-se. Assim, legitima esse estudo por entender a necessidade da realização de uma pesquisa que permita o desenvolvimento de estratégias com o objetivo de contribuir com a formação e educação continuada de profissionais da área da saúde, com foco principalmente nos cursos para formação do técnico de enfermagem.

De acordo com a necessidade de evidenciar o objeto de estudo e compreender a formação dos docentes em enfermagem para utilizar as MA. O pressuposto do estudo refere que os docentes do curso técnico de enfermagem não utilizam as metodologias ativas por falta de formação sobre elas, podendo essa hipótese ser confirmada com a pesquisa ou surgiu um novo pressuposto a ser analisado.

Os próximos capítulos do estudo decorrem sobre os objetivos da pesquisa e o percurso metodológico, pois se trata de um estudo qualitativo, com coleta de dados de análise documental e categorização de conteúdos. Além disso, será descrito os dados de contexto, uma revisão integrativa e uma revisão teórica, com objetivo de fundamentar a

pesquisa. Após esses capítulos serão colocados os resultados e discursões sobre os dados coletados e por fim as considerações finais do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os indícios na formação docente e a utilização de Metodologias Ativas nas práticas pedagógicas desenvolvidas em um Curso Técnico de Enfermagem integrado ao ensino médio na cidade de Itapipoca- Ceará.

2.2 Específicos

- 1) Descrever como as metodologias ativas são compreendidas pelos professores na relação teoria/prática;
- 2) Discutir o papel do professor no processo ensino/aprendizagem, na utilização de metodologias ativas;
- 3) Compreender a função do aluno e do professor no processo de ensino/ aprendizagem na utilização de metodologias ativas

3 DADOS DE CONTEXTO

3.1 Enfermagem

Segundo a etimologia da palavra Enfermagem, faz referência o ato ou efeito de tratar enfermos, que vem do latim *infirmus*, que dizer, doente, fraco débil, imperfeito (CUNHA, 1982). A enfermagem é tem como pilar o cuidado de pessoas, como arte e ciência. Ela é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, da família e coletividade. Tem como objetivos a promoção da saúde, prevenção de doença, recuperação e reabilitação. A enfermagem sempre esteve nos primórdios da humanidade, sua atuação era empírica, sem base científicas para a assistência, sem uma organização como profissão, mas vinculadas as pessoas que cuidavam, sem conhecimento científico e formação específica.

Nas sociedades primitivas a enfermagem realizava atividades de tratamento por tentativas de maneira empírica, se utilizando de magias e do mistíssimo para doenças externas e internas. Sacerdote-médico-enfermeiros errão considerados exorcista, pois se utilizavam dessa prática para realizar exorcismo, a fim de curar alguns tipos de enfermidades, pois a doença desse período era considerada a manifestações de entidade sobre o doente. Deste

período as unidades que prestava assistência a saúde podiam ser confundidas com templos espirituais, assim existia uma relação entre as doenças e os deuses. Assim, a enfermagem nessas comunidades primitivas errão compreendida como uma arte de manipular as forças da natureza e as divindades. (ANGERAMI; CORREIA, 1989)

A enfermagem moderna surgiu através de Florence Nightgale, inglesa que teve como objetivo de vida, transformar essa profissão, que na época era compreendida como não relevante e pouco valorizada. Com um rigor moral e disciplinatória, Florence, conhecida também por ser a Dama da Lâmpada¹, colocou a enfermagem com uma profissão científica, que presta assistência a saúde com qualidades, baseado na humanização e no cuidado de acordo com a necessidades do individuo. Ela iniciou seus estudos as com irmandades católicas e em seguida com a necessidade de melhorar seus conhecimentos resolver dar continuidade aos seus estudos no Hospital em Dublin e depois em um Hospital em Paris, mas foi se voluntariando com enfermeira na guerra da Crimeia, que Florence, começou o professo de transformação da enfermagem. Levando 38 mulheres, com rigor e postura militarizada, ela exigia uma postura moral dessas voluntárias. Na Criméia, ela conseguiu organizar um hospital para 4000 soldados internos, modificou o processo de cuidar, com ações básicas como limpeza e organização de leitos, com isso conseguiu diminuir a mortalidades de 40% para 2%, com esse feito ela recebeu um premio do governo inglês, sendo recebida pela rainha e com isso, projetou a enfermagem para o mundo. (ANDRADE, 2007). Após seu retorno glorioso na Guerra da Criméia, fundou uma escola, com fundamentações baseadas no rigor moral e ético, com bases científicas para a realização do cuidado.

A enfermagem com profissão começou se expandir e passar a ser compreendida como participante da equipe de saúde, sendo de extrema relevância para atuação nos diversos seguimentos na área. Durante um período a enfermagem atuou por meios de técnicas a partir de experiências, porem somente da década de 1950 a 1960 que foi refletido dobre a profissão, o objeto de trabalho e os referenciais teóricos que subsidiavam essa prática. Com isso iniciou o processo de elaboração de teoria de enfermagem, para fundamentar o cuidar. (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010) A Enfermagem tem diversas teorias que fundamenta cientificamente sua assistência. Podemos citar algumas, como: Teoria da Adaptação de Calista Roy; Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem; Teoria Ambientalista da Florence Nightingale; Teoria de obtenção de Metas, Alcance dos objetivos e alcance de metas de Imogene King; Teoria das Necessidades Humana Básica de Wanda Horta; Teoria do cuidado Cultural ou Diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leinunger; Teoria de Sistemas de Betty Neuman; Teoria do Relacionamento Interpessoal de Enfermagem de Hildergard Elizabeth Peplau; e Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean

Watson. Através dessas teorias, a enfermagem, a teoria e a prática foram alicerçadas como ciência. (BRAGA; DA SILVA, 2011).

De acordo com essa teoria o campo da enfermagem é vasto, podendo atuar em diversas áreas. Presta assistência em todos os níveis de atenção á saúde em diversos campos de atuação. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) cita algumas áreas de atuação como Saúde da Família; Estética; Enfermagem Forense; Hospitalar; Resgate; Pré Hospitalar; e enfermagem do Trabalho.

A equipe de enfermagem é formada pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. O enfermeiro que tem título de graduação superior, e tem como objetivo primordial dentro da equipe de enfermagem de coordenar e supervisionar a atuação dos técnicos e auxiliares. O técnico de enfermagem, que tem como objetivo auxiliar as práticas nos serviços de saúde, sempre com a coordenação e supervisão do enfermeiro, ele precisar ter o ensino médio completo e ter realizado o curso técnico de enfermagem. O auxiliar de enfermagem tem o objetivo também de auxiliar a equipe de enfermagem, mas o COFEN orienta que esse auxiliar possa complementar seus estudos e se efetuar como técnico de enfermagem.

O COFEN quantificou a quantidade de profissionais de enfermagem atuantes. O total de enfermeiros com registro ativo no COFEN em 2020 é de 544.986 mil enfermeiros, técnicos de enfermagem 1.281.720 e auxiliares é um total de 420.860. O quantitativo de profissionais é muito grande e eles são respaldados para sua atuação através da Lei do Exercício Profissional N° 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986 e do Decreto nº 94.406 de 1987.

3.2 Histórico do ensino da enfermagem

O ensino de enfermagem antes realizado de maneira empírica era normalmente realizado por religiosas, sem uma organização curricular. Florence Nighthale, propulsora da enfermagem moderna, tinha como princípios organizacionais da escola nighthaliana, a disciplina, o rigor com a moral e o comportamento adequado, pois a seleção de candidatos deveria seguir do ponto de vista físico, moral, intelectual e aptidão profissional, além da exigência que a diretora dessa escola teria que ser uma enfermeira. Ela fundou a primeira escola de enfermagem na Inglaterra, que tinha a duração de 01 ano. Após a disseminação na Inglaterra, outros países, como os Estado Unidos também implantaram o curso de enfermagem na cidade de Nova York.

O ensino da enfermagem no Brasil iniciou oficialmente em 1980, através do Decreto de nº 791, que tinha objetivo formar profissionais de enfermagem, no caso enfermeiro,

para trabalhar em hospícios e hospitais civis e militares, baseado na escola de Salpêtrère na França. Então foi criada a Escola Alfredo Pinto, que era dirigida por um médico, com isso sendo ignorada, como a primeira escola de enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Vale ressaltar que só em 1923 foi criada oficialmente a primeira escola de enfermagem. Na cidade do Rio de Janeiro, era vinculada ao Hospital Geral de Assistência do departamento Nacional de Saúde Pública que também dava nome a Escola, depois chamada de Escola Ana Néri e hoje chamada de Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Por influência norte-americana, a Fundação Rockefeller, e a colaboração de Carlos Chagas, que era diretor do departamento Nacional de Saúde Pública a escola foi criada com o objetivo de estruturar o serviço de enfermagem na saúde pública, principalmente em decorrências nas inúmeras epidemias que ocorriam na época. (GERMANO, 2003).

Com as melhorias técnico-científicas no campo hospitalar, foi necessárias mudanças no processo de ensino de enfermagem, inclusive a criação dos auxiliares de enfermagem, que aconteceu em 1936, com o objetivo de trocar os práticos de enfermagem e atendentes. Desse período acontecia uma expansão para todas as regiões para todos os níveis de ensino. Ressaltando que o foco do ensino era baseado em modelo curativo e não mais preventivo, como tinha sido estimulado no início do seu currículo. Algumas reformas aconteceram, uma delas a de 1949 e a de 1962 que tinha como base curricular o modelo curativo de ensino. (GERMANO, 2003).

O programa de ensino de 1923 e 1926 era de nível superior, com influência norte-americana, tinha como base o modelo hospitalar de assistência. Uma característica dessa época era a baixa procura pelo curso, pois a sociedade da época fornecia uma educação precária para mulheres. O currículo em 1949, ficou sob a responsabilidade pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que realizou a elaboração do regime escolar, que acabou contribuindo para o desenvolvimento da Lei n.775/49 que regulamentou o ensino de Enfermagem. Seguindo a organização norte-americana de currículo, a organização curricular era formada por inúmeras especialidades com objetivo curativo. Através do VII congresso Nacional de enfermagem, foi recomendado que a forma de ingresso nos curso de enfermagem deveria ser através de vestibular e uso de testes psicotécnicos, essa recomendação é para tentar diminuir o baixo nível de candidatos egressos do curso, que eram oriundos do curso do ginásio, mas não tinha conhecimento suficiente para acompanhar as disciplinas. Em 1957 depois de um encontro com a subcomissão de diretoras de escolas de enfermagem e obstetrícia foi realizado um relatório que determinava a divisão da enfermagem em três

classes, nível elementar que formaria os auxiliares de enfermagem, nível médio os técnico de enfermagem e o nível superior que formaria os enfermeiros. A partir de 1961 ficaria sobre responsabilidades do recém-criado Conselho Federal de Educação (CFE) através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº 4 024/61, a organização do ensino superior (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001)

Da década de 60 a 80, as mudanças curriculares foram cada vez mais voltadas para a formação com ênfase na assistência hospitalar especializada, com objetivos curativos. Com o parecer de 1962 do CFE, ele manteve as disciplinas relacionada a clinica-especializadas de caráter curativo e as disciplinas da saúde coletiva não eram mais obrigatórias do currículo, se tornando optativas. O curso foi reduzido para três anos e introduziu a especialização no quarto ano, com isso evidencio que a formação do enfermeiro é somente voltada para o atendimento individual e curativo. Outro parecer de 1972 também enfatizou a fragmentação do curso em especialidades a fim de atender o mercado médico que necessitava de enfermeiras especializas para ajuda-los nesse modelo curativo de assistência. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001)

No período de 1980 a 2000, influenciado por um processo de mudança politico e social da época, começou a se perceber a necessidades e uma maior procurar de profissionais de enfermagem com formação voltada para saúde publica que prestasse uma assistência dentro de um modelo integral de atenção, com objetivo na promoção da saúde e prevenção de doenças. Com a participação de diversas comissões vinculadas a enfermagem, em 1994, através da portaria nº1721/94, a formação de o enfermeiro deveria abranger quatro áreas: assistencial, gerencial, ensino e pesquisa. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) vieram com a proposta de organizar os currículos por cursos, a DCN de 2001, institui que o egresso de enfermagem deve ser: *“generalista, humanista, crítico e reflexivo, qualificado para o exercício de enfermagem com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos, com capacidade de conhecer e atuar sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional”*. (SILVEIRA; PAIVA, 2011).

3.3 Legislação e documentos para o ensino da enfermagem

De acordo com Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, que regulamenta o Exercício da Enfermagem Profissional, descreve no artigo 3º nos incisos 2º e 3º que são atribuições dos enfermeiros, além do exercício de enfermagem, a participação do ensino em escola de enfermagem e de auxiliar de enfermagem e direção de escola de enfermagem e de auxiliar de enfermagem (BRASIL, 1955). Dentro de Decreto Nº 94.406, DE 08 DE JUNHO DE 1987.

Que regulamenta a Lei do Exercício profissional não estabelece em nenhum dos seus artigos, uma descrição específica sobre o ensino da enfermagem (BRASIL, 1987).

Um dos documentos mais importantes para o ensino da enfermagem é a Diretrizes Curricular Nacional (DCN) de 2001, que descreve o processo de construção de um currículo do curso de graduação em enfermagem. Seguindo como base alguns documentos como: Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 8.080 de 19/09/1990, Lei de diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.294 de 20/12/1996, Declaração mundial sobre a educação superior no Século

XXI da Conferência Mundial sobre o ensino Superior, UNESCO em Paris/1998, Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000, documentos da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Rede UNIDA e instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde. (BRASIL, 2001)

Nas DCN do curso de graduação em enfermagem, descreve o egresso/ profissional, como tendo um perfil com algumas características como ser generalistas, humanista, crítico e reflexivo, para isso as DCN, também descreve as competências e habilidades que esse profissional deve ter, como atenção à saúde, tendo com meta a excelência no cuidado e na assistência a saúde, além de boa comunicação, tomada de decisão, liderança e estar aptos a administrar e gerenciar, além de sempre buscar uma educação permanente. Outros pontos descritos no texto da DCN são as competências e habilidades específicas e os conteúdos curriculares. Além da organização do curso e estágios e atividades complementares, nesse ponto do texto, algo de extrema relevância que deve ser observado é a carga horária de estágio que deverá totalizar 20% da carga horária total do curso. (BRASIL, 2001)

A estrutura organizacional do curso deve sempre estar atenta às articulações entre ensino e pesquisa, permitindo que o aluno tenha um ensino crítico, reflexivo e criativo, com isso, no início da apresentação do egresso, ele escreve que o ensino deve ter como base a problematização, assegurando assim a autonomia do aluno e uma visão crítica-reflexiva. Outro ponto é a utilização de métodos de ensino que estimulem a reflexão sobre a realidade social e aprenda a apreender, essas características das metodologias ativas, por isso elas se tornam ferramentas importantíssimas como didática de ensino. Para finalizar as DCN descreve como deve ser o processo de acompanhamento e avaliação, que deve seguir como base as referências das diretrizes curriculares. (BRASIL, 2001)

A licenciatura em enfermagem descrita na DCN de 2001 é estabelecida em todo Brasil através da portaria Nº13 de Janeiro de 1969 do Ministério da Educação e Cultura

(MEC). Esse documento tem como objetivo a preparação da prática pedagógica desses profissionais. Atualmente, a licenciatura em enfermagem é realizada de maneira concomitante ao bacharelado, dentro da matriz curricular do curso deve conter disciplinas que preparem o aluno para estar apto do desenvolvimento de estratégias pedagógicas para prática em serviços de saúde. (BRASIL, 1969)

Na ausência de uma diretriz específica para o curso técnico de enfermagem, pegaremos como base as diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio de 20 de Setembro de 2012 com a resolução N° 6. No artigo 3º dessa resolução inicia descrevendo que os cursos técnicos podem ser articulados e subsequentes ao Ensino médio, esse articulado pode ser integrado ou concomitante. Essa resolução dispõe sobre os princípios norteadores da educação profissional, com ênfase na indissolução entre educação e prática social. Além da descrição no capítulo II, de como deve ser a organização curricular. (BRASIL, 2012)

Na resolução nº 573 de 31 de Janeiro de 2018, que foi gerado a partir do plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 300ª reunião ordinária em 2018, que descreve as recomendações do CNS para a proposta de DCN para o curso de graduação Bacharelado em Enfermagem. Entre os pontos desta resolução tem o perfil do docente em enfermagem além da necessidade de uma formação pedagógica específica para sua atuação com docente dentro dos cursos de enfermagem.

3.4 Campo social da pesquisa (Escola De Estadual De Ensino Profissional Rita Aguiar Barbosa)

As escolas profissionais integradas ao ensino médio surgiram em 2008, através do Governo do Estado do Ceará. A Secretária de Educação do Estado do Ceará (SEDUC), com o objetivo de ofertar os jovens cearenses a oportunidade de se qualificar para ingressar no mercado de trabalho ou/e estar habilitado para universidade, resolver criar um modelo integrado de educação, em que o aluno de maneira concomitante faz as disciplinas da base comum e um curso técnico profissionalizante (CEARÁ, 2015).

De acordo com a Lei estadual de 14.273 de 19 de dezembro de 2008, dispõe sobre a criação das Escolas Estaduais de Educação Profissional (EEEP), que fica sobre função da SEDUC sua estrutura organizacional, assegurando as condições pedagógicas, administrativas e financeiras. Para garantir a unificação entre a escola e o mercado de trabalho optou-se por uma jornada de tempo integral (CEARÁ, 2008). Para que essa política educacional pudesse ser colocada em prática o Governo Federal através do programa Brasil profissiona-

lizante, contribui com uma parte do financiamento para a expansão da educação profissional e a outra parte desse financiamento em através do tesouro estadual, principal fonte de custeio da rede (CEARÁ, 2015).

Inicialmente foram criada no ano de 2008, 25 EEEP, que ofertava quatro cursos: Informática, Enfermagem, Guia de Turismo e Segurança do Trabalho, essas escolas foram distribuídas em 20 municípios do estado. A escolha dos municípios foi de acordo com a localização da sede das Coordenadorias Regionais de Desenvolvimento da Educação (CREDE), além da capital do estado. A escolha dos cursos iniciais foi partir das características socioeconômicas do nosso estado e as necessidades do mercado. De acordo com o site da SEDUC em 2018, depois de 10 anos de criação das escolas, a rede de educação profissional do estado possui 119 escolas, com 95 municípios contemplados e a oferta de 52 cursos.

Dentro das cinco primeiras escolas criadas pelo governo do estado, EEEP Rita Aguiar Barbosa, iniciou sua atuação em 04 de agosto de 2008, na cidade de Itapipoca a 136 km da capital do estado. Com a implantação de 03 cursos técnicos, Informática, Guia de Turismo e Enfermagem. A escola iniciou com 06 turmas, 03 de informática, 02 de guia de Guia de Turismo e 01 de Enfermagem.

Em conformação com a política educacional do estado o Projeto Político Pedagógico (PPP) da EEEP Rita Aguiar Barbosa, descreve em sua introdução seu processo de criação e construção da estrutura física da escola, que possui 14 salas de aula, sala de multimídias, 01 laboratório de prática de enfermagem, 01 laboratório de Hardware, um laboratório de informática de ciências, diretoria, secretária, sala da coordenação, sala de diretor de turma, sala do grêmio estudantil, banheiros, quadra poliesportiva, banheiro, cozinha e praça de alimentação.

Iniciou com 278 alunos e até o ano de 2019 já foram formados aproximadamente 1 600 alunos. Em diversos cursos, além dos cursos iniciais, tiveram também os cursos técnicos de Hospedagem, Comércio, Logística. Em 2020 os cursos ofertados foram Enfermagem, Redes de Computadores, Administração e Segurança do Trabalho. Os alunos permanecem na escola de 7:00 as 16:40h, é oferecido a eles duas merendas e almoço. Durante os 3 anos eles tem aulas do ensino regular e especifica do curso técnico. (Informações retiradas do Projeto Político Pedagógico - PPP)

A escola tem como missão “Atuar de forma qualitativa na formação acadêmica e profissional, tendo em foco o sucesso do aluno.” Os valores tem como primícias a Ética, cidadania, Respeito às diferenças, democracia, equidade, solidariedade, transparência. E a visão da escola é ser uma instituição que prepara educandos e educandas comprometidos

com a aprendizagem para obterem sucesso profissional, visando à integração humanística e sustentável. (Informações retiradas do Projeto Político Pedagógico – PPP)

O Curso Técnico de Enfermagem formou 09 turmas e possui 03 turmas em formação no ano de 2020, nos três anos do ensino médio Com a duração de 03 anos, sendo que no ultimo ano é dedicado 600hs para estagio supervisionado remunerado pelo Estado, em um valor aproximado de 300 reais Os professores e coordenador do curso técnico de enfermagem são enfermeiros com inscrição ativa no Conselho Regional de Enfermagem (COREN-CE). O Curso de enfermagem tem como missão formar profissionais técnicos, desenvolvendo suas habilidades e competências, buscando sempre o saber fazer, saber conviver e saber assistir o paciente de acordo com as necessidades, através de seus conhecimentos com qualidade e eficiência.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 Metodologias ativas – história, conceitos e característica

As metodologias ativas é uma estratégia, que vai além do conhecimento teórico de conteúdo e o desenvolvimento de habilidades práticas, ela se baseia no principio da teoria da autonomia e da possibilidades do aluno ser responsável por todo seu processo de construção de conhecimento (VIEIRA; PINTO, 2015). Com isso as Metodologias ativas se constituem como um mecanismo didático que quebra alguns paradigmas relacionados ao modelo tradicional de educação. Nesse modelo a educação tem como centro do processo de ensino e aprendizagem o professor, que em sua sala de aula ele é a única fonte de conhecimento, e os alunos sendo meros absorvedores de informações, que não necessariamente se constituirá conhecimento. Esse processo compreendido como educação bancaria, descrita por Paulo Freire, onde o professor deposita informações no aluno, e ele as memoriza.

Anastasiou em 2003 descreve a educação tradicional, como sendo uma simples transmissão de conhecimento, o professor como fonte do saber, tornando-se o portador e a garantia da verdade e a sala de aula, local onde professor é centro, fala e explica e os alunos memorizam informações. Esse tipo de educação tradicional oriunda do modelo jesuítico seguia 3 regras: a explanação do conteúdo pelo professor, levantamento de duvidas dos alunos, talvez o único momento que o aluno participava de alguma maneira do processo de ensino e aprendizagem, e exercícios para fixação do conteúdo e para finalizar esse processo cabia o aluno memorizar aquelas informações para a prova. Esse modelo de educação traz consigo limitações, como o pensamento crítico reflexivo por parte dos alunos e participação

do aluno dentro do processo de ensino e aprendizagem é escassa, ele acaba se tornando um espectador desse processo. Com características cartesianas, fixadas na fragmentação e especialização de conteúdos e com metodologias de transferências e depósito de conhecimento, a pedagogia tradicional acaba se distanciando da aprendizagem significativa (VIEIRA; PINTO, 2015).

Na quebra dessa metodologia tradicional ou em um tipo de evolução do modelo tradicional de educação, as metodologias ativas, surgem como uma didática baseada na Escola Nova, descrita por Dewey seu principal pensador (1859-1952), que formulou que a aprendizagem deveria ocorrer da ação ou aprender fazendo, com características de um método ativo e criativo, centrado no aluno. (BERBEL, 2011). Juntamente com os preceitos da escola nova, Paulo Freire surgiu com conceitos pedagógicos relacionados à educação como prática de liberdade e à autônoma do estudante, uma das características principais das metodologias ativas (GADOTTI, 2001).

Essas metodologias surgem como uma necessidade de atender uma sociedade modificada, com mudanças sociais, políticas, econômicas e tecnologias constantes, assim necessitando de indivíduos com críticos e que possam refletir e ter habilidades e competências teóricas e práticas que se alinhem ai essas mudanças (TEIXEIRA; HILGERT, 2017). Pischetola e Miranda (2019) descrevem o processo histórico das metodologias ativas que nascem no âmbito da Harvard Business School, nos Estados Unidos, escola de medicina de McMaster em Ontário, no Canadá. Em paralelo, a Universidade de Maastricht, na Holanda, vinha discutindo formas de ensino e aprendizagem alternativas à aula tradicional e o mesmo ocorria em Newcastle, na Austrália (BOROCHOVICIUS; TORTELLA, 2014; HUNG; JONASSEN; LIU, 2008).

Assim esse novo método foi pensando em diversos lugares com objetivos de modificar o processo de ensino, para estar vinculado as novas necessidades da sociedade.

Ainda descrevendo o processo histórico das metodologias ativas Pischetola e Miranda (2019), relatam o surgimento e a relação dessa didática de ensino com a formação médica.

A partir dos anos 1970, a literatura estadunidense da área de Medicina concentrasse cada vez com mais frequência em “aprendizagem ativa” e nas metodologias didáticas que a propiciam. Essas seriam uma alternativa ao método de ensino tradicional, identificado com a aula expositiva, que encarna o modelo de transmissão de conhecimentos, no qual o conteúdo é apresentado de forma definitiva e os alunos são privados da habilidade de construir o saber. No Brasil, as propostas de metodologias ativas são implantadas nos anos 1990, inicialmente pelas Faculdades de medicina e Escolas de saúde pública e depois em outras áreas, como administração, engenharia, design e pedagogia (CARLINI, 2006; RIBEIRO, 2008).

A necessidade da formação do profissional centrado na problemática e do cuidado integral surgiu para atender uma nova demanda decorrente da implantação do sistema único de saúdes (SUS) em 1998, através da constituição cidadã, novas perspectivas sobre a assistência à saúde formaram modificadas, fazendo uma trocprocesso da visão curativo e hospitalocêntrico¹ para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. As instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docente e discente a tecerem novas redes de conhecimentos (Mitre et al, 2008). Fazendo uma relação entre Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN (1996), e as metodologias ativas o artigo 43 descreve em seus incisos I, II, III e IV, pontos fundamentais para o seu desenvolvimento para a aprendizagem, trazendo característica desse método:

- I. - estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II. - formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;
- III. - incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura, e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive;
- IV. - promover a divulgação de conhecimentos culturais, científicos e técnicos que constituem patrimônio da humanidade e comunicar o saber através do ensino, de publicações ou de outras formas de comunicação;

Reafirmando a LDB, as diretrizes curriculares nacionais (DCN's) do curso na área da saúde estabeleceram na sua descrição a incorporação de métodos ativos, a problematização e formação de aluno crítico reflexivos, características fundamentais das metodologias ativas, reafirmando a lógica da utilização de didáticas não tradicionais, o artigo 5º, inciso VIII, da DCN do curso de graduação em enfermagem estabelece que:

O enfermeiro deva ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança.

No artigo 9º, parágrafo único, da DCN do curso de graduação em Enfermagem caracteriza o projeto político pedagógico, como sendo construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

¹ Esse termo corresponde a uma assistência em saúde voltada exclusivamente para hospitais com o objetivo do tratamento de doença, em uma proposta curativa e a remediação da doença, sem levar em consideração dos aspectos preventivos e de promoção da saúde.

As metodologias ativas emergem como estratégia de transformação baseando no princípio da autonomia, descrito por Paulo Freire, trazendo outra característica importante para essa metodologia que o conhecimento prévio do aluno é levado em consideração, pressuposto importante para a aprendizagem significativa (Vieira e Pinto, 2015). Na aprendizagem significativa, o conhecimento prévio é considerado para ser acrescido ao novo conteúdo aprendido dando significação ao conteúdo aprendido.

Dentro desse processo histórico, as metodologias ativas são entediadas, por Souza, Iglesias e Pazin-Filho, (2014).

Uma possibilidades de ativar o aprendizado dos estudantes, colocando-os no centro do processo, em contraponto a posição de espectador. (...) Nesse percurso, há uma migração do “ensinar” para o “aprender”, o desvio do foco do docente para o aluno, que assumo a corresponsabilidade pelo seu aprendizado.

Na conceituação de metodologias ativa Rodrigues (2016), descreve como sendo “processos de interação com o conhecimento, análise, estudos, pesquisas e decisões individuais ou coletivas, com a finalidade de encontrar soluções para os problemas.” Com esse conceito outra característica dessa didática é observada, a problematização. Como prática Rodrigues também relata como é o desenvolvimento dessa metodologia:

As metodologias ativas baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos. (RODRIGUES, 2016).

Reafirmando a descrição do conceito de metodologias ativas descrito por Rodrigues em 2006, Alves et al (2017) conceitua como sendo estratégias, onde o aluno aparece como protagonista principal, corroborando com a ideia de Paulo Freire sobre a teoria da autonomia, o aluno é colocado como corresponsável do processo de ensino e aprendizagem. Fazendo uma complementação a essa conceituação, onde coloca o aluno com centro da sua formação, essas estratégias ativas de ensino permitem que o aluno possa desenvolver habilidades relacionadas ao seu autogerenciamento. Esse processo de autogestão e corresponsabilidade pode ser descrita como sendo a relação do processo de aprendizagem desenvolvida por professores e alunos dentro das metodologias ativas.

De acordo com Tab Betts, Tecnólogo em Aprendizagem, Universidade de Sussex, “o aprendizado ativo é um processo pelo qual os alunos se envolvem em atividades como leitura, escrita, discussão ou solução de problemas que promovem análise, síntese e avaliação do conteúdo da aula. Aprendizado cooperativo, aprendizado baseado em problemas e uso de métodos e simulações de casos são algumas abordagens que promovem o aprendizado ativo”³.

Trazendo outro conceito sobre métodos ativos são estratégias ativas de ensino centradas na participação efetiva dos estudantes na construção do processo de aprendizagem, de forma flexível, interligada e híbrida. (BACICH; MORAN, 2018), dentro dessa perspectiva descrita pelos autores, eles trazem mudanças à utilização de tecnologias como ferramenta para o ensino híbrido.⁴

Valente em 2017 traz uma diferenciação nos conceitos entre metodologia ativa e aprendizagem ativas, ele realiza um levantamento com diversos autores sobre a conceituação e diferença desses conceitos. Ele conceitua as metodologias ativas, fazendo um levantamento baseado na literatura brasileira, como sendo estratégias pedagógicas que colocam o foco do processo de ensino e aprendizagem no aprendiz, protagonista da construção do conhecimento, contrastando com a abordagem pedagógica do ensino tradicional, centrada no professor, que transmite informação aos alunos. Ainda descreve que dentro desse processo metodológico a aprendizagem é realizada através de situações práticas colocando o conhecimento em ação.

Berbel (2011) em seu artigo sobre as metodologias ativas e a autonomia dos estudantes, uma síntese de conceitos diversos autores sobre metodologias ativas, seu processo histórico e a relação desse método com a autonomia dos alunos, assim Berbel, conceitua as metodologias ativas baseado no desenvolvimento do processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar, com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos. Para Berbel, temos que basear o ensino em uma educação problematizadora, dispor ao aluno uma observação atenta da realidade, identificando problemas, relacionados à teoria aqueles problemas encontrando, procurando os porquês daquela problemática e assim encontrar possíveis soluções. Com esses passos, podemos modificar a realidade, implantando ações de transformação dos problemas encontrados. Dois pontos importantes podem ser observados no desenvolvimento da metodologia da problematização, utilizando o Arco de Maguerez, método ativo de educação e o enraizamento dessa metodologia de educação libertadora e transformadora de Paulo Freire.

Compreendo, com o uso de Métodos ativos de aprendizagem, como um ato de aprender como um processo reconstrutivo, de construir de desconstruir continuamente, fazendo relações entre informações, possibilitando as ressignificações e reconstruções. Podendo ser utilizadas em contextos diferenciados (MOURÃO, 2012). Esse o método acompanha os objetivos de aprendizagem pré- definidos, tirando o foco do conteúdo, não tendo o professor que explicar tudo, citado anteriormente como a quebra de uma educação

bancaria, cartesiana, com o único objetivo de memorização de informações (DE PAULA, 2019). É relevante ressaltar que não se trata de um abandono do conteúdo, mas a modificação dessas didáticas para torna o conteúdo da disciplina ministrada mais significativo, característica importância das metodologias ativas.

Promover a aprendizagem significativa, exige, em primeiro lugar, uma metodologia de ensino, por isso a importância da utilização de métodos ativos para o desenvolvimento desse tipo de aprendizagem, que seja capaz de envolver o aluno enquanto protagonista de sua aprendizagem, desenvolvendo ainda o senso crítico diante do que é aprendido, bem como competências para relacionar esses conhecimentos ao mundo real, com isso fazendo uma relação de grande relevância a Problematização, metodologia ativa, que relacionado o que deve ser aprendido com um problema. (PINTO, 2012) Descrevendo o conceito de aprendizagem significativa, Alegro em 2008, conceitua como sendo uma aprendizagem em que o conhecimento prévio é considerado para ser acrescido ao novo conteúdo aprendido dando significação ao conteúdo aprendido.

Outra característica de grande relevância para o desenvolvimento das Metodologias Ativas é a Teoria da Autonomia, descrita por Freire em 1994, em seu livro *Pedagogia da autonomia*. Ele descreve autonomia como sendo a possibilidade da criança ter novas aprendizagens, além de que o educador deverá respeitar a curiosidade do seu aluno, fator este primordial no ambiente escolar. (...) O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros (p. 59).

A autonomia, além da liberdade de pensar por si, além da capacidade de guiar-se por princípios que concordem com a própria razão, envolve a capacidade de realizar, o que exige um homem consciente e ativo, por isso o homem passivo é contrário ao homem autônomo. (ZATTI, 2007)

Assim a autonomia dentro dos métodos ativos de aprendizagem se comporta como um mecanismo de desenvolvimento cognitivo, em que o aluno se torna autônomo para a construção do seu conhecimento, o professor tem por obrigação permitir essa autonomia do discente.

As metodologias ativas têm como um dos seus pilares a participação crítico reflexiva de seus alunos, essa característica de extrema relevância para a prática das metodologias ativas. Existe uma necessidade, principalmente para atuação nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos novos contextos de assistência em saúde mundial, uma mudança da formação do profissional de saúde. O modelo de ensino tradicional não permite que o aluno modifique sua realidade social, uma exigência por parte dos novos modelos de assistência em saúde, que exige que esse profissional possa ser capaz de transformar a realidade social

do seu cotidiano, minimizando injustiças e desigualdades, por isso a importância da incorporação de métodos ativos que permitam a formação crítico-reflexiva desse discente. (PRADO et al, 2012)

Com um enfoque problematizador, o método ativo para construção do conhecimento permite à formação e a capacitação de profissionais que irão atuar na assistência à saúde com o foco para o desenvolvimento de ações integradas de diversos saberes e a promoção de atitudes crítica reflexiva sobre a prática. (BORDENAVE, 2001; BATISTA et al, 2005; LIMA, 2016)

4.2 Papel do professor no uso da M.A

De acordo com o dicionário professor significa que professa, que ensina e ministra aula. Vem do latim *professor* *ōris* que significa o que se dedica a. Com termos semelhantes a docente, mestre, pedagogo, preceptor, orientador e professor. Pode-se analisar então a grande relevância do professor no processo de ensino, tendo grande responsabilidade dentro dessa construção, mas ele não é único sujeito, o aluno é o protagonista dessa relação. Ficando com o professor com a função de ser o mediador e orientador do caminho para ser percorrido para a construção desse conhecimento, que vale ressaltar deve ser significativo para o aluno ou então será um mero memorizador de informações.

Paulo Freire destaca que o papel do educador dentro do processo de aprendizagem não é apenas ensinar os conteúdos, mas também ensinar a pensar. Transformando um conhecimento mecânico e memorizado, em um processo de reflexão e crítico em que o aluno é centro desse processo. Assim, retirando o professor desse centro, como podemos observar a educação tradicional/bancária. Na educação tradicional o professor tem como papel na sala de aula o protagonista no processo de ensino, a construção do conhecimento era fixado em um professor com uma figura de autoritarismo, cuja função era de formatar o aluno com rigor e ensinar a matéria, nesse formato de educação o aluno não poderia ter uma espaço de participação, pois a relação professor/aluno era verticalizada. (BULGRAEN, 2010).

Dentro dessa pedagogia bancária, o Freire conceitua o papel no professor dentro dessa metodologia tradicional.

O educador faz 'comunicados' e depósitos que os educandos, meras incidências, recebem pacientemente, memorizam e repetem. Eis aí a concepção 'bancária' da educação, em que a única margem de ação que se oferece aos educandos é a de receberem os depósitos, guardá-los e arquivá-los. (FREIRE, 1987, p.58)

Na mudança do processo de ensinar da nova escola² o professor assume o papel de mediar, orientar e fazer o aluno a pensar, de maneira crítica e reflexiva. De acordo com Moran (2013), em um período anterior as mudanças pedagógicas, fazia sentido o professor ser o centro do processo de ensinar, mas com as mudanças oriundas da evolução científicas e da modernidade se faz necessário compreender que esse aluno não é um livro em branco que você simplesmente descarrega informações para serem escritas. Nesse caso o professor tem como papel fundamental, agir de maneira ativa, compreendendo esse aluno e orientá-lo. Ainda de acordo com Moran:

“O papel ativo do professor como design de caminhos, de atividades individuais e de grupo é decisivo e o faz de forma diferente. O professor se torna cada vez mais um gestor e orientador de caminhos coletivos e individuais, previsíveis e imprevisíveis, em uma construção mais aberta, criativa e empreendedora.”

Na sua função dentro da sala de aula, o professor, pode se utilizar de estratégias e técnicas que possam contribuir para o enriquecimento do conteúdo, criando um ambiente de troca de conhecimento e experiências. Permitindo assim, o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa, que vai além de uma formação conteudista, mas o aprimoramento de habilidades sócio emocionais. Nas didáticas ativas o professor tem a oportunidade de realizar atividades de maior interação entre o professor e aluno, permitindo que esse processo de ensinar e aprender possam ser construindo e não apenas jogado informações para serem memorizados pelos alunos (GAETA; MARCOS MASETTO, 2010).

Quando o educador utiliza de metodologias ativas ele contribui para promover a autonomia dos alunos. Através do desenvolvimento de ações, como as metodologias ativas, que o aluno possa ser responsável pela construção do seu conhecimento, assim o ensino e aprendizagem não são desassociado, trazendo a estratégias de ensinagem. O conceito desse termo, descrito por Anastasiou, considera uma prática social complexa efetivada entre os sujeitos, professor e alunos, em sala de aula englobando tanto a ação de ensinar quanto a de aprender num processo contratual de parceria (ANASTASIOU, 2017).

Nesse contexto a educação pode ser compreendida com uma ação libertaria e não pode ser entendida por uma ação de uma única pessoa, fixada e engessada, pois quem ensina necessita de alguém que aprenda, esses sujeitos devem ser visto de maneira holística. Assim, o papel do professor é de grande relevância, pois ele não será apenas um transmissor, mas um orientador, buscando despertar no aluno uma visão crítico-reflexiva, para que ele possa compreender as problemáticas e com isso o conhecimento possa ser significativo. (NORO, 2015)

² A escola nova foi um momento de reforma pedagógica que aconteceu no século XX, modificando as didáticas utilizadas em sala de aula. Transformando aprendizagem em um processo mais dinâmico.

Podemos compreender que as metodologias ativas são recursos didáticos que viabiliza o desenvolvimento do processo de aprender com objetivo de desenvolver uma formação crítico-reflexiva com foco na problematização. Além disso, essa didática favorece a autonomia, desperta a curiosidade e estimula a prática social desenvolvendo habilidades sócioemocionais, não apenas cognitivas. Por isso é fundamental o papel do professor nesse repense sobre seus métodos de ensino, fundamentando esse processo e fortificação da relação professor e aluno, pois é essencial para construção do conhecimento. (BORGES; ALENCAR, 2014).

Diante do que descrito por diversos autores sobre metodologias ativas e o papel do professor é de extrema relevância uma modificação na formação desse professor. A mudança curricular deve estar pautada na ressignificação dos saberes, que são diversos. A prática metodológica do docente deve transpor racionalidade técnica e encarar uma perspectiva que valorizes os diversos saberes, buscando uma ação reflexiva, investigativa e crítica dos alunos (DIESEL, 2017).

Dentro dessa perspectiva, não se deve descartar o conhecimento teórico, pois faz parte do processo. E é importante que o docente encare a negativa do aluno diante da participação da didática escolhida. Diesel (2017) também exemplifica essa prerrogativa

Que evidencia essa dualidade reside nos discursos comumente verbalizados por docentes e estudantes em que estes últimos reclamam das aulas rotineiras, enfadonhas e pouco dinâmicas, ao passo que os primeiros destacam a frustração pela pouca participação, desinteresse e desvalorização por parte dos estudantes em relação às aulas e às estratégias criadas para chamar atenção destes. Percebe-se que a utilização de novos recursos tecnológicos durante as aulas não altera esse cenário de insatisfação coletiva, posto que, sozinha, a tecnologia não garante aprendizagem, tampouco transpõe velhos paradigmas.

Com isso é necessário que a formação do docente seja contínua e que as intuições de ensino por estar atenta para essa continuidade nas formações de seus docentes, e as Instituições de Ensino Superior (IES), tenham em seu currículo, inovações didáticas que tornem o processo de construção de conhecimento significativa, que essa atividade de ensinagem tenha um movimento constante de aprende a aprender. (PINTO, 2012)

4.3 Formação do enfermeiro docente

Os profissionais de saúde, historicamente, tem uma base de formação em métodos tradicionais, totalmente fundamentadas em didáticas “conteudistas” e tecnicistas. Limitando a aprendizagem do aluno, tornando-o um memorizador de informações, assim o profissional de saúde estar inserido em modelo tradicional de ensino, fragmentado em que o docente assume o papel central desse processo e o discente é um simples receptor de co-

nhecimento. (COLARES; OLIVEIRA, 2018). Mourão, em 2011, destaca que essa trajetória histórica de formação desses profissionais é inspirada no mecanicismo cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. Com currículos engessados e fora do contexto social, aonde esses profissionais irão atuar.

Com processo de mudança, para que os profissionais de saúde pudessem contemplar as diretrizes, impostar pelo novo modelo sanitário, previsto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as intuições tiveram que modificar sua formação dos discentes. Com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a partir do ano 2000, elas trazem a implementação de didática problematizadoras, que se encaixam perfeitamente para utilização de metodologias ativas como método pedagógico para o ensino e aprendizagem.

As DCNS's em sincronia com as Leis de diretrizes e bases da educação (LEI Nº 9.394, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996.) traz a proposta de uma educação “problematizadora” e como didáticas inovadoras. Em um trecho das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, de 7 de agosto de 2001(Parecer CNE/CES nº 1.133/2001) relata a necessidade que o projeto pedagógico esteja centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, além de descrever que o princípio norteador da metodologia utilização da formação do profissional de saúde é voltada a formação de um aluno crítico reflexivo, ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas. Nas DCN's relata também a utilização de metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, primícias importante para as Metodologias ativas utilizadas dentro do ensino da saúde.

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, tem uma necessidade de profissionais que se enquadram dentro novo processo de assistência. A formação desses profissionais deve estar em consonância com as novas exigências, destacando-se por um atendimento humanizado que contemplam as problemáticas vivencias pelos usuários. O profissional da área deve compreender o seu humano com um todo, de maneira holística, não por partes separada, como se cada peça não formasse um único ser, por isso a necessidade do ensino integral e sincronizados das disciplinas, saindo de um processo formativo especializado e desintegrado por pequenas partes. (BRASIL, 2001; VIEIRA, et al., 2016). Além disso, descrito por Vierora em 2016, a importância da formação do profissional inserido com o contexto social para sua atuação.

As DCN's determinam que devam ser contemplados os elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. O estudante deverá estar apto a posicionar-se criticamente frente ao contexto sócio-político-econômico do país, atuando como agente de transformação e reconhecendo o papel da prática de profissional no contexto social (BRASIL, 2001; VIEIRA, et al., 2016).

Essa formação orientada para os aspectos sociais e a visão holística do paciente, com o foco na promoção da saúde e a prevenção das doenças, iniciou com a mudança do sistema de saúde, que tem como objetivos essas primícias. Com essa mudança sanitária as instituições de ensino tiveram que modificar seu processo formativo. Esse novo contexto que o processo de saúde estar inserido, exige uma nova postura diante das situações, para contemplar essas mudanças é necessário estímulo a autonomia dos estudantes e o incentivo as transdisciplinaridade, sendo assim, se faz necessário um modelo de ensino diferenciado. Modificando a graduação em suas varias dimensões, assim o futuro profissional tem uma visão do paciente de maneira subjetiva e que se possa fazer uma reflexão dos problemas trazida por esse sujeito, que será cuidado por esse profissional. Faz-se necessário compreender esse paciente com um ser coletivo, inserido em uma sociedade com diversas problemáticas e esse profissional deverá promover a saúde através de iniciativas inovadoras. (XAVIER, 2014)

Rodrigues (2007) descreve o processo de formação diferenciada que os profissionais de saúde tiveram que passar para se adequar as necessidades exigidas pela população, levando em consideração formação docente.

Uma das competências específicas para a docência superior é o domínio na área pedagógica. É essencial que se domine, no mínimo, quatro eixos do processo ensino-aprendizagem: conceito de processo ensino-aprendizagem, o professor como conceptor e gestor do currículo, a compreensão da relação professor-aluno e aluno-aluno no processo, e a teoria e prática básicas da tecnologia educacional.

Por esse mesmo processo de adequação e respeitando as DCN's a formação do enfermeiro também passou por um processo de mudança. A partir do decreto numero 16300 do ano de 1923, no Rio de Janeiro, sistematizou o ensino de enfermagem moderno no Brasil, através do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), então dirigida por Carlos Chagas e posteriormente denominada Escola Anna Nery. Essa organização do ensino de enfermagem seguir também as modificações sanitárias que estava ocorrendo no Brasil naquele período. O ensino da enfermagem seguiu o modelo vigente da época, pautada em um modelo hospitalocentrico, voltado exclusivamente para a doença e combate as epidemias. O cuidado do profissional de enfermagem era fragmentado, assim com esse currículo. As modificações da formação do enfermeiro aconteceram influenciadas inicialmente pela mudança de paradigmas das transformações sociais, assim a Associação

Brasileira de Enfermagem (ABEN) em 1994, através da Portaria nº 1721/94, fez uma proposta de modificação curricular, onde o profissional enfermeiro seguiria não só na assistência, mas teria como atividades a gerência, ensino e pesquisa. (ITO, 2004)

Com isso, Ito (2004), também destaca as prerrogativas da LDB, sobre as mudanças na formação dos profissionais.

A LDB visa à formação de profissionais que possam vir a ser críticos, reflexivos, dinâmicos, ativos, diante das demandas do mercado de trabalho, apto a aprender a aprender, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, enfim, compreender as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país. A LDB trouxe novas responsabilidades para as Instituições de Ensinos Superiores, docentes, discentes e sociedade, pois permite a formação de diferentes perfis profissionais a partir da vocação de cada curso/escola, esperando melhor adaptação ao mercado de trabalho, já que as instituições de ensino terão a liberdade para definir parte considerável de seus currículos plenos.

As mudanças no currículo foram modificação mediante as mudanças no sistema de saúde, assim com as outras classes de profissionais de saúde, que também tiveram seus currículos modificados a partir de uma demanda externa. Com o processo modificação de uma visão hospitalocentrica e curativa para um modelo baseado da promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Como base legal, os cursos de enfermagem estão aparados nas Diretrizes Curriculares nacionais dos cursos de enfermagem, que tem como ponto fundamental a problematização como preceito para linha metodológica a ser seguida para a formação desse profissional. Com isso de acordo com as DCN do curso de graduação em enfermagem o enfermeiro deve ter uma formação generalista, humanista, critica e reflexiva, capaz de atuar em diversas áreas, com rigor científico e com preceitos éticos. Tendo conhecimento para compreender o processo saúde/doença e intervir de maneira adequada de acordo com o perfil epidemiológico e os determinantes bio- psico-sociais. Dentro documento também é citado o enfermeiro com licenciatura que é capaz de atuar na educação básica e na educação profissional em enfermagem. (BRASIL, 2001)

De acordo a DCN/2001 de enfermagem, as competências e habilidades que esse profissional devera ter, estar relacionado a atenção a saúde, tomada de decisão, comunicação (verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura, e pelo menos um domínio de uma língua estrangeira), liderança, administração e gerenciamento, e por fim educação continuada. Dentro das competências e habilidades não descreve nenhum pressuposto relacionado a atividades docente desse profissional. A organização curricular do curso tem em seus projeto politico pedagógico centrado no aluno e tendo como poio o professor como facilitador e mediador do processo de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2001).

Na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), número 573, de 31 de janeiro de 2018, tem como objetivo articular modificações na DCN do Curso de Bacharelado em Enfermagem (DCN/ENF) em consonância com a proposta apresentada pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Essa resolução além de trazer novos aspectos para atuação do profissional de enfermagem na assistência aos usuários do sistema de saúde traz alguns aspectos sobre atuação do enfermeiro como docente.

Art. 3º - As DCN/ENF estabelecem e definem os princípios, os fundamentos, e as finalidades que regem a formação de enfermeiras/os e balizam o desenvolvimento de competências de acordo com as dimensões e seus respectivos domínios de atuação profissional e serão instituídas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação - CNE, para aplicação, em âmbito nacional, no planejamento, desenvolvimento e avaliação dos Projetos Pedagógicos do Curso - PPC de Graduação em Enfermagem das Instituições de Ensino Superior. (BRASIL, 2018)

Parágrafo único - No Curso de Graduação para formação do enfermeiro licenciado, o egresso profissional, além do perfil anteriormente descrito, terá formação para o exercício da docência na educação profissional técnica de nível médio na enfermagem, além do trabalho como professor, o enfermeiro licenciado poderá exercer atividades de gestão educacional no contexto da educação profissional técnica de nível médio em enfermagem. (BRASIL, 2018)

Essa resolução descreve também uma seção específica para atuação do enfermeiro docente e a necessidade da DCN/ENF e Projeto Político Pedagógico do curso contemplar a formação do enfermeiro para a Docência no Ensino Profissional Técnico no nível médio em enfermagem.

Art. 18 - A licenciatura em enfermagem é reconhecida como curso de graduação que integra a formação da/o enfermeira/o licenciada/o, fundamentando-se nas legislações vigentes dos órgãos competentes dirigidas à formação de professores da educação básica no Brasil.

Art. 19 - A licenciatura envolve a integração entre a formação generalista da/o enfermeira/o e a formação para a docência em uma das modalidades de ensino da educação básica: a educação profissional técnica de nível médio na enfermagem. (BRASIL, 2018)

A resolução ainda norteia os conteúdos curriculares e projeto pedagógico descrevendo a relevância do enfermeiro ter uma formação pedagógica e se utilizando de método ativo como ferramenta de aprendizagem, além da possibilidade da integração com Faculdades/ Centros/ Departamento de Educação ministrar conteúdo para licenciatura em enfermagem. E fomenta a atuação de programas para o desenvolvimento de ações para formação de docente em saúde.

§3º Nas instituições de ensino superior em que se encontra o Curso de Graduação em Enfermagem deverá constar um Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com o objetivo de aprimorar o trabalho docente, no que tange às diferentes estratégias de ensino para a integração dos conteúdos e sobre as competências e as ações do cuidar em Enfermagem.

Mesmo com escassez de direcionamentos sobre a formação do enfermeiro para docência dentro dos documentos que servem como base para o desenvolvimento do currículo de enfermagem, é importante ressaltarem que existe um trabalho conjunto de diversos órgãos, para a mudança curricular dos cursos de graduação em enfermagem, enfatizando a relação da educação na saúde. (BARBOSA; VIANA, 2008).

Mesmo com escassez de direcionamentos sobre a formação do enfermeiro para docência dentro dos documentos que servem como base para o desenvolvimento do currículo de enfermagem, é importante ressaltarem que existe um trabalho conjunto de diversos órgãos, para a mudança curricular dos cursos de graduação em enfermagem, enfatizando a relação da educação na saúde. (BARBOSA; VIANA, 2008).

5 REVISÃO INTEGRATIVA

As metodologias ativas são mecanismos de didáticas na sala de aula onde o aluno deixa de ser receptor de informações e passa a se configurar como construtor do conhecimento junto com professor. O papel do professor dentro das metodologias ativas é orientar o aluno na busca do conhecimento e demonstrar as técnicas e as ferramentas necessárias para a construção significativa. Existem diversas didáticas utilizadas que vem ao longo dos anos trazendo conhecimento até o aluno, na grande maioria didática tradicional, e o aluno apresenta-se como um simples agente passivo. A participação é praticamente nula e as informações transmitidas em sala, muitas vezes não são absorvidas.

A revisão integrativa é uma ferramenta que possibilita a demonstração da relevância do objeto de estudo. Mendes (2008) descreve esse método de pesquisa como sendo a sintetização de múltiplos estudos publicados, assim possibilitando concluir em linha gerias a respeito da área do estudo. A revisão integrativa ela constitui com objetividade a análise de diversos artigos, em meio a grande quantidade de informações é necessário esse tipo de método de pesquisa.

Com isso o presente estudo traz uma revisão integrativa sobre as problemáticas das metodologias ativas no ensino da enfermagem, problema identificado pelo pesquisador, que após análise do problema estabeleceu o seguinte questionamento: Por que utilizar as metodologias ativas nos cursos técnicos de enfermagem?

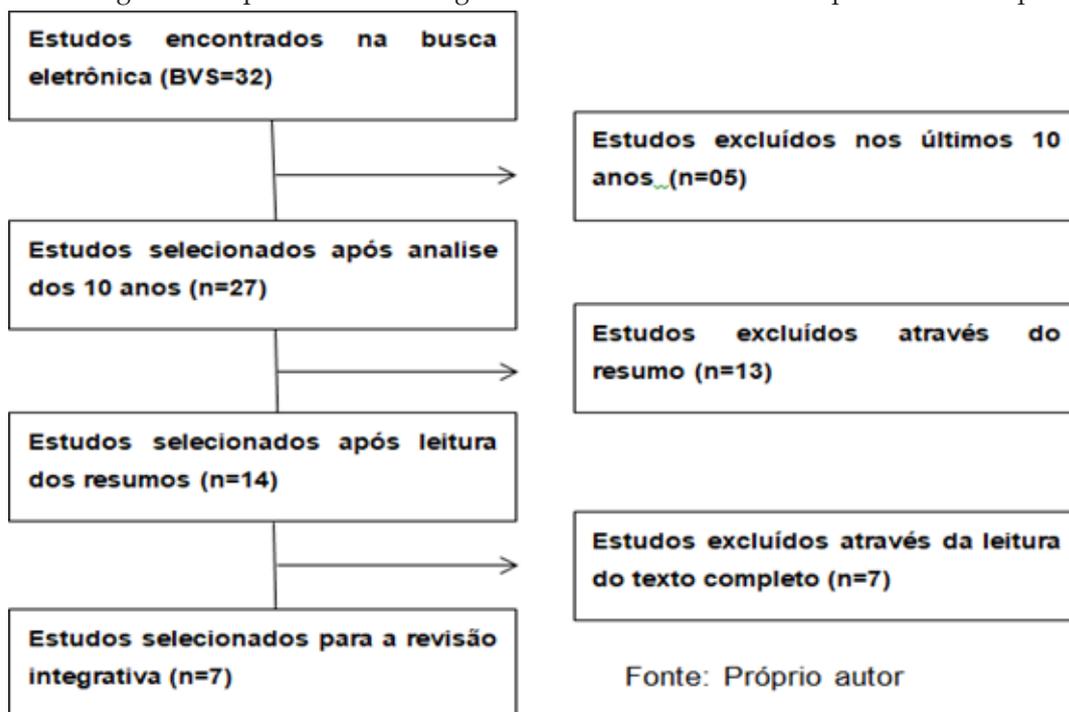
Os artigos científicos foram buscados na base de dados da BVS, com a utilização dos seguintes descritores: Metodologias Ativas, Enfermagem e Ensino. O período da pesquisa foi realizado em outubro de 2018. Foram encontrados 32 artigos e excluídos de acordo com o critério de exclusão. Restando ao final 07 artigos relevantes para o objeto de estudo.

Os critérios de inclusão adotados para a utilização dos artigos foram: Artigos disponibilizados na íntegra; Artigos relacionados a metodologias ativas e ensino de enfermagem; Artigos que se enquadrassem no corte temporal de 10 anos (2008 – 2018). Os critérios de exclusão seguem delimitando os artigos, que não estão do período dos últimos dez anos, artigos que não estão disponibilizados totalmente para sua análise e artigos que não se enquadram dentro do objeto de estudo.

Após esses dois passos, de delimitação dos artigos no banco de dados e exclusão de acordo com os critérios. Foi realizado um terceiro de passo de categorização dos artigos, com o objetivo de facilitar a interpretação e análise dos conteúdos e informação que são pertinentes para o objeto de estudo, sintetizando informações-chaves. Neste processo de categorização foi realizado uma análise crítica dos artigos, para realizar a compreensão dos resultados apresentados pelos autores dos artigos.

Na figura 1, descreve o fluxograma de como foi realizado a busca na base de dados, com o objetivo de facilitar a compreensão desse método de pesquisa. Após a colocação dos descritores (Metodologias Ativas, Enfermagem e Ensino) na base de dados BVS, foram encontrados 32 artigos que foram inicialmente descartados de acordo com o corte de tempo de 10 anos, restando, após a exclusão de 5 artigos, o total de 27. Após a leitura do resumo e do texto completo dos artigos, foi verificado qual deles correspondiam ao objetivo da pesquisa, com isso restaram no final 07 artigos, que contemplaram o objeto de estudo.

Figura 1 - Fluxograma da quantidade de artigos encontrados e selecionados para análise no presente estudo



Fonte: elaborado pela autora

Tabela 1 - Caracterização dos artigos selecionados para revisão baseada no periódico, título do artigo, tipo de estudo, ano de publicação e base de dados

Nº	Periódico	Título do artigo	Autores	Ano	Base dados/Biblioteca virtual
01	Revista Online de Pesquisa. Cuidado é Fundamental.	Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem	Eliani Sayumi Motisuki Dias; Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues; Heleson Rodrigues Miranda; Jader Aguiar Corrêa.	2018	LILA
02	Revista Brasileira de Enfermagem	Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso	Elaine Fernanda Dornelas de Souza, Amanda Gaspar Silva, Ariana Ieda Lima Ferreira da Silva.	2017	Scie
03	Revista da ABENO	Metodologia da Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas na Odontologia: análise bibliométrica dos trabalhos apresentados nas Reuniões da SBPqO	Niebla Bezerra de Melo*; José de Alencar Fernandes Neto*; Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão**; Patrícia Meira Bento	2017	BVS
04	Revista Brasileira de educação Médica	Estratégia Educacional Baseada em Problemas para Grandes Grupos: relato de Experiência	Sonia Leite da Silva; Silvia Fernandes Ribeiro da Silva; Gilmara Silva de Melo SantanaI; Sharmênia de Araújo Soares Nuto; Maria de Fátima Antero Sousa Machado; Rita de Cassia Moura Diniz; Henrique Luis do Carmo Sá	2015	Scie
05	Trabalho, Educação e Saúde.	Portfólio como estratégia de avaliação de estudantes de Odontologia	Franklin Delano Soares Forte; Camila Helena Machado da Costa; Talitha	2015	Scie

Fonte: elaborado pela autora

			Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa; Annatália Meneses de Amorim Gomes; Claudia Helena Soares Morais Freitas; Liberata Campos Coimbra; Dorlene Maria Cardoso de Aquino.		
06	Revista Online de Pesquisa. Cuidado é Fundamental.	O ensino de primeiros socorros sob a ótica de um currículo de orientação problematizadora	Mariana Dolce Marques; Luís Carlos Lopes Júnior; Emiliana De Omena Bomfim; Carla Pedrosa Marega Luciano Gomes; Shirlene Pavelqueires	2014	BIREME
07	Revista Terapia Ocupacional USP	Formação do terapeuta ocupacional em gerontologia: contribuições de docentes de cursos de graduação em terapia ocupacional no Brasil	Maria Helena Morgani de Almeida; Aline Buchalla Ferreira; Marina Picazzio Perez Batista.	2011	LILACS

Fonte: elaborado pela autora

Após análise crítica dos artigos, foi observado que a utilização de metodologias ativas tem relevância da formação do profissional de saúde, principalmente frente as problemáticas enfrentadas na assistência. Outro ponto importante observado é que as metodologias ativas utilizadas como ferramenta de aprendizagem desses alunos, mas não tem como foco a formação pedagógica desses profissionais, deixando uma possível falha na atuação desses futuros profissionais, que desejarem seguir o caminho da docência ao final da graduação.

Existe um quantitativo bom de artigos encontrados, mas os conteúdos dos artigos são repetitivos em sua fala. Com isso, após análise, os conceitos e informações estão continuamente se repetido nos 07 artigos, como pequenas diferenças entre eles. Isso demonstra a necessidade do aprofundamento teórico sobre metodologias ativas, além da escassez de artigos envolvendo o ensino de enfermagem e as metodologias ativas. Os artigos envolvendo a área de enfermagem estavam relacionados à formação do enfermeiro assistencialista e não formação dele com sujeito docente. Visto isso, existe uma necessidade de compreender quais os pontos falhos no processo de formação desse enfermeiro, que não esta sendo

preparado para a docência ou a realização de mais pesquisas sobre essa relação da formação do enfermeiro docente em métodos ativos de educação.

Outro achado importante nessa pesquisa foi à falta de artigos relacionando as metodologias ativas e o ensino técnico, pois não foi encontrada nenhuma que fizesse essa relação. A escassez de estudo nessa área prejudica a qualificação do ensino do técnico de enfermagem, por que através de pesquisas é possível alicerçar método de ensino que possibilitem uma formação técnica de qualidade. É importante fortificar ações que possibilitem pesquisas dessa área ou a modificação curricular de curso de técnico de enfermagem com ênfase na utilização de métodos ativos, visto que esse tipo de didática facilitar o processo de aprendizagem e reforça a autonomia e ajuda na compreensão das problemáticas encontrada na assistência nos serviços de saúde.

Os autores foram bastante enfáticos em descrever que a utilização dessas novas metodologias tem efeito positivo do ensino, demonstrando através de dados dos inúmeros benefícios que a mudança do ensino tradicional para essas didáticas ativas tem.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo considerando que o objetivo da pesquisa é descrever características do objeto de estudo, fazendo uma análise, identificação e comparação dos fenômenos da pesquisa. Nas pesquisas descritivas faz-se necessário a análise da ocorrência do fenômeno, sua relação e ligações, suas características e sem o pesquisador interferir no processo. De acordo com Oliveira em 2008 a pesquisa descritiva tem como ação a abrangência na sua realização, assim permite uma análise do problema do estudo em diversos contextos, sejam eles sociais políticos ou percepções de diferentes grupos. Ainda sobre a conceituação trazida por Oliveira análise dos estudos descritivos permite o detalhamento de uma forma que possibilita aprofundamento da realidade pesquisada.

Com a abordagem qualitativa, irá aprofundar o objeto da pesquisa, como caracteriza Oliveira (2008) esse tipo de abordagem descreve a complexidade do problema e hipótese e analisa as diversas variáveis estendendo as percepções da pesquisa dentre de vários contextos, além de facilitar apresentação de resenhas, descrição detalhada dos fatos e fenômenos observados.

Minayo traz na descrição da abordagem qualitativa como sendo um processo que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos

valores e das atitudes. A escolha desse tipo de abordagem para estudo foi à necessidade de analisar, em todos os seus enfoques e características, a compreensão dos fatores envolvendo a utilização das metodologias ativas no Curso Técnico de Enfermagem.

6.2 Campo social da pesquisa

Dentro das características da formação do profissional de enfermagem, tanto nível superior como nível médio, é necessário que durante esse processo a intuição de ensino estabeleça um conhecimento integral, que não desassocie prática da teoria e não incentive uma prática holística e humanista. Assim, os cursos técnicos de enfermagem que formam os profissionais de nível médio dessa categoria devem respeitar essas características.

A instituição que participará do estudo oferece o Curso Técnico de Enfermagem integrado ao ensino médio no município de Itapipoca - Ceará. A cidade possui aproximadamente com 116 mil habitantes de acordo com o último censo do IBGE realizado em 2010, distante 136 km da capital do estado tem diversos campos de atuação desses profissionais, como um Hospital secundário, diversas Clínicas, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e entre outros. Por se tratar de uma cidade polo da região, outras cidades circunvizinhas também fazem parte do campo de atuação desses profissionais.

A intuição é uma escola do governo de estado do Ceará, que faz parte do projeto política de educação profissional, criado no ano de 2008, em que oferece o curso técnico de enfermagem integrado ao ensino médio, inaugurada no ano de 2008, com nove turmas concluídas e três turmas em processo de formação. Possuem além do Curso de Enfermagem, mais 05 cursos técnicos: Redes de Computadores, Administração, Comércio e Segurança do Trabalho. Os cursos são oferecidos concomitantes a base curricular comum curricular do ensino médio, com isso eles são integrais, funcionando de 07 horas às 16h40min. A escola é composta no ano de 2020 por 512 alunos que possuem uma faixa etária entre 14 a 18 anos e formada por 32 professores distribuídos nas disciplinas da base comum e área técnica, além de 03 coordenadores pedagógicos e uma diretora escolar.

A escolha da instituição foi em decorrência de possui um maior quantitativo de professores fixos, as demais instituições do município que oferecem o Curso Técnico de Enfermagem são compostas por professores com uma maior rotatividade, não tendo vínculo formal com essas instituições.

6.2 Sujeitos da pesquisa

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), órgão responsável pela fiscalização e legislação dos profissionais de enfermagem, o único profissional que pode formar outros profissionais de enfermagem dentro das disciplinas específicas do curso é o profissional enfermeiro. A graduação em enfermagem composta por diversas disciplinas relacionadas ao cuidado paciente em todos os níveis de atenção, por um período de nove semestres até doze semestres o aluno de graduação recebe uma formação para assistência de maneira generalista.

A instituição pesquisa possui 08 professores enfermeiros, 02 foram excluídos da pesquisa, 01 por ser o pesquisador e outro por ter chegado à instituição após a realização desse estudo. Os 06 sujeitos da pesquisa, são enfermeiros generalista, com especialidades distribuídas em Cardiologia, Saúde Pública, Estomoterapia e Neonatologia, nenhum sujeito possui pós-graduação *stricto sensu*. Com idades de 27 a 38 anos e com no máximo 09 anos atuado com docentes no campo social da pesquisa. Todos possuem vínculo formal com o Instituto Centro de Ensino Tecnológico-CENTEC através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o CENTEC é a empresa que terceiriza esses professores para as Escolas Estaduais de Ensino Profissionalizante (EEEP), incluindo a escola, campo social da nossa pesquisa.

6.4 Técnicas de coleta de dados

Para que o objeto de estudo possa ser analisado de maneira que se compreenda o problema e os pressupostos da pesquisa serão relatadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista reflexiva e a pesquisa documental.

A entrevista reflexiva possibilita aos autores da pesquisa e o pesquisador o privilégio das relações sociais, permitindo o envolvimento, sem comprometimento do objetivo da pesquisa. Na entrevista reflexiva, descrito por Szymansk, em 2018, “a entrevista como um encontro interpessoal no qual é incluída a subjetividade dos protagonistas”. Dentro dessa perspectiva nesse tipo de entrevista o processo de coleta acontecerá em uma interação reflexiva entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador. Ainda de acordo com Szymansk, a entrevista reflexiva passa por os seguintes passos:

- a) contato inicial;
- b) a condução da entrevista, que é subdividida em: aquecimento; a questão desencadeadora; a expressão da compreensão; produção de sínteses; elaboração de questões de esclarecimento, focalizadoras e de aprofundamento.
- c) devolução.

Na coleta de dados realizada na instituição pesquisada por realizado, o primeiro passo da entrevista reflexiva, que foi o contato inicial com os sujeitos, descrendo os objetivos e finalidade da pesquisa, a assinatura dos termos livre esclarecido, deixa claro todos os componentes éticos da pesquisa, além da solicitação de permissão para a gravação da fala dos sujeitos.

Em um segundo momento foi realizado o aquecimento, com alguns questionamentos norteadores, o autor utilizou um questionário com perguntas aberta para facilitar a condução da entrevista (APENDICE A), questionamento referentes ao processo de formação do sujeito da pesquisa, qual o conhecimento prévio sobre o objeto do estudo e suas didáticas utilizadas em sala de aula.

Após essa segunda parte da entrevista aconteceu um terceiro momento que foi realizado uma devolutiva das falas, momento em que o pesquisador realizou uma compreensão das falas dos sujeitos.

Outra coleta de dados foi à pesquisa documental trata-se da análise de documentos que tem uma grande quantidade de informações que possibilita extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e socio-cultural (Sá-Silva, 2009). O Plano de curso, documento analisado, permite compreender a filosofia daquele curso, suas características e compreensão dos objetivos que o curso tem para os alunos, por isso a relevância dessa análise na intuição pesquisada nesse estudo. Será analisada através de pontos fixados em um roteiro estruturado (APENDICE B), que irá analisar a Fundamentação, a Organização e conteúdos do documento e a Estrutura Curricular. O roteiro foi desenvolvido levando em considerações a DCN dos cursos técnicos (RESOLUÇÃO Nº 6, DE 20 DE SETEMBRO DE 2012) e legislações específicas de enfermagem (DECRETO 94.407/87).

6.5 Análise dos dados

A análise de dados seguirá os seguinte postos descrito por Minayo(2009): (a) Organizar os matérias a serem analisados, no caso desse estudo o que foi coletado na entrevista semiestruturada, no diário de campo e na análise do PPC;(b) distribuir as partes em categorias; (c) descrever os resultados de cada categoria, mostrando os achados em cada análise;(d) fazer inferência dos resultados;(e) interpretar os resultados relacionando o que foi encontrado com fundamentação teórica.

Quando analisamos os dados através de categorias, é com possibilidade de trazer para ser análise uma objetivação. A homogeneidade também é outro aspecto relevante para a categorização dos dados, devendo ser, ainda de acordo com Minayo (2009), exaustivas, exclusivas, concretas e adequadas.

6.6 Aspectos éticos da pesquisa

Esse estudo será realizado com base à resolução na resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o Conselho Nacional de Saúde, que consiste em tratar os indivíduos com dignidade, respeitando sua vontade e defendendo sua vulnerabilidade (autonomia); comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos previsíveis sejam evitados (não maleficência); certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócia humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

Todos os participantes serão informados sobre os objetivos do estudo e assinarão o termo de consentimento livre e esclarecido (TLCE) (APENDICE C) demonstrando a concordância em participar voluntariamente do estudo, com garantia de anonimato. O termo será assinado pelo participante da pesquisa (professores) e representante legal da instituição. A pesquisa só aconteceu após aprovação do projeto pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, e com a assinatura dos participantes da pesquisa.

6.7 Síntese metodológica

Com o objetivo de facilitar a compreensão e como aconteceu todo o percurso metodológico, assim, foi realizada uma síntese demonstrada através da tabela, respondendo de um maneira clara e direta os objetivos propostos da pesquisa.

Tabela 2 – Síntese do percurso metodológico da pesquisa

	Objetivos	Participantes da pesquisa	Coleta de dados	Instrumento
01	Descrever como as metodologias ativas são compreendidas pelos professores na relação teoria/prática.	Docentes do Curso Técnico Em Enfermagem da Escola Investigado	Entrevista reflexiva	Questionário

02	Discutir o papel do professor no processo ensino/aprendizagem, na utilização de metodologias ativas.	-Docentes do Curso Técnico Em Enfermagem da Escola Investigado -Plano do Curso	-Entrevista reflexiva -Análise Documental	-Questionário de Análise documental
03	Compreender a função do aluno e do professor no processo de ensino/aprendizagem na utilização de metodologias ativas	-Docentes do Curso Técnico Em Enfermagem da Escola Investigado -Plano do Curso	-Entrevista reflexiva -Análise Documental	-Questionário de Análise documental

Fonte: elaborado pela autora

7 ANÁLISE DOCUMENTAL

O capítulo a seguir, analisa o plano de curso dos Cursos Técnico de Enfermagem, das escolas estaduais de ensino profissional do estado do Ceará. Esse plano foi desenvolvido pela Secretária de Educação do Estado do Ceará (SEDUC) e atualizado em 2018.

Para contribuir para a análise documental foi desenvolvido alguns tópicos contidos no Roteiro de Análise Documental (APENDICE B), que ajudaram a nortear essa análise.

Tabela 3 - Análise do Plano de Curso Técnico de Enfermagem

Tópicos de Análise	
Fundamentação	
LDB (Lei no 9.394/96)	Sim
Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, de 7 de agosto de 2001(Parecer CNE/CES nº 1.133/2001)	Não
Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Ensino Médio e Educação Profissional de Nível Técnico (RESOLUÇÃO Nº 6, DE 20 DE SETEMBRO DE 2012)	Sim
Conselho Federal de Enfermagem. DECRETO Nº 94.406/87	Sim

Outras Legislações (Código de Ética da enfermagem)	Sim
Decretos nº 5.154 e nº 5840	Sim
Resoluções CNE/CBE nº 01/2000, nº01/2004, nº01/2005	Sim
Organização e conteúdos do documento	
Define e organiza as atividades e as ações educativas necessárias aos processos de ensino e de aprendizagem.	Sim
Define a identidade e a organização do curso	Sim
Estrutura Curricular	
Conteúdos de acordo com as DCN	Sim
Metodologias de ensino	Sim
Avaliação	Sim

Fonte: elaborado pela autora

7.1 Fundamentação legislativa do plano de curso

Dentro da organização curricular do plano de curso descreve as legislações que irão fundamentar o desenvolvimento do curso técnico de enfermagem nas escolas profissionais do estado de Ceará. O aparato legal é as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o Ensino Médio e Educação Profissional de Nível Técnico (RESOLUÇÃO Nº 6, DE 20 DE SETEMBRO DE 2012), que dispões sobre a organização e estruturas do curso técnico, não existe uma DCN específica para curso técnico de enfermagem e não foi utilizada a DCN/ENF de 2001, com base para contribuir para organização curricular do curso das EEEP'S do estado.

É utilizado três resoluções do Conselho Nacional de Educação da Câmara De Educação Básica (CNE/CEB) que contribui para a fundamentação legislativa do plano de curso, que é inicialmente a resolução 01/2000, que dispõe sobre a organização curricular do ensino para jovens e adultos, enquanto a outras resoluções nº01/2004 e nº01/2005, descreve sobre o estágio curricular dentro dos curso técnico e conceitua os tipo de modalidade dos curso profissionalizantes, respectivamente

O decreto nº 5.154 visa regulamentar o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Enquanto o decreto nº 5.840, também citado como sendo determinações legais para o plano de curso, institui, no âmbito federal, o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos - PROEJA, além de outros pontos sobre educação profissional.

Ainda dentro da legislação com base da educação o plano de curso cita o Artigo 35 da Lei 9394/96 (Lei de diretrizes e base da educação), descrevendo os objetivos do Ensino Médio. Esses objetivos deixam claro que durante o ensino médio o aluno deve aprofundar e consolidar o conhecimento trazido dos anos anteriores, no período do ensino fundamental, estar preparado para o mercado de trabalho, além realizar a relação prática e teoria com princípios científicos e contribuir para uma formação ética e humana, com o desenvolvimento da autônoma e do pensamento crítico. É importante salientar que esse ultimo objetivo ressalta as características fundamentais para a utilização de MA.

As legislações específicas do curso também são citadas como sendo pilares importantes para formação do técnico. No decreto nº 94.406/87 é descrito dentro do plano por ser a legislação que fundamenta o exercício profissional da equipe de enfermagem, formada por enfermeiros e técnico de enfermagem. Outra lei que alicerça o plano de curso é o de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Essas duas legislações irão conferir ao plano de curso a ligação importante dentro do processo educacional na formação do técnico de enfermagem. Permitido o entendimento do exercício profissional e sua atuação humanizada, assim como, a assistência de enfermagem com ética e respeito aos seres humanos.

7.2 Organização e conteúdos do documento

As ações educativas estão descrita no relacionando os princípios filosóficos, pedagógicos e legais e organizados seguindo os preceitos DCN para o a Educação Profissional de Nível Técnico. Descrevendo os pontos obrigatórios contidos no plano de curso de acordo com as diretrizes de 2012.

Art. 20 Os planos de curso, coerentes com os respectivos projetos político pedagógicos, são submetidos à aprovação dos órgãos competentes dos correspondentes Sistemas de Ensino, contendo obrigatoriamente, no mínimo: I - identificação do curso; II - justificativa e objetivos; III - requisitos e formas de acesso; IV - perfil profissional de conclusão; V - organização curricular; VI - critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores; VII - critérios e procedimentos de avaliação; VIII - biblioteca, instalações e equipamentos; IX - perfil do pessoal docente e técnico; X - certificados e diplomas a serem emitidos. (BRASIL, 2012)

A base da formação do curso das escolas profissionais do estado do Ceará foi influenciada diretamente no desenvolvido das experiências oriunda do Programa de Desenvolvimento dos Centros de Ensino Experimental – PROCENTRO de Pernambuco e da filosofia de gestão denominada TESE – Tecnologia Empresarial Sócio Educacional. Como base disso existe algumas características citadas no Plano de Curso que não prática pedagógica

importante para formação desse aluno, como o protagonismo juvenil, que entende o aluno deve ter uma participação ativa e construtiva no processo educacional, com isso, podemos identificar como sendo uma característica das MA, pois fomenta no aluno a autonomia para o desenvolvimento cognitivos (aprender a aprender), produtiva (aprender a fazer), relacional (aprender a conviver) e pessoal (aprender a ser). Outras características citada é a educação continuada por partes dos professores, atitude empresarial, estimulando o aluno a ter uma visão empreendedora, corresponsabilidades da comunidade escolar e a replicabilidade.

A organização do curso estará organizada da matriz curricular que é formada pela Base comum, Base profissional e Disciplinas diversificadas. As Disciplinas da base comum ou formação geral, estar relacionada as três áreas de conhecimento do ensino médio (Linguagens e Códigos e suas tecnologias, Ciências Humanas e suas tecnologias e Ciências da Natureza, Matemática e suas tecnologias), conteúdo comum ministrado a todo aluno matriculado em escola que ofertam o ensino médio, a única diferença é a proposta educacional de essas disciplinas serem integradas a base profissional. Em relação esse ultima formação que é a profissional, a disciplinas são referentes aos conteúdos para construção profissional do técnico de enfermagem. E para finalizar a matriz curricular deve conter disciplinas voltadas para compreensão das relações do mundo do trabalho e a articulação com os conhecimentos acadêmicos. O currículo integrado, com uma relação concomitante entre a área técnica e a base comum, descrito como parte do processo educacional da escola profissional é conceituado no artigo 7º da DCN para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

- a. concomitante na forma, uma vez que é desenvolvida simultaneamente em distintas instituições educacionais, mas integrada no conteúdo, mediante a ação de convênio ou acordo de intercomplementaridade, para a execução de projeto pedagógico unificado; (BRASIL, 2012)

Vale ressaltar que existe uma necessidade de especificar de uma maneira mais clara a identidade do curso, ele descreve qual o objetivo de formação desse aluno, mas não descreve como será feito esse processo de maneira mais clara. Também não descreve como se dará as práticas no desenvolvimento das atividades pedagógicas, por que só cita as características dessas atividades pedagógicas. Dentro da organização do curso ele descreve que o currículo será integrado, mas também não especifica como será esse processo.

Dentro da organização do curso ele também descreve a forma de acesso do aluno e os requisitos exigidos. Descreve também o perfil profissional do aluno egresso da EEEP.

O Curso Técnico em Enfermagem propõe-se a formar profissional para realizar as ações que visem à recuperação e reabilitação do indivíduo e da coletividade. Executar cuidados de enfermagem a pacientes com psicopatologias, em tratamento clínico/cirúrgico, ginecológico/obstétrico, pediátrico, de urgência/ emergência e

em estado grave (Plano de Curso Técnico de Enfermagem das EEEP do Estado do Ceará, 2018, p. 12).

Cita também quais as atividades que deverão ser realizadas por esses profissionais ao final da sua formação, que corresponde algumas atividades que consta no Decreto 94.406/87 que dispõe sobre o exercício profissional da equipe de enfermagem. Também constam competências referentes ao saber conviver e saber ser.

7.3 Estrutura curricular

Para realizar uma análise mais adequada da estrutura curricular e compreender melhor sua organização, será detalhado essa análise em: Conteúdos/Matriz Curricular, Metodologias de ensino e Processo Avaliativo.

7.3.1 Conteúdos/Matriz Curricular

A matriz curricular é organizada por semestre, tendo uma carga-horária total de 5 400 horas, divididas da seguinte forma: 3.880 horas para as disciplinas, em que 2.620 horas para formação geral e 1.260 que corresponde à formação profissional, acrescida ainda de 600 horas de Estágio Curricular, previsto dentro da legislação do COFEN, como obrigatório para formação do técnico em enfermagem, e 920 horas distribuída para disciplinas da parte diversificada, como por exemplo, projeto de vida, formação para a cidadania, projetos interdisciplinares e entre outras disciplinas. De acordo com o Parecer Normativo Nº 001/2019 no COFEN esclarece a carga horaria de estágio do Curso Técnico de Enfermagem.

Considerando a manifestação da Grupo de Trabalho de Ensino Médio em Enfermagem que após debates, consensuaram que a carga horária, mínima, para o Estágio Curricular Obrigatório na formação em Enfermagem seja de 400 horas, e que a carga horária proposta representa o equivalente a 1/3 da carga horária teórica, indo ao encontro da complexidade da formação que é exigida para o Técnico em Enfermagem na dispensação dos cuidados aos pacientes e usuários dos sistemas de saúde, uma vez que esse profissional atua em unidades/instituições/empresas que prestam serviço de baixa, média e alta complexidade (COFEN,2019)

As disciplinas formação técnico foram modificadas em 2018, após a atualização do Plano de Curso, elas são distribuídas por semestre, as disciplinas tem cargas horarias com variação de 20 até 100 horas, além das disciplinas de introdução a profissional e relacionada à ética profissional, a matriz apresenta 06 disciplina relacionadas à saúde coletiva e 12 com referencias aos cuidados as unidades hospitalares. Isso pode salientar uma visão sobre o curso com ênfase em uma filosofia hospitalocentrica de assistência.

7.3.2 Metodologias de Ensino

No plano de curso é descrito os indicadores metodológicos, que faz referência às recomendações de métodos de ensino para ser utilizado durante o processo de formação do aluno. O Plano ainda conceitua a metodologia como um apanhado de procedimento com o objetivo de integrar a formação geral e profissional, assegurando uma formação integral do aluno (Plano de Curso Técnico de Enfermagem das EEEP do Estado do Ceará, 2018, pág. 18).

Alguns procedimentos metodológicos são sugeridos com o objetivo de auxiliar os estudantes na construção de um conhecimento significativo, como por exemplo, a problematização do conhecimento, podemos então relacionar esse procedimento metodológico como a base toda metodologia ativa, característica primordial durante a utilização dessa didática. Nas MA é de extrema importância a observação e/ou reflexão da realidade na prática e na convivência em sala de aula, a partir desse processo surgiu a problemática que será analisada para o desenvolvimento de conhecimento, dentro também das MA o conhecimento prévio é considerado como subsídio para a construção do processo educacional. E a partir de uma situação problema é que vai ser desenvolvido o conhecimento, promovendo a análise crítica e reflexiva e a busca de solução da problemática diretamente ligada aos objetivos de aprendizagem (Vieira e Panúncio-Pinto, 2015)

Outro método sugerido é promover a autonomia do aluno, através proporcionar condições que o estudante possa ser um agente ativo no processo de ensino-aprendizagem. Outra característica importante das MA, que objetiva dentro do uso dessa didática, é a autonomia do aluno. Apesar do plano no curso não cita como base legislativa a DCN/ENF de 2001, pode ser observado uma influência, de alguns pontos, como a promoção de métodos que promovam a autonomia do aluno, no artigo 9º dessa resolução, é determinado que o projeto pedagógico com suas didáticas pudesse ser centrado no aluno, assim o estudante é o centro do processo de ensino e aprendizagem, sendo colocado como responsável na construção do conhecimento e o professor tem o papel de apoiar, facilitar e mediar esse processo.

Podem ser citados também outros indicadores metodológicos encontrados no plano de curso, como a promoção da compreensão das múltiplas relações em que o homem estabelece com a sociedade, pode ser observar também nesse ponto uma proposta de Nova Escola, descrita inicialmente por John Dewey. Adotar a pesquisa como método de aprendizagem, contextualizar os conhecimentos com valorização de conhecimentos prévios,

relacionar os objetivos de aprendizagem com situações reais de vida, permitir ação-reflexão-ação e utilizar estratégias ativas de aprendizagem, como o desenvolvimento de projetos, seminário, debates, atividades interativas em grupo, são métodos sugeridos para utilizar em sala pelo Plano de Curso. Mesmo não sendo descrito especificamente as metodologia ativa como didática primordial para a formação do técnico de enfermagem, as descrição dos indicadores metodológicos permite uma influência dessa didática, podemos observa isso nesse paragrafo retirado do Plano de Curso.

A adoção dos procedimentos acima citados para a realização do curso favorecerá a intermediação do docente no processo de aprendizagem, privilegiando situações ativo participativas, visando à socialização do saber, à construção e reconstrução coletiva de conhecimentos, ao desenvolvimento de níveis de competências mais complexas como a capacidade de síntese, de análise, de avaliar e resolver problemas, bem como ao desenvolvimento de habilidades, valores e atitudes. Dar-se-á ênfase à resolução de problemas, envolvendo situações diversificadas e similares às encontradas no contexto real de trabalho, o que possibilitará ainda o exercício da transversalidade pela abordagem integradora, contextualizada e interdisciplinar das questões a serem trabalhadas (Plano de Curso Técnico de Enfermagem das EEEP do Estado do Ceará, 2018, p. 19).

7.3.3 *Processo Avaliativo*

O último ponto a ser analisado é o processo avaliativo da aprendizagem, que de acordo com o documento deve ser um processo contínuo e cumulativo, com uma prevalência nos aspectos qualitativos em relação os quantitativos. Com função bem delimitada, a avaliação, deve ser diagnóstica formativa e somativa. O processo avaliativo deve ser compreendido como uma ação contínua, não pode entendido como a finalização de um processo. De acordo com Luckesi (2002), o conceito de avaliar perpassa dentro de um processo de diagnóstica uma experiência, não deve ser classificatória e nem seletiva, mas deve ser capaz de diagnósticas e incluir os alunos no processo de aprendizagem, tendo como objetivo reorienta-lo a buscar o melhor resultado possível.

De acordo ainda com os aspectos da avaliação, no Plano de Curso, é relevante a inclusão de atividades contextualizadas, o contínuo diálogo com os alunos, um consenso dos critérios de avaliação, apoio pedagógico aos alunos que apresentam dificuldades, a adoção de procedimentos didáticos que tenha como objetivos a melhoria contínua e a observação de característica de cada aluno, permitido a (re) construção do saber escola. Considerando esses aspectos avaliação será realizada por disciplina e de maneira bimestral considerando a assiduidades (referente à frequência e entrega/participação das atividades propostas) e o aproveitamento.

8 COLETA E ANÁLISE DE DADOS DA ENTREVISTA REFLEXIVA

Levando em consideração a análise dados por categorias e após a entrevista semiestruturada realizada com os sujeitos da pesquisa. Os dados foram divididos em categoria de acordo com o que foi coletado. Para facilitar a compressão os sujeitos da pesquisa serão nomeados com P1, P2, P3, P4, P5 e P6.

Inicialmente faremos uma análise do perfil dos professores entrevistados, para facilitar o entendimento de quem são esses sujeitos, baseado na idade, gênero, formação acadêmica e tempo de docência. Após a análise do perfil dos sujeitos, será analisado: a compreensão sobre Metodologias Ativas (MA), papel do professor no processo educacional, papel do aluno no processo educacional, Formação e utilização de MA na sua prática pedagógica e Metodologias Ativas entre o sim e o não.

8.1 Perfil dos sujeitos entrevistados

Os sujeitos da pesquisa são em sua maioria são do gênero feminino (P3, P4, P5 e P6) e dois do gênero masculino (P1 e P2). A faixa etária dos participantes é entre 28 a 38 anos. Todos tem graduação em enfermagem, com inscrição ativa no conselho regional de enfermagem. Somente 03 trabalham exclusivamente com docências (P1, P3 e P6), os demais conciliam assistência com docência (P2, P4 e P5), atuam na área hospitalar e em atividades de home care. Outro ponto importante observado no perfil dos professores, é que 04 são somente professores de estágio, atuam diretamente com orientação da prática de procedimentos, 01 atua com orientação de estagio e disciplina em sala de aula e 01 atua exclusivamente em sala de aula.

Tabela 4 - Distribuição dos entrevistados segundo o perfil sócio demográfico,

Formação acadêmica e tempo de docência na instituição

Perfil	Números
Idade	
25 - 35 anos	04
36 – 40 anos	02
Gênero	
Masculino	02
Feminino	04
Formação Acadêmica	
Graduação	01

Especialista	05
Mestrado	0
Doutorado	0
Tempo de Formação (anos)	
0 - 2 anos	0
3 – 6 anos	01
7 – 10 anos	05
Tempo de docência (anos)	
0 - 2 anos	01
3 – 6 anos	03
7 – 10 anos	02

A faixa etária dos sujeitos não são tão distante, tendo uma diferença no máximo de 10 anos. O gênero segue com a maioria mulheres, como normalmente é o perfil dos profissionais de enfermagem, que em sua maioria é representada por mulheres. De acordo com o COFEN, que realizou uma pesquisa junto com a fundação Oswaldo Cruz em 2015, concluiu que a equipe de enfermagem é predominantemente formada pelo gênero feminino, sendo composta por 84,6%.

Em relação à formação, apenas um dos docentes, tem apenas graduação, os demais possuem pós-graduação *latus sensu*. As especializações seguem a linha da saúde coletiva (02), e na área hospitalar (03), temos especialista em Neonatologia e Pediatria, Cardiologia e Estomoterapia. Nenhum dos entrevistados possui especialização na área da docência.

Ao analisar o tempo de atuação como docente podemos observar mais de 80% dos sujeitos da pesquisa tem mais de 02 anos como docente, assim pode ser observado que esse tempo dentro da docência permite uma experiência na prática educacional.

8.2 A compreensão sobre metodologias ativas (MA)

Com o processo de modificação contínuo educacional e necessidade de compreender o uso de MA, foi questionado aos docentes da instituição pesquisada sobre a compreensão que eles tinham sobre metodologia ativa, esse momento de reflexão onde foi colocado o questionamento e eles demonstraram o empobrecimento na definição do que se tratam as MA. O que se compreende é que existem mais questionamentos sobre o que seria MA do que a real compreensão e conceituação desse método.

P1: Já ouvi falar aqui no Colégio. Não tive formação para isso na faculdade. Vim saber o que era metodologias ativas por conta própria, por conta do trabalho também, na área da educação e saúde.

P2: Então uma aula de laboratório seria uma metodologia ativa? P4: É tipo uma atividade lúdica.

As metodologias ativas apesar de alguns autores descreverem como um método inovado no processo educacional, já vem sendo discutido há muito tempo, pois o primeiro estudo sobre essa didática vem desde compreensão sobre da nova escola, definida por Dewey seu principal pensador (1859-1962). Assim não se trata apenas de algo recente que poderia se entender algo pouco uso seria por esse fator específico. É notadamente pela fala dos sujeitos que a compreensão é praticamente nula, com definições totalmente erroneamente, mediante as diversas definições sobre essa temática. Com isso pode se entender que a compreensão é falha mediante análise realizada.

Levando em consideração o tempo de formação de cada sujeito pode se considerar que o currículo que eles foram formados, já foi influenciado pela DCN de 2001, que orienta o uso de metodologias que garantam o ensino critico-reflexivo e o aluno ser o centro do processo de aprendizagem, duas características base para a utilização de MA.

Art 14 - I. A articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo (...) V. A implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender; VI. a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer

Art 9 - O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. (BRASIL, 2001)

A DCN mais recente, de 2012, dos cursos técnicos não consta informações pertinentes para a utilização de didática ativas no processo educacional na formação do técnico, mas diversos documento e estudo afirmam a necessidade do uso da problematização para a formação dos profissionais de saúde. Isso pode demonstrar um ponto falho do processo educacional desse grupo de profissionais, pois as mudanças sociais e tecnológicas necessitam que o processo educacional também acompanhe essas mudanças.

Com as mudanças na saúde, provenientes das transformações tecnológicas, a formação dos profissionais da saúde também necessita de uma modificação no método adequado para o ensino. As estratégias ativas com uma abordagem centrada do aluno, para o desenvolvimento da sua autonomia, deve ser um mudança primária no processo educativo dessa área profissional. Para uma formação em que os profissionais possam ser crítico, reflexivo e capaz de transformam sua realidade, primícias das metodologias ativas,

é diretamente ligado às didáticas que proporcionam o aprender a aprender (MACEDO et al. 2018).

P1: Aí a metodologia ativa é quando ele vai e busca o assunto em algum outro local, e a partir dali ele entende e expõe para os outros.

P2: Eu aplico inclusive estas metodologias em minhas aulas. Bom, através de atividades musicais e atividades de criação de instrumentos. Por exemplo, uma coisa típica que fiz aqui foi pedir para os alunos trazerem uma garrafa e aprender a fazer a pressão cardíaca. Isso é uma metodologia ativa. Você está pegando e aplicando a educação, algum tipo de assunto e as pessoas estão tendo essa troca de conhecimento.

O que podemos perceber é o não conhecimento adequado dos conceitos de metodologias ativas e a partir do não conhecer, se torna dificultoso a sua utilização. Quando analisamos a fala do sujeito da pesquisa é importante salientar que ele compreende que a autonomia faz parte do processo de aprendizagem quando se utiliza metodologia ativas, mas o conceito e a fundamentação teórica quando é inexistente, torna o objetivo para uso de MA incoerente.

O conceito de MA, é um método decorrente da produção de uma situação problema, podem ser a partir de uma análise social em que o aluno está inserido, como o uso da Problematização, ou através da criação de uma situação problema alicerçada no objetivo educacional naquela aula, como na utilização do PBL, além disso, temos as estratégias ativas que são ligadas também a uma problemática. Assim as MA necessitam de uma problemática para proporcionar dentro daquela construção de conhecimento uma reflexão crítica e autonomia para solucionar a problemática gerada a partir de um objetivo de aprendizagem. (MACEDO et al. 2018).

P1: Os alunos aqui, por exemplo, com um tipo de metodologia ativa que eles sempre fazem nos seminários, eles dão todo o assunto no seminário e final, eles fazem alguma estratégia para buscar interagir com os alunos.

P3: Um jogo, ou alguma coisa que eles fazem...".

As estratégias ativas, como seminário, júri simulado, jogos educacionais, pedagogias de projetos, sala de aula invertida, estudo de caso, educação em pares e entre outros, são didáticas educacionais que estimulam a autonomia e reflexão crítica sempre em decorrência de uma problemática alicerçada em um objetivo de aprendizagem. Os professores participantes da pesquisa demonstram sua utilização de algumas estratégias ativas, mas sem compreender o objetivo, conceitos e um aprofundamento teórico daquelas estratégias ativas utilizadas em sua sala de aula.

8.3 Papel do professor no processo educacional

Quando discutimos o papel do professor em sala de aula, devemos refletir sobre nossa atuação, objetivos de aprendizagem e qual o método que será utilizado para alcanças os objetivos de aprendizagem, todos esses pontos devem ser analisados, para assim compreender o papel do professor. De acordo com Bebel (2014), o docente deve promover a autonomia intelectual, com isso quando ela cita O professor José Misael do Valle, eles colocam o aluno com centro do processo quando afirmam que o educador deve realizar suas atividades educacionais mediante as razões dos alunos. Além disso ela reafirma importância da utilização do docente alinhar teoria e prática com fundamento primordial para o processo de aprendizagem, principalmente com a utilização da problematização como ferramenta metodológica.

Os sujeitos quando questionados sobre o papel dele como docente sugeriram algumas afirmações e reflexões sobre esse conteúdo.

P4: Repassar o conhecimento. De acordo, no caso da gente enfermagem né, sobre a área. E além de repassar o conhecimento, tentar que eles aprendam a ser assim, voltando pra nossa área, mais humanos né. Mostrar o lado da organização e do Cuidar.

P5: A gente tem o papel de orientar e de dar um bom exemplo, é claro! Disciplinar. Mostrar ética profissional.

P2: Na maioria das vezes, a gente quer dar um espelho para eles.

Eles relatam de uma maneira bem com foco não só voltado para o conteúdo e informações que o aluno deve compreender, mas podemos observar que eles entendem a função muito além de conhecimento teórico, eles envolvem a construção de um ser social⁶. Que o aluno ele não simplesmente, nesse caso específico, um produtor de técnica de enfermagem mecanizado, ele é um ser humano que tratará/ cuidará outros, assim a necessidades de humaniza-los e torna-los éticos na sua atuação profissional.

Paulo Freire (1996) afirma que a educação ele deve ser libertadora, permitindo que o aluno possa compreender os assuntos pertinentes às disciplinas, mas que aquele conhecimento o faça pensar, refletir criticamente e analisar. Ele ainda descreve como sendo através da educação e com a quebra da pedagogia bancária, que será possível emancipar o ser humano e humaniza-lo.

Quando é compreendido que a função primária do professor é repassar conhecimento, dentro de um contexto histórico, essa é a característica primária do professor a ação de ensinar, levando em consideração a pedagogia tradicional, essa seria a única função do docente. O professor transmissor de conhecimento, que tem como predomínio o saber de

conteúdos das disciplinas ministradas, ele vem sendo colocado em contraponto com o ensino ativo, que se utiliza de métodos, que modifica o papel do professor em sala de aula.

Ensinar que tem como sinônimo a transmissão de conhecimento, deixou ser um mecanismo passivo, pois o conhecimento pode ser encontrado em todos os lugares, pois existe uma facilidade de acesso às informações, como em livros, sites, blogs e entre outras minhas informações. O conhecimento se tornou globalizado, rapidamente é possível ter informações em tempo real de conflitos acontecendo em diversos países e conteúdo científicos de vários autores de diversas instituições, é possível assistir uma palestra de uma especialista da área através de canais de vídeos. Assim o conhecimento ele é de livre acesso, então o ato de ensino, como simples o repassar conteúdos ele ficou supérfluo, em outras épocas que essas informações eram escassas ou de difícil disseminação a função única era realmente essa, repassar informações para gerar conhecimento. Com isso, se justificava o professor ter a única função de transmitir conhecimento, mas com o processo de mudança que aconteceu o professor outras funções, de nortear, orientar e facilitar o processo de construção da aprendizagem. (ROLDÃO, 2007)

P5: Tem um aluno que de repente mudou o desempenho na atividade. Ele com certeza não entende como se aluno não estivesse estudando, ele pode até não estar estudando, mas por algum outro motivo. Ele era bom e ficou ruim por quê? Aconteceu alguma coisa? Eu acho que o professor vai além e vai ser até o psicólogo aí. Para entender o que tá acontecendo. E além de lidar com problemas como conflitos.

Uma quebra dessa fala da pedagogia tradicional é quando eles refletem que o papel do professor é também como mediador de conflitos, é tentar colocar o aluno como centro do processo e compreende-lo como sujeito que apresenta dificuldades, cabendo o professor a procurar o melhor método para alcançar os objetivos de aprendizagem. Assim, Fialho E Matos afirma que:

O papel do professor, portanto, de posse dessas novas tecnologias, é envolver, motivar, encantar e cativar de tal forma seus alunos que o processo de ensino/aprendizagem aconteça naturalmente e de forma significativa, o que nada mais é do que a arte de envolver para ensinar. (FIALHO, MATOS, 2010)

Com uma visão de uma pedagogia tradicional, os sujeitos da pesquisa, compreendem a função do docente, como um transmissor de conhecimento, em que ele é o protagonista do processo de ensino e aprendizagem. Essa percepção pode estar relacionada à forma que eles foram ensinados, dentro de uma pedagogia tradicional. Então, nesse processo de formação profissional, eles só tinha a visão do processo com detentor dos conhecimentos e eles meros receptores, tendo que simplesmente absolver e memorizar informações, como isso, eles dão continuidade a esse processo.

8.4 Papel do aluno no processo educacional

Quando se faz uma reflexão sobre a função do aluno dentro do processo educacional, é importante fazer um paralelo entre a educação tradicional, que o papel do aluno era de simples ouvinte e memorizador de informações, e na pedagogia ativa, ele é o centro do processo educacional, sendo fomentando o desenvolvimento da autonomia. Apesar da compreensão do papel do professor se enquadra dentro da pedagogia tradicional, os sujeitos entendem o papel do aluno como definições da pedagogia ativa.

P1: Em que o aluno, ele é também detentor da sua responsabilidade de aprender e que o professor, ele é como de fosse um guia, um guiador.

P2: Eles são protagonistas, eu acho que cabe muito a eles e a gente vai só moldando, aprimorando, adaptando."

P4: Antigamente, o aluno não podia nem falar. Era o professor e eles. (...) Não só o professor que é responsável por isso, eles também têm que ser responsáveis.

De acordo com Savani (1997), dentro do movimento da Escola Nova, o aluno é a agente principal no processo de produção de conhecimento e o professor é uma auxiliar nesse processo e na pedagogia tradicional, os papéis são invertidos, conhecimento produzido no aluno (agente passivo) se dá pela ação do professor, ele é o agente principal do processo. "O conhecimento é produzido no aluno pelo professor". Dentro desse contexto o aluno se torna responsável pelo processo de aprendizagem, e autonomia deve ser promovida, com o objetivo da quebra desse processo tradicional de educação.

No contexto educacional proposto pelo modelo da Escola Nova, o aluno é autônomo dentro da contração da aprendizagem, com isso Little, em 1991, descreve esse pilar que também configura as metodologias ativas.

A autonomia é uma capacidade - de distanciamento, reflexão crítica, tomada de decisões e ação independente. Ela pressupõe, mas também requer, que o aluno desenvolva um tipo particular de relação com o processo e conteúdo da sua aprendizagem. A capacidade de autonomia será demonstrada tanto na forma como o aprendente aprende, como no modo como ele ou ela transferem o que foi aprendido, para contextos mais amplos. (Little, 1991)

Outro aspecto importante verificado na fala de um dos sujeitos (P4), "Eu vivi isso há algum tempo atrás. Era professor e aluno. Até claro que hoje mudou muito. Eles fazem parte do processo da educação", que apesar da formação tradicional e da compreensão que eles têm da função do professor, voltado para um modelo de educação tradicional, eles apresentam uma visão do aluno como protagonista do processo de ensino e aprendizagem, modelo de educação ativo, citado também por outros participantes da pesquisa. Analisando as falar dos professores é importante ressaltar que eles entendem a importância do aluno ser autônomo no processo educacional, mas a formação recebida e a compreensão do papel

deles em sala de aula prejudicam a utilizam de métodos que fomentam a autonomia dos alunos, como as MA.

8.5 Dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro docente no uso de MA

Conforme as mudanças pelas DCN para o curso de Graduação em Enfermagem para o a formação do enfermeiro, as prática pedagógicas do enfermeiro professor vem sendo analisada. A formação do enfermeiro deve estar relacionando as modificações sociais, e o currículo deve conter uma proposta pedagógica capaz de forma esse profissional que esteja integrado a realidade vivida em uma sociedade globalizada no século XXI (Rodrigues e Mendes Sobrinho, 2007). A resolução nº 573 de 31 de Janeiro de 2018 do Conselho Nacional de Saúde traz recomendações para a DCN da Graduação do Curso de Enfermagem, com diversas propostas para a formação do enfermeiro como docente.

Assim, existe uma preocupação para atender uma demanda relacionada à formação desse profissional na área da docência. A fala de alguns sujeitos durante a entrevista reflexiva demonstram a necessidade de uma formação adequada, é comum com já citada nos dados de contexto, a licenciatura em enfermagem, é anexado ao bacharelado, não tendo uma formação específica para essa área de atuação.

P3: Mas nós não somos treinados para isso, para ministrar aula.

P4: Minha formação eu não aprendi a ter de práticas, a saber, o que era a pedagogia, essa questão da formação. A gente sabe como é dar uma aula, claro, vendo as normas da instituição, mas também tendo um espelho de algum professor que a gente já teve. De como foi à didática dele. Lembra até de algumas aulas que a gente usa como espelho para repassar.

Na fala dos sujeitos podemos verificar que as dificuldades apresentadas por eles iniciam com a formação, que é inexistente ou falha, e que normalmente eles se utilizam de didáticas apresentadas na graduação, que em alguns casos não condiz com a realidade encontrada na escola, com isso, existe uma necessidade de usar um método diferenciando que esteja relacionado ao perfil de alunos da instituição desses professores, pois são alunos com uma faixa etária entre 14 a 18 anos e cursando o ensino médio, inseridos em uma sociedade formada pela geração Z7.

Dessa maneira se faz relevante uma reflexão sobre a formação do enfermeiro, que estar voltado unicamente para assistência, esquecendo-se das possibilidades de sua atuação em outras áreas, mas até mesmo na DCN, ela não descreve dentro currículo de formação algo relacionado à docência desse futuro enfermeiro. Rodrigues e Mendes Sobrinho descrevem essa reflexão a cerca da formação docente do enfermeiro e suas fragilidades.

A reflexão acerca da formação pedagógica do docente enfermeiro é essencial devido à complexidade da prática profissional inserida na tarefa da educação. Entretanto,

para muitos professores, a docência em saúde é, geralmente, considerada secundária deixando de reconhecer a existência de uma relação entre ensino, aprendizagem e assistência bem como de serem discutidas as especificidades dos cenários do processo ensino/aprendizagem e seus atores: professor, aluno, pacientes, profissionais de saúde e comunidade (RODRIGUES; MENDES; SOBRINHO, 2007).

Reafirmando essa análise sobre a atuação dos profissionais a Fundação Oswaldo Cruz em 2015 realizou uma pesquisa do perfil dos profissionais da enfermagem e foi verificado que no quesito mercado de trabalho, 59,3% das equipes de enfermagem encontram-se no setor público; 31,8% no privado; 14,6% no filantrópico e 8,2% nas atividades de ensino. Assim existe um quantitativo pequeno de profissionais que atuam na educação. Dos sujeitos pesquisados, 05 trabalham com assistência, além da sua atuação como docentes e apenas 01 trabalha nos setor comercial, em uma área não relacionada com a área da saúde.

As dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro docente são descritas pelos sujeitos principalmente no conhecimento pedagógico de métodos que mais se encontradas nos objetivos de aprendizagem. As didáticas utilizadas não permitem que os alunos possam ser protagonistas do processo de aprendizagem, e acabam promovendo uma pedagogia tradicional, voltada unicamente para memorização de informações.

P5: Isso, eu sinto muita dificuldade nisso. Quando eu vou ministrar, eu acho que minha aula é muito caretinha, porque eu não tenho essa didática. Às vezes, vem de um próprio aluno que dá uma sugestão. Mas eu sinto essa dificuldade assim, de ter novas ideias, de ter outras didáticas assim. Porque eu acho isso, não tive a formação pra isso.

P3: A gente repassa o conhecimento que a gente tem, da forma que a gente sabe. Mas não direcionada a isso

Outro ponto importante para essa análise é compreender que de acordo as legislações vigentes, para se tornar docente do curso técnico de enfermagem você precisa unicamente ser graduação em enfermagem, não existe uma cobrança por um curso ou uma pós-graduação específica para sua atuação como professor. Na composição de professores para a graduação se faz necessário pelo menos uma especialização, não necessariamente referente à docência para ser professor da graduação em enfermagem (BARBOSA; VIANA, 2008).

Pela formação não voltada para licenciatura, os sujeitos encontram dificuldades em ações simples dos outros professores que tem uma formação específica para a docência não apresentam. Como questiona um dos sujeitos *“como é que esse professor tem 10 aulas por dia. Meu Deus, a gente tem 01 e não consegue dar conta’*. E eles já são experientes em bloco de notas, essas coisas, corrigir provas. Eu via esses professores com um monte de pilha de prova. Gente, eu não dou conta nem de uma pilhazinha” (P2). Dessa maneira, se torna prejudicada o processo de ensino e aprendizagem, o professor terá que procurar métodos e didáticas para alcanças os objetivos de aprendizagem, sem ter base pedagógica.

Com análise das falas dos sujeitos podemos compreender que a principal dificuldade apresentada é a formação pedagógica fragilizada, pois ela não aconteceu na graduação em enfermagem e formação contínua na escola é ineficiente. Os sujeitos relatam não ter tido formação para o ensino no período da graduação e após também não tiveram. De acordo com Da Silveira Maissiat e Carreno (2011) os enfermeiros terminam a graduação e iniciam sua atuação em cursos técnicos profissionalizantes, ministrando aula, sem ter competência e habilidades específicas e aprofundadas na prática educativa. Ainda de acordo com os autores poucos possuem título de licenciatura, formação pedagógica ou docência para educação profissional de nível técnico na área da saúde. Com isso a maioria dos cursos de graduação não possui em seu currículo formação adequada de didática e pedagogia necessária para exercício da educação.

8.6 Formação e utilização de MA na sua prática pedagógica

Como já relatado anteriormente a formação dos sujeitos são relacionadas à área assistencial hospitalar e de saúde coletiva, não recebendo em sua graduação formação específica para atuação como docente. Se a formação relacionada à área pedagógica é inexistente fica complicado a utilização de métodos ativos para ensino. Como também descrito em outras falas de alguns sujeitos eles foram formados pelo ensino tradicional, com isso, eles também apresentam dificuldades na utilização de MA.

P3: Eu nem lembro se eu tive

P4: É porque a formação acadêmica da gente, ela é voltada para assistência. Então quando essas disciplinas focam nisso, a gente acaba não valorizando, porque a gente quer assistência. 'Eu entrei na enfermagem para prestar assistência'. E aí não foca tanto na didática. Eu tive disciplina didática, mas a gente não dá muito valor por achar que..."

Percebe-se na fala dos sujeitos, a negligência em sua formação, pois sua ela é voltada para área assistencial, mas em muitos casos o enfermeiro é encaminhado pelo mercado de trabalho para atuação como docente. Com isso seu processo formativo fragilizado dificulta a utilização de métodos e didática pedagógica que favoreça o processo de ensino e aprendizagem. É importante salientar que na DCN/ENF de 2001, deve nortear o projeto político pedagógico dos cursos de graduação de enfermagem e sua formação deve conter uma estruturada com competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas e após a saída do ensino superior o enfermeiro deverá ser generalista, humanista, crítico e reflexivo (RODRIGUES; ZAGONEL; MANTOVANI, 2007).

Rodrigues, Zagonel e Mantovani em 2007 afirmam que:

As Diretrizes Curriculares oferecem às escolas ou cursos motivações para desenvolver estratégias que estimulem as discussões coletivas para colaborar com a construção de projetos políticos pedagógicos que aproximem a formação do enfermeiro das

necessidades locais de saúde, respeitando a vocação e a identidade institucional. Procedendo desta forma, estarão favorecendo a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no modelo de atenção à saúde que se fundamenta em um conceito ampliado de saúde e justiça social. O SUS, como política pública de saúde, está inserido nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde, expondo de forma genérica que todo o profissional da área de saúde deve ter em sua formação competências gerais que incluem a comunicação, liderança, atendimento à saúde, aplicação de princípios éticos e de aprender a aprender, além do rol de competências específicas. Para entender a evolução do ensino de Enfermagem, é importante ressaltar aspectos históricos que marcaram as transformações.

Alguns sujeitos identificaram que tiveram aulas com métodos ativos de educação, como relatado por esse professor: “Assim, eu já tive. Na faculdade, inclusive, eu tinha uma professora que utilizava (...). Assim, na época, eu tinha 20 anos, e eu achava muita besteira, achava até engraçado também” (P1). A utilização de métodos ativos é fomentada para o ensino dos profissionais de saúde como uma didática que permite uma visão crítica e reflexiva, com a utilização de problemática, que ajudaram incorporar na assistência ao paciente uma relação da prática e teoria mais fortemente alicerçada. BACKES e et al. em 2010, descreve a importância dessa utilização para o desenvolvimento de uma aprendizagem significativa

Desenvolver abordagens pedagógicas construtivistas de ensino-aprendizagem requer, com base no exposto, a formação de profissionais críticos e comprometidos com o seu próprio processo de construção do conhecimento. Profissionais tecnicamente competentes, mas acima de tudo protagonistas de uma nova história, pelo exercício da cidadania e o compromisso com a transformação social.

Apesar da utilização de MA, na formação do profissional de saúde, ela não é uma formação pedagógica específica. Como já discutido anteriormente, a formação para docência do enfermeiro ela é escassa, não permitindo ele receber habilidades e competências específicas para desenvolvimento de atividades nessa área, normalmente ele inicia suas atividades como professor com o conhecimento e experiência oriundas do ensino superior.

O perfil profissional da enfermagem está relacionado à execução de técnicas e a realização de normas e rotinas comprometida com um modelo racionalmente técnico, com visão minimizada na excursão de procedimento. Porém com o processo de mudança e novas correntes para as práticas em saúde, o perfil profissional deverá estar voltado para um pesquisador de suas práticas, ético, autônomo, crítico e reflexivo. Aconteceram modificações curriculares tentaram acompanhar essas mudanças, influenciados pela DCN e de maneira indireta pelo perfil do profissional desejado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (RODRIGUES; ZAGONEL; MANTOVANI, 2007).

Com isso a utilização de método que possa forma esse tipo de profissional de as faz necessário, durante a entrevista um professor descreve que faz uso de algumas estratégias ativas, como ferramenta de ensino e aprendizagem.

P1: "No meu caso já. Porque eu sou professor de sala de aula, né. Júri simulado, roda de conversa também."

As estratégias ativas facilitam o processo de construção de conhecimento, pois permite que o aluno seja o centro desse processo, desenvolvendo o protagonismo desse aluno. Assim ele não é mais um agente passivo, mas um promotor do seu conhecimento. As estratégias ativas são inúmeras como, por exemplo: Júri simulado, sala de aula invertida, circuito, estudo de caso, estudo em pares, roda de conversa, teatro, aulas expositivas dialogadas, pedagogia de projetos, seminário e entre outras.

Considerando a fala dos sujeitos, podemos considera que a utilização desse tipo de didática é nula, levando em consideração a falta de uma formação pedagógica adequada para isso, que não foi recebido no período de formação acadêmica e nem depois, como educação continuada. Apesar de professor ter expressado ter tido aula com didática ativas, isso se mostrou insuficiente para uma prática com esse tipo de método.

8.7 Entre o sim e o não na utilização de metodologias ativas

Após análise dos conteúdos dos sujeitos e do Plano de curso dos Cursos Técnico de Enfermagem, podemos selecionar pontos importantes que se enquadram para promover a utilização de métodos ativos e as perspectivas que dificultam sua utilização.

8.7.1 Por que Sim

Análise documental do plano de curso permite verificar a citação da Lei de Diretrizes e Bases da educação (1996), que decorres para a utilização de métodos inovadores de educação, é importante deixar claro que a legislação não cita especificamente o uso de Metodologias Ativas. Porém, ela promove as princípios básicos das MA, como por exemplo o pensamento Crítico-reflexivo e a autonomia. Podemos observar isso no artigo 35 da Lei 9394/96, que tem como finalidade após a conclusão do curso:

III - o aprimoramento do educando como pessoa humana, incluindo a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico;

Os indicadores metodológicos descritos no Plano Curso descrevem características fundamentais que promovem a utilização de MA, algumas delas são:

- Problematizar o conhecimento, buscando confirmação em diferentes fontes;
- Propiciar condições para que o aluno possa ser um agente ativo nos processos de ensino e de aprendizagem;
- Adotar a pesquisa como um princípio educativo;
- Elaborar materiais impressos a serem trabalhados em aulas expositivas dialogadas e atividades em grupo;
- Sistematizar coletivos pedagógicos que possibilitem os estudantes e professores refletir, repensar e tomar decisões referentes ao processo ensino-aprendizagem de forma significativa; e
- Ministras aulas interativas, por meio do desenvolvimento de projetos, seminários, debates, atividades individuais e outras atividades em grupo. (Trecho retirado do Plano de Curso do Curso Técnico de Enfermagem, pag. 18).

As características de métodos ativos são citadas em diversos trechos do Plano de Curso fundamentado a utilização de métodos ativos, permitindo que o professor utilize esse tipo de didática. Dentro das práticas pedagógicas também é citado a promoção do protagonismo juvenil, princípio básico das MA.

Outro ponto relevante, por que utilizar MA são as falas dos sujeitos na categoria da descrição do papel do aluno dentro do processo educacional. A reflexão que ele fazem é colocar o aluno como centro do processo de ensino e aprendizagem, permitindo assim a autonomia do aluno. Quando quebramos o modelo tradicional de educação, que coloca o aluno como simples receptor de informações e modificamos para um modelo pedagógico que ele se torna um agente ativo do processo, isso permite o desenvolvimento da autonomia no aluno, assim ele torna-se responsável pela construção do seu conhecimento.

Quando analisamos esses pontos, por que deve ser utilizado as MA como didática de ensino e aprendizagem, se torna claro a relevância e necessidade de fomentar esses métodos ativos, que não são inovadores, mas ainda pouco utilizados dentro do contexto social do local da pesquisa.

8.7.1 Por que Não

Como podemos verificar o porquê não utilizar as MA, tem mais pontos, pois tanto dentro da análise documental, quanto da reflexão feitas pelos sujeitos, a análise é que a utilização MA, não é promovida e de maneira ineficiente a formação dos docentes não permite que sua utilização.

Quando analisamos o Plano de curso, não são especificadas as metodologias ativas como ferramenta didática, para alcançar objetivos de aprendizagem. Como citado anteriormente, em diversos trechos as características das MA são descritas, mas quais os métodos ou estratégias ativas específicas podem ser utilizadas. De uma maneira muito superficial

algumas estratégias são citadas, mas não se especifica como método ativo. O plano de curso tem o objetivo de servir com orientações e fundamentações de como será o desenvolvimento do curso técnico de enfermagem, assim se não existe uma especificação do uso de MA, torna dificultoso sua utilização de maneira mais apropriada.

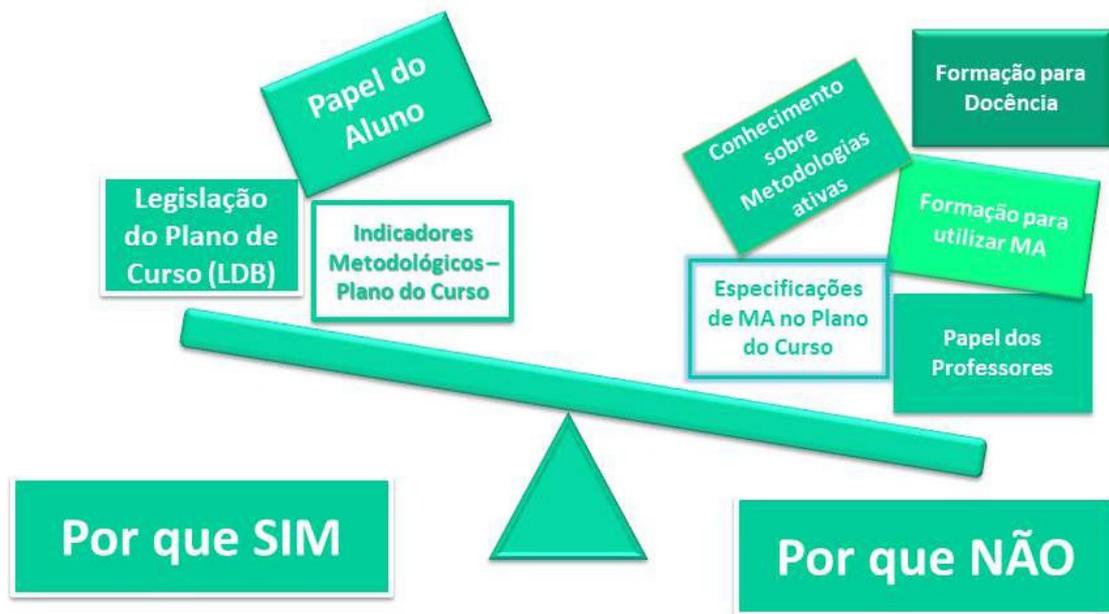
Quando nos deparamos com o conhecimento sobre MA dos professores participante da pesquisa, observamos a falta de compreensão sobre o assunto, isso não permite que a utilização de MA possa acontecer. O conceito de MA não conhecidos pelos professores estão diretamente relacionado a falta de formação sobre esse tipo de didáticas, outro pronto por que não utilizar MA.

È importante observar que os professores não tem uma formação adequada para docência, se utilizando normalmente de métodos tradicional de ensino. Eles não têm uma visão pedagógica sobre os objetivos de aprendizagem e utilizam ferramentas ensino e aprendizagem que foram utilizadas pelos seus professores durante sua formação.

Assim observamos que dentro do contexto escola analisado da pesquisa existem muito mais pontos para a não utilização de métodos ativos. Isso acaba indo de encontro com os novos modelos pedagógicos, que fomentam as MA, como didáticas que favorecem o ensino e aprendizagem, principalmente na formação de profissionais da saúde.

Com o objetivo de sintetizar análise realizada a partir da coleta de dados, foi desenvolvida pelo autor uma figura que possa fazer essa representação dos fatores de utilização ou não de MA, podemos observar que a balança é pendente para a não utilização de MA, pois existem mais fatores que indicam a “Não” utilização, do que para o “Sim”.

Figura 2 – Balança de análise para a utilização de MA



Fonte: Elaborada pelo autor.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo do estudo de analisar os indícios na formação docente e a utilização de Metodologias Ativas nas práticas pedagógicas desenvolvidas em um Curso Técnico de Enfermagem, podemos verificar que é nula a formação docente, acarretando a dificuldade apresentada pelos sujeitos da pesquisa na compreensão e utilização de Metodologias Ativas. É importante salientar com isso a necessidade de fomentar novas pesquisas nessa área de formação de docente na área da saúde, principalmente na enfermagem, tanto no nível superior quanto nos níveis técnicos.

Pode se verificar também a fragilidade pedagógica apresentada quando se questiona os tipos de didática utilizados e a função do aluno e professor dentro do processo de ensino/aprendizagem. Foi importante observar que o professor atua dentro de um modelo tradicional e o aluno é descrito dentro de um modelo ativo de educação. Isso permite demonstrar a dificuldade apresentada como docente, pois a prática fica dissociada nesse caso.

É relevante salientar a necessidade do desenvolvimento de estratégia de educação continuada para profissionais de enfermagem que atuam na docência, visto que, inclusive na DCN/ENF, uma inexistência de como deve se dar o processo de formação do enfermeiro docente. Não se pode culpabilizar a classe, pois a formação se mostra fragilizada, a legislação permite sua atuação como docente, mas durante o processo de graduação não é ofertado

uma formação pedagógica adequada para isso e algumas instituições educacionais podem compreender a não necessidade de uma educação continuada para esses profissionais.

As metodologias ativas descritas por alguns autores como método inovador, mas já é utilizado por muito educadores há muitos anos. Existem diversas pesquisas na área, mas o que chama atenção após o estudo é que mesmo sendo uma didática bastante citada em diversas pesquisas, não estar inserida na formação pedagógica de alguns profissionais na área da saúde. Com isso, também podemos analisar a fragilidade na disseminação dessa didática.

Quando compreendemos a importância de utilizar método ou estratégias ativas como ferramentas de ensino e aprendizagem autorizaram uma mudança de paradigmas, assim o aluno será responsável pelo seu processo de aprendizagem,

isso caracteriza por que utilizar MA, além de diversos documentos, fomentar também a sua utilização com didáticas pedagógicas transformadoras.

Apesar dos diversos benefícios citados pelo uso de MA, nos deparamos durante a pesquisa, com mais “não” do que “sim”, para sua utilização. A deficiência na formação do enfermeiro docente e as inconsistências encontradas no plano de curso foram os principais pontos que se pode observar como análise da pesquisa

Com esse estudo não estamos fazendo um desmerecimento do modelo tradicional, mas queremos demonstrar necessidade de uma formação para enfermeiro docente mais ampla, que ele possa de acordo com os objetivos de aprendizagem desenvolver na sua sala de aula uma didática que possa alcançar esse objetivo. Demonstrando em sua prática docente a compressão de diversos mecanismos didáticos e assim contribuir para o processo de ensino e aprendizagem do aluno.

REFERÊNCIAS

CUNHA, A.G. da. **Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

ALEGRO, Regina Célia. **Conhecimento prévio e aprendizagem significativa de conceitos históricos no Ensino Médio**. 2008. 239f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho, Marília, 2008

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos. A ensinagem como desafio à ação docente. **Revista pedagógica**, v. 4, n. 8, p. 65-77, 2017.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**, v. 7, p. 15-43, 2003.

ANDRADE, Andréia de Carvalho. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 96-98, fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2020.

BACICH, Lilian; MORAN, José. **Metodologias ativas para uma educação inovadora: uma abordagem teórico-prática**. [S.l.]: Penso, 2018.

BACKES, Dirce Stein et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 421-426, jun.2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2020.

BARBOSA, Elizabeth Carla Vasconcelos; VIANA, Lígia de Oliveira. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. **Revista enfermagem UERJ**, v. 16, n. 3, p. 339-344, 2008.

BARBOSA, Elizabeth Carla Vasconcelos; VIANA, Lígia de Oliveira. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. **Revista enfermagem UERJ**, v. 16, n. 3, p. 339-344, 2008.

BATISTA, N.; BATISTA, S.H.; GOLDENBERG, P.; SEIFFERT, O.; SONZOGNO, M.C. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 2, p. 231-237, 2005.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 1998.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, v. 32, n. 1, p. 25- 40, 2011. BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 22. ed. Petrópolis: Vozes; 2001

BORGES, Tiago Silva; ALENCAR, Gidéia. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, v. 3, n. 4, p. 119-143, 2014.

BRAGA, Cristiane Giffoni; DA SILVA, José Vitor. **Teorias de enfermagem**. [S.l.]: Saraiva Educação SA, 2011.

BRAGHINI, Nayara Carvalhaes; DONIZETI, Tânia Cristina de Oliveira; VERONEZE, Renato Tadeu. As bases sócio-históricas da ontologia do ser social: o trabalho.

SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 3., 2013. [S.l.]. **Anais...** [S.l.:s.n.], 2013.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; PARPINELLI, Mary Ângela. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 563-568, 2008.

BULGRAEN, Vanessa C. O papel do professor e sua mediação nos processos de elaboração do conhecimento. **Revista Conteúdo**, Capivari, v. 1, n. 4, p. 30-38, 2010.

CEARÁ (Estado). Secretaria de Educação. Lei nº 14.273. De 19.12.08. **Diário Oficial do Estado**, 19 dez. 2008.

CHRISTENSEN, C.; HORN, M.; STAKER, H. **Ensino Híbrido: uma Inovação Disruptiva?**. Uma introdução à teoria dos híbridos. 2013. Disponível em: <https://www.christenseninstitute.org/publications/ensino-hibrido/>. Acesso em: 21 out. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto nº 94.406/87**.

Regulamentação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 20 jan. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: COFEN, 1996

COLARES, Karla Taísa Pereira; DE OLIVEIRA, Wellington. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 2, p. 300- 320, 2018.

COLOMBO, Andréa Aparecida; BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A metodologia da problematização com o arco de maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007.

DA SILVA PINTO, Antonio Sávio et al. Inovação Didática-Projeto de Reflexão e Aplicação de Metodologias Ativas de Aprendizagem no Ensino Superior: uma experiência com “peer instruction”. **Janus**, v. 9, n. 15, 2012.

DA SILVEIRA MAISSIAT, Greisse; CARRENO, Ioná. Enfermeiros docentes do ensino técnico em enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos**, v. 2, n. 3, 2011.

DE ALMEIDA, Maria Helena Morgani; FERREIRA, Aline Buchalla; BATISTA, Marina Pizzio Perez. Formação do terapeuta ocupacional em gerontologia: contribuições de docentes de cursos de graduação em terapia ocupacional no Brasil. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 289-297, 2011.

DE MELO, Niebla Bezerra et al. Metodologia da Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas na Odontologia: análise bibliométrica dos trabalhos apresentados nas Reuniões da SBPqO. **Revista da ABENO**, v. 17, n. 2, p. 60-67, 2017.

DE PAULA, Sílvio Luiz et al. Metodologias ativas: uma ação colaborativa para a formação de multiplicadores. **Revista Brasileira de Educação em Ciência da Informação**, v. 5, p. 24-34, 2019.

DIAS, Eliani Sayumi Motisuki et al. Roda de conversa como estratégia de educação em saúde para a enfermagem/Conversation wheel as education strategy in health for nursing. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 379- 384, 2018.

DIAS, Tatiane Lebre; BORCK, Ana; OLIVEIRA, Keyla Aparecida Fortes. Pesquisas em educação. **Revista Educação Em Questão**, v. 57, n. 53, 2019.

DIESEL, Aline; BALDEZ, Alda Leila Santos; MARTINS, Silvana Neumann. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. **Revista Thema**, v. 14, n. 1, p. 268-288, 2017.

DOLCE MARQUES, Mariana et al. O ensino de primeiros socorros sob a ótica de um currículo de orientação problematizadora. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 4, 2014.

DORNELAS DE SOUZA, Elaine Fernanda et al. Metodologias ativas na graduação em enfermagem: um enfoque na atenção ao idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.

FERNANDES, Christiane Caetano Martins. Pedagogia de projetos: um repensar na prática pedagógica docente por meio dos projetos de trabalho na escola. **Diálogos Educ. R.**, Campo Grande, v. 2, n. 1, p. 43-50, maio 2011.

FIALHO, Neusa Nogueira; MATOS, Elizete Lucia Moreira. A arte de envolver o aluno na aprendizagem de ciências utilizando softwares educacionais. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 2, p. 121-136, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&-pid=S0104-40602010000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 dez. 2020.

FORTE, Franklin Delano Soares et al. Portfólio como estratégia de avaliação de estudantes de odontologia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 25-38, 2015.

FREDERICO, P.; FONSECA, L.M.M.; NICODEMO, A.M.C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 38-44, ago. 2000.

GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas**. 8. ed. São Paulo: Ática, 2001

GAETA, Cecília; MASETTO, Marcos. Metodologias ativas e o processo de aprendizagem na perspectiva da inovação. In: CONGRESSO INTERNACIONAL PBL, 1., 2010. [S.l.]. **Anais...** [S.l.:s.n.], 2010.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 fev. 2020.

GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 fev. 2020.

GERMANO, Raimunda Medeiros. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 365-368, ago. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 fev. 2020.

ITO, Elaine Emi et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 4, p. 570- 575, 2006.

KAMPF, Cristiane. A geração Z e o papel das tecnologias digitais na construção do pensamento. **ComCiência**, n.131, 2011.

LARA, Ellys Marina de Oliveira et al. O professor nas metodologias ativas e as nuances entre ensinar e aprender: desafios e possibilidades. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180393>. Acesso em: 5 jul. 2020

LIMA, Valéria Vernaschi. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino- aprendizagem. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, jun. 2017.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 jul. 2020

LITTLE, D. **Learner autonomy**: Definitions, issues and problems. Dublin: Authentik, 1991.

LUCKESI, Cipriano Carlos. Avaliação da aprendizagem na escola e a questão das representações sociais. **Eccos Revista Científica**, v. 4, n. 2, p. 79-88, 2002.

MACEDO, Kelly Dandara da Silva et al. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. e20170435, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300704&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2021.

MARIN, Maria José Sanches et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. **Rev. bras. educ. med.**, vl.34, n.1, p.13-20, 2010.

MENDES, Karina Dal Sasso et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MESQUITA, Simone Karine da Costa; MENESES, Rejane Millions Viana; RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 473-486, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200473&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2021.

MINAYO, Cecilia de Sousa; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu.

Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MITRE, Sandra Minardi et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2021.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, suppl. 2, p. 2133-2144, 2008.

MORAN, J. **Metodologias ativas para uma aprendizagem mais profunda**. [S.l.:s.n.], 2013.

MOURÃO, M. G. M. et al. Metodologias ativas na graduação médica. **Motricidade**, v. 8, n. 2, p. 875-881, 2012.

NORO, Luiz Roberto Augusto et al. O professor (ainda) no centro do processo ensino-aprendizagem em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 1, p. 2-11, 2015.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

PRADO, Marta Lenise do et al . Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 172-177, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2021.

PISCHETOLA, Magda; MIRANDA, Lyana Thédiga de. Metodologias ativas: uma solução simples para um problema complexo? **Revista educação e cultura contemporânea**, v. 16, n. 43, p. 30-56, 2019

RODRIGUES, Juliana; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; MANTOVANI, Maria de Fátima. Alternativas para a prática docente no ensino superior de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 313-317, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scie>

[lo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 5 fev. 2021.

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; MENDES SOBRINHO, José Augusto de Carvalho. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 456-459, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 fev. 2021.

RODRIGUES, Malvina Thaís Pacheco; SOBRINHO, José Augusto de Carvalho Mendes. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 456-459, 2007.

RODRIGUESG. S. Análise do uso da Metodologia Ativa Problem Based Learning (PBL) na educação profissional. **Outras Palavras**, v. 12, n. 2, p. 24, 2016.

ROLDÃO, Maria do Céu. Função docente: natureza e construção do conhecimento profissional. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 94-103, abr. 2007.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782007000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de fev. 2020.

SAVIANI, Demerval. A função docente e a produção do conhecimento. **Educação e filosofia**, v. 11, n. 21/22, p. 127-140, 1997.

SCHAURICH, Diego; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998- 2007. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, mar. 2010.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 de fev. 2020.

SILVA, Luciana Pereira e TAVARES, Helenice Maria. Pedagogia de projetos: inovação no campo educacional. **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 2, n. 3, p. 236- 245, 2010.

SILVA, Sonia Leite da et al. Estratégia educacional baseada em problemas para grandes grupos: relato de experiência. **Rev. bras. educ. méd**, v. 39, n. 4, p. 607- 613, 2015.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 208- 218, fev. 2012.

SOUZA, C.S.; IGLESIAS, A.G.; PAZIN-FILHO, A. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais – aspectos gerais. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 284-92, 2014.

STROHER, Júlia Nilsson et al. Estratégias pedagógicas inovadoras compreendidas como metodologias ativas. **Revista Thema**, v. 15, n. 2, p. 734-747, 2018.

SZYMANSKI, Heloisa; ALMEIDA, Laurinda Ramalho de; PRANDINI, R. C. A. R. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Plano, 2002.

VALENTE, José Armando; DE ALMEIDA, Maria Elizabeth Bianconcini; GERALDINI, Alexandra Fogli Serpa. Metodologias ativas: das concepções às práticas em distintos níveis de ensino. **Revista Diálogo Educacional**, v. 17, n. 52, p. 455-478, 2017.

VIEIRA, Marta Neves Campanelli Marçal; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula. A Metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área da saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 241-248, 2015.

XAVIER, Laudicéia Noronha et al. Analisando as metodologias ativas na formação dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, v. 13, n. 1, 2014.

ZATTI, Vicente. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

CAPÍTULO 3

CURRÍCULO INTEGRADO NO ENSINO DA ENFERMAGEM: POSSIBILIDADES, FRAGILIDADES E DESAFIOS.

*INTEGRATED CURRICULUM IN NURSING TEACHING:
POSSIBILITIES, WEAKNESSES AND CHALLENGES.*

Francisco Arlysson da Silva Verissimo

Cleide Carneiro

Jean Carlos Souza Silva

Meirecele Caliope Leitinho

RESUMO

Este estudo investigativo teve como objeto o Currículo Integrado no Ensino de Enfermagem na Escola Estadual de Ensino Profissional localizada na cidade de Crateús – Ceará, identificando-se suas fragilidades, potencialidades e desafios. Trata-se de uma pesquisa descritiva, utilizando na coleta de dados análise documental e a entrevista reflexiva. Como técnica de análise dos dados utilizamos a interpretativa na perspectiva de Minayo (1994) estabelecendo relações entre os dados coletados e os referenciais teórico da pesquisa. Os resultados evidenciaram possibilidades de um desenvolvimento curricular integrado com um maior protagonismo docente, via planejamento coletivo e metodologias ativas; como fragilidade evidenciamos uma formação docente ainda insuficiente para uma atuação no Currículo Integrado e como desafio a superação da fragmentação curricular via uma formação mais adequada dos docentes e exigindo uma maior interação entre o currículo referenciado e professores. O que resultou desta investigação é que um Currículo Integrado deve desenvolver-se de forma mais interativa demandando uma formação docente mais adequada em processo de Educação Continuada e ampliação dos recursos humanos de apoio as inovações necessárias para uma organização Curricular Integrada.

Palavras-chave: Diretrizes Curriculares. Currículo. Enfermagem.

ABSTRACT

This investigative study aimed at the Integrated Curriculum in Nursing Education at the State School of Professional Education located in the city of Crateús – Ceará, identifying its weaknesses, potentialities and challenges. It is a descriptive research, using documentary analysis and reflective interview to collect data. As a data analysis technique, we used the interpretative one in the perspective of Minayo (1994) establishing relationships between the data collected and the theoretical references of the research. The results showed possibilities for an integrated curriculum development with a greater teaching role, through collective planning and active methodologies; as a fragility, we evidence a teacher training that is still insufficient to work in the Integrated Curriculum and as a challenge to overcome the curricular fragmentation through a more adequate training of teachers and requiring a greater interaction between the referenced curriculum and teachers. What resulted from this investigation is that an Integrated Curriculum must be developed in a more interactive way, demanding a more adequate teacher training in the Continuing Education process and expansion of human resources to support the innovations necessary for an Integrated Curricular organization.

Keywords: Curricular Guidelines. Curriculum. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

As concepções de currículo podem ser agrupadas em três grandes vertentes: Tradicional, Crítica e Pós-crítica. De acordo com Apple (2005), o currículo precisa ser refletido nos seguintes aspectos: “De quem é o conhecimento? Quem o selecionou? Por que se encontra organizado e transmitido dessa forma? São questões que ganham força no debate sobre Teorias e Práticas Curriculares.

Em termos epistemológicos, o Currículo é uma articulação de conhecimentos gerais e específicos. Em termos práticos, é a superação da formação em espaços de trabalho dirigidos reprodutores de relações sociais que sustentam a lógica do capital, para uma visão crítica dialógica

Vale ressaltar que nas décadas de 1980 e 1990 ocorreu um aprofundamento entre o Currículo e “as Relações de Poder” na sociedade, enfatizando como esse currículo é “passível de ser concebido e interpretado como um texto e como um instrumento privilegiado de construção de identidades e subjetividades” (MOREIRA, 2003).

Só em 1992 é que foi formado o primeiro Fórum Permanente de Discussão das Diretrizes Curriculares, que culminou, em 1996, com a implementação de um Currículo Integrado, servindo de modelo para outras instituições da área, iniciando o processo de transição.

Até o ano de 2004, o modelo de Educação Básica de Nível Médio normatizado pela Legislação Federal Brasileira era dualista: ofertava um ensino propedêutico, destinado a preparar o educando apenas para acesso ao Nível Superior de Ensino ou se destinava a uma formação de caráter técnico-profissional, aliando à Educação Básica no ideário de preparação para atender ao mercado de trabalho. Após esse período veio a necessidade de uma nova forma de organização de cursos no Nível Médio, denominada Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrada ao Ensino Médio.

Um processo bastante significativo ocorreu nos Cursos Técnicos em Enfermagem ofertados nas Escolas Profissionais da Rede Pública Estadual do Ceará quando estas instituições aderiram a proposta do Currículo Integrado.

Podemos afirmar que esta nova forma de organização do ensino possibilitou aos alunos, cursarem disciplinas da base nacional comum em conjunto com outras que são específicas da formação profissional, tais como: Topografia, Desenho Técnico, Gestão do Agronegócio e Mecânica, estas, hamadas disciplinas técnicas (RAMOS, 2005).

Ao refletir sobre a Formação Integrada, Ciavatta (2005) concluiu que ela implica em tratar a Educação como uma totalidade social, exigindo que a Educação Geral se tornasse parte inseparável da Educação Profissional, surgindo, assim, a necessidade de focar o trabalho como princípio educativo, de forma a superar a dicotomia trabalho manual/ intelectual, objetivando a formação de trabalhadores capazes de atuarem como dirigentes e cidadãos.

A criação das Escolas Estaduais de Educação Profissional (EEEPs) situa-se no âmbito dessa política. Estas foram implantadas a partir de 2008 pelo Governo do Estado do Ceará, numa opção que agrega a oferta do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional em tempo integral e adotam o Currículo Integrado.

Para a efetivação da proposta, tinha-se a necessidade de organizar um Currículo que possibilitasse uma aprendizagem em cursos cuja formação básica do ensino médio fosse associada à Formação Técnica.

Vale ressaltar que a proposta curricular do Curso Técnico em Enfermagem Integrado ao Ensino Médio das Escolas Profissionais objetiva a apropriação da realidade de forma crítica transformadora, incorporando valores éticos-políticos, visando formar cidadãos capazes de inserirem-se na dinâmica sócio produtiva das sociedades modernas sem se submeterem a reprodução acrítica da lógica de mercado, mas capazes de exercício autônomo de sua profissão (CEARÁ, 2010).

O profissional Técnico de Enfermagem insere-se no contexto de profissional como parte da equipe de enfermagem, liderada pelo enfermeiro, que deverá ter uma formação que o habilite em conhecimentos científicos e técnicos, construídos e reproduzidos por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processam pelo Ensino e Assistência (COSTA, 2012).

Considerando os diferentes contextos regionais nos quais estão instaladas as Escolas Estaduais de Educação Profissional (EEEPs), justifica-se a necessidade de investimentos em pesquisas que objetivam caracterizar essa política educacional, e a consequente expectativa dos resultados decorrentes do trabalho desenvolvido por docentes e gestão pedagógica da instituição. Entendemos que esta proposta da pesquisa está em consonância com a linha de pesquisa Desenho e Avaliação de Programas Educacionais do Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde (CMEPES).

Inserido no contexto da Educação Profissional, mais especificamente na Coordenação do Curso Técnico em Enfermagem, o pesquisador mostrou-se incomodado com a realidade com o qual se deparou, visto que suas experiências o levaram ao encontro das dificuldades relacionadas ao desenvolvimento da Proposta Pedagógica de Integração curricular e as práticas de interdisciplinaridade entre os docentes, situações típicas das escolas profissionais, e foi o que o motivou para uma investigação neste tema.

Contudo, a vivência de pesquisador e acadêmico do Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, ofertado pela Universidade Estadual do Ceará, proporcionou-lhe um

novo olhar sobre o Currículo, uma vez que desencadeou o desenvolvimento de conhecimentos e práticas pedagógicas com potencial transformador, sobretudo ao cursar a disciplina de Desenhos de Currículo.

O ideário de mudanças e inovações na própria prática docente do pesquisador foi fundamentado ao perceber o quanto esta proposta Curricular é motivadora, participativa e geradora de resultados positivos.

Diante disso, sentiu-se a motivação de investigar sobre o assunto, visto que o Currículo Integrado se apresenta como uma inovação capaz de trazer melhorias significativas para a formação de profissionais de Enfermagem, com o fito de capacitá-los para intervir nas mais variadas situações de saúde ou de doenças dentro do contexto profissional.

Além disso, ao realizar uma busca no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior – CAPES, no portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e na Scientific Electronic Library Online – SciELO, durante o período de julho a agosto de 2018, utilizando os termos Currículo Integrado e Enfermagem, encontramos 9 artigos que se relacionam como objeto deste estudo, porém não encontramos pesquisas no contexto da Educação Profissional ou formação de nível médio, sendo possível perceber que, apesar de o Currículo Integrado ser um assunto bem discutido na comunidade científica, pouco se fala sobre a experiência da Política de Educação Profissional no Ceará ou sobre Currículo Integrado no ensino técnico de Enfermagem, justificando-se, assim, cientificamente, a realização deste estudo.

A partir do senso comum e da experiência prévia do autor com a proposta curricular, pressupõe-se que o desenvolvimento acontece apenas parcialmente, em decorrência da falta de conhecimento dos docentes sobre a proposta. Os docentes não receberam formação para execução da integração curricular, bem como inexistência de formações continuadas, que compreendem desde o planejamento até a efetivação no processo de ensinar, o que acaba comprometendo o processo de ensino aprendizagem.

Na perspectiva de confirmar ou rechaçar as hipóteses expostas, metodologicamente, a pesquisa será realizada em uma escola de ensino profissional que utiliza o Currículo Integrado.

A relevância desta investigação está na contribuição que dará à instituição investigada, no planejamento, desenvolvimento e avaliação do Currículo Integrado do curso Técnico em Enfermagem.

Foi com base nesse contexto e, acreditando na relevância social dessa temática tanto para a Enfermagem quanto para o Ensino Médio Integrado no Ceará, que esforços foram empreendidos nesta investigação.

A avaliação do Currículo Integrado é uma forma de trazer melhorias para o processo de aprendizagem que possibilitem a inserção no mercado de trabalho os profissionais técnicos com mais qualificações.

Esta Dissertação está organizada em Introdução e quatro capítulos: o primeiro traz a Revisão Integrativa identificando pesquisas sobre o Currículo Integrado. O segundo apresenta a Revisão de Literatura da pesquisa trazendo um breve histórico do Currículo e suas Teorias e por fim o contexto histórico da Educação Profissional no Brasil. O terceiro capítulo contempla os aspectos metodológicos da pesquisa, a coleta de dados, a abordagem da pesquisa adotada e os instrumentos de pesquisa utilizados. O último capítulo traz a discussão dos resultados e ao final são acrescentadas considerações relativas aos achados.

2 QUESTÕES NORTEADORAS DE PESQUISA

Dentro deste contexto de formação do Técnico em Enfermagem, efetivada numa proposta de Currículo Integrado, elaboramos as questões que buscamos desvelar neste estudo:

2.1 Questão central

Como o Currículo Integrado é planejado, desenvolvido e avaliado no Curso Técnico em Enfermagem da Escola Estadual de Educação Profissional?

2.2 Questões secundárias

- Como o Currículo está proposto no Projeto Pedagógico do Curso?
- Qual a percepção dos Professores do Curso de Enfermagem sobre o Currículo Integrado?
- Quais fragilidades, possibilidades e desafios estão propostos no Currículo Integrado?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o Currículo Integrado do Curso Técnico em Enfermagem da Escola de Educação Profissional Manoel Mano da Rede Estadual na cidade de Crateús – Ceará, identificando suas fragilidades, potencialidades e desafios.

3.2 Específicos

- a) a) Descrever as estratégias utilizadas pelo corpo docente para a efetivação do Currículo Integrado e os fatores que influenciam suas escolhas;
- b) b) Explicitar a natureza da formação dos docentes sobre o Currículo Integrado, seu desenvolvimento e avaliação na instituição;
- c) c) Identificar no Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem da Escola investigada como o Currículo Integrado está proposto em termos do Planejamento, Avaliação e o desenvolvimento do Currículo Integrado.

4 REVISÃO INTEGRATIVA

Uma revisão integrativa tem como objetivo evidenciar o “estado da questão” da temática investigada, ou seja, possibilita a compreensão de um determinado fenômeno analisando os diversos tipos de pesquisas: primárias, experimentais, não experimentais. Possibilita ainda o conhecimento de um determinado assunto e proporciona subsídios para a realização de novos estudos (FERNANDES et al., 2003).

O estudo de revisão integrativa foi realizado com base em Mendes, Silveira e Galvão (2008) e subdivididas em seis etapas:

- a) Identificação do tema e selecionar a hipótese ou questão de pesquisa;
- b) Estabelecimentos de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura;
- c) Definição de informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorizá-los;
- d) Avaliação dos estudos incluídos para a revisão;
- e) Interpretação os resultados;
- f) Apresentação a síntese dos conhecimentos.

Essas etapas guiaram a construção da revisão integrativa da nossa temática.

Foi construído um Banco de Dados com os artigos encontrados a partir de descritores selecionados. As produções selecionadas foram lidas na sua íntegra. Não foram

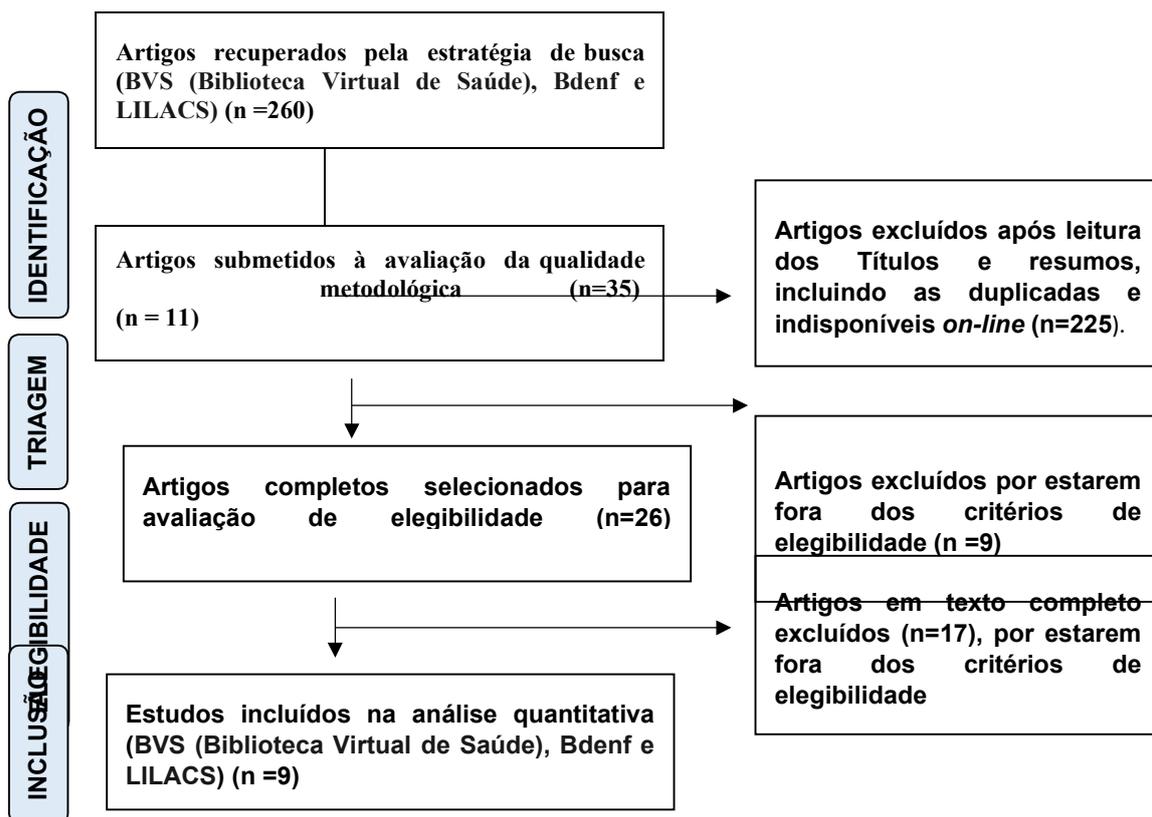
encontrados artigos que abordassem o contexto do Currículo Integrado no Ensino Técnico, apenas pesquisas envolvendo o Ensino Superior em Enfermagem. Entretanto, os resultados favoreceram a revisão da literatura e a compreensão de experiências e relatos de outros pesquisadores sobre o Currículo Integrado.

Vale ressaltar que a busca e seleção dos artigos e a análise dos dados foram realizados pelo pesquisador, de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos.

Foram utilizadas as recomendações do PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises) e o fluxograma de seleção das referências (LILLEMOEN; PEDERSEN, 2012), conforme apresentação na Figura 1.

A avaliação do Currículo Integrado é uma forma de trazer melhorias para o processo de aprendizagem que possibilitem a inserção no mercado de trabalho os profissionais técnicos com mais qualificações.

Figura 1 – Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA (MOHER; LIBERATI; TETZLAFF; ALTMAN, 2010)



Iniciou-se a busca de estudo nas bases de dados selecionadas para a efetivação numa análise das temáticas. A seleção dos artigos foi inicialmente baseada nos títulos e resumos e, posteriormente, aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Foi estabelecido um recorte temporal para inclusão de artigos de 2008 a 2018.

Os critérios de inclusão dos artigos foram aqueles disponibilizados eletronicamente em periódicos nacionais e internacionais, indexados nos bancos de dados selecionados, que abordavam o Currículo Integrado no Ensino da Enfermagem, artigos escritos em português, espanhol ou inglês, com acesso permitido através do Portal da CAPES.

A busca foi realizada de acordo com os critérios e manuais de cada base de dados e o levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), Bdenf e LILACS.

Os descritores utilizados foram identificados a partir de consultas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH), sendo utilizados para a busca: Currículo Integrado e Enfermagem. Os cruzamentos foram realizados utilizando o operador lógico booleano “AND” e “OR”.

Na base de dados LILACS, foram identificadas 56 produções sobre o cruzamento dos descritores “Currículo Integrado” e “Enfermagem”. Após o refinamento utilizando os critérios de inclusão acima descritos e eliminando-se as duplicidades, identificou-se 03 produções que contemplavam a temática desta pesquisa.

Na base de dados Bdenf, foram identificadas 67 produções sobre os descritores “Currículo Integrado” e “Enfermagem”. Após o refinamento através dos critérios de inclusão acima descritos e eliminando-se as duplicidades, identificou-se 02 produções que abordavam o objeto do nosso estudo.

Na base de dados BVS foram identificadas 137 produções sobre os descritores “Currículo Integrado” e “Enfermagem”. Após o refinamento através dos critérios de inclusão acima descritos e eliminando-se as duplicidades, identificou-se 04 produções que contemplavam o objetivo do estudo.

Para a seleção e análise dos dados dos estudos selecionados, foi construído um instrumento que tornou possível a identificação no artigo: referências (título, periódico, volume, número, página, ano), autores, país de origem e banco de dados e outro instrumento referente à tipo de estudo (objetivo, população estudada, procedimento de coleta de dados, resultados obtidos e conclusão) e classificação quanto ao nível de evidência e grau de recomendação.

Ao aplicar os critérios de inclusão, chegou-se à identificação dos estados que compõe a Revisão Integrativa, totalizando 09 artigos.

Apresenta-se a seguir, no quadro (Quadro 1), a temática central dos artigos encontrados na busca. Agrupamos por título, ano e autores.

Quadro 1 – Distribuição das publicações referentes ao Currículo Integrado e Enfermagem. Crateús, 2018

NUM.	TÍTULO	AUTORES	ANO	TIPO DE PUBLICAÇÃO/REVISTA	BANCO DE DADOS
01	Saúde mental no Currículo Integrado do curso de enfermagem do UNIFESO: diversificação de cenários e de estratégias de ensino-aprendizagem.	Verônica SantosAlbuquerque; José Carlos Lima deCampos	2010	ARTIGO R. PESQ.: CUID. FUNDAM. ONLINE	BDENF
02	Estratégias de ensino e aprendizagem no internato hospitalar de enfermagem de um Currículo Integrado.	Renata Morais Alves; Jakeline Barbara Alves; Maria Helena Dantas de Menezes; Aluana Moraes	2017	ARTIGO REV ENFERM UFPE ONLINE	BDENF
03	Discurso sobre anatomia humana no Currículo Integrado de enfermagem.	Paulo Sérgio da Silva; Suelen Lacerda Dias; Janine de Carvalho FreitasHenriques; Elizane FerreiraSoares; Nébia Maria Almeida de Figueiredo	2013	ARTIGO R. PESQ.: CUID. FUNDAM. ONLINE.	BVS
04	Enfermeiros egressos do Currículo Integrado: inserção e atuação	Talita Vidotte Costa; Maria Helena Dantas de Menezes Guariente	2017	ARTIGO REV ENFERM UFPE ONLINE	BVS
05	O olhar do aluno habitando um Currículo Integrado de enfermagem: uma análise existencial	Mara Lúcia Garanhani; Elizabeth Ranier Martins Do Valle	2012	ARTIGO CIENC CUID SAÚDE	BVS
06	Custos educacionais totaisde Currículo Integrado de enfermagem	Maria Cristina Cescatto Bobroff; Pedro A. Gordan; Mara Lúcia Garanhani	2009	REV LATINO-AM ENFERMAGEM	BVS
07	Problemas éticos vivenciados no estágio curricular supervisionado em enfermagem de um Currículo Integrado	Juliane Cristina Burgatti; Luzmarina Aparecida Doretto Bracialli; Maria Amélia de Campos Oliveira	2013	ARTIGO REV ESC ENFERM USP	LILACS
08	Satisfação de docentes do Currículo Integrado de enfermagem de uma universidade estadual	Dayane AparecidaScaramal; Mara Solange Gomes Dellaroza; Marli Terezinha Oliveira Vannuchi; Maria do Carmo Fernandez Lourenço Haddad	2017	ARTIGO REV ENFERM UERJ, RIO DE JANEIRO	LILACS
09	Avaliação da implantaçãodo Currículo Integrado no programa de graduação em enfermagem	Cilene Aparecida Costardi Ide; Sandra Lucia Arantes; Margarete Knoch Mendonça; Vilma Ribeiro da Silva; Arminda Rezende de Pádua Del Corona.	2014	ARTIGO ACTA PAUL ENFERM.	LILACS

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dos artigos encontrados, oito foram publicados em Revista de Enfermagem e 01 em Revista de Saúde Geral. Dos anos de publicações, tivemos 03 (33,3%) no ano de 2017; 01 (11,1%) no ano de 2014; 02 (22,2%) no ano de 2013; 01 (11,1%) no ano de 2012; 01 (11,1%) no ano de 2010 e 01 (11,1%) no ano de 2009.

Ao longo da revisão, identificamos artigos que apontam as preocupações persistentes nas avaliações de Currículos de Enfermagem: o (des)preparo do professor, a falta de condições materiais de trabalho (livros, computadores, laboratórios, campos de estágios, verbas para pesquisa) tornando necessário, assim, experiências pedagógicas que envolvam propostas curriculares críticas, processos avaliativos e metodologias problematizadoras e interdisciplinares. Neste aspecto, é importante salientar que, de modo geral, os acadêmicos, profissionais e professores de enfermagem, ao trabalharem coletiva e cotidianamente, compartilham suas práticas e seus conhecimentos e redefinem suas experiências.

Essas vivências constituem as relações, as interações, as leituras e o processo de formação, que dão contorno às identidades docentes e à formação profissional.

Ide *et al.* (2010) apresentaram uma pesquisa feita em uma Universidade Pública de São Paulo, numa avaliação sobre a dinâmica de implantação do Currículo Integrado no Programa de Graduação em Enfermagem. Os dados apontados demonstraram que as mudanças curriculares implementadas evidenciaram coerência interna, uma vez que nenhum indicador pode apontar certeza quanto aos resultados de uma ação ou de um processo, pois sua função é apenas sinalizar. As autoras da pesquisa acrescentaram que a mudança curricular enfatiza a coerência e a consistência do currículo implementado, assim, como a possibilidade de sua continuidade, que poderá evoluir para criar articulações diferenciadas entre as distintas ciências que compõem o ensino e a prática em Enfermagem.

Albuquerque e Campos (2010) descreveram a experiência da utilização do Currículo Integrado implantado no Curso de Graduação em Enfermagem do UNIFESO desde 2007. Neste estudo, os autores relataram sobre o desenvolvimento pedagógico para construção de competências relacionadas ao cuidado em Saúde Mental.

A percepção sobre a experiência da abordagem da Saúde Mental no Currículo Integrado do Curso de Enfermagem do UNIFESO é a de que é possível desenvolver atributos que favoreçam uma aprendizagem consistente. Por conseguinte, o que se deseja é que os profissionais em formação sejam capazes de mobilizar em suas práticas as capacidades desenvolvidas, favorecendo, assim, a articulação teoria-prática e a construção de competências para ação e para inclusão. Silva *et al.* (2013) discutiram sobre a incursão no Ensino em Enfermagem, sobretudo no campo da Anatomia Humana articulada no Currículo Integrado. Os resultados apresentaram a necessidade de se pensar a possibilidade da diluição dos conhecimentos morfológicos em todos os períodos da formação.

Podemos afirmar que o Currículo Integrado na perspectiva de espiral construtivista, se apresenta como um componente pedagógico potente para facilitar a integração de áreas do estudo, uma vez que é a partir de experiências significativas de cuidado nos cenários práticos de ensino que se encontra a necessidade de resgatar conhecimentos da esfera morfológica para serem integradas nas condutas clínicas de enfermagem.

Acreditamos que em outros ensaios em espaços de investigação institucionais sejam necessários e salientamos a necessidade de estratégias pedagógicas menos rígidas e integradas que encaminhem o estudante de enfermagem para interpretação de condutas sensíveis do cuidar que a profissão e os clientes exigem.

Alves *et al.* (2017), em um estudo sobre Módulo interdisciplinar no Internato Hospitalar no Currículo Integrado, afirmaram que as estratégias de ensino- aprendizagem se constituem em elemento pedagógico essencial para a formação do enfermeiro crítico, reflexivo e transformador da realidade.

Como decorrentes destas estratégias, têm-se a socialização dos conhecimentos, o contato e reconhecimento de diferentes realidades sociais e de saúde, comunicação, trabalho em equipe, criatividade, flexibilidade, liderança, tomada de decisão, negociação, planejamento, organização, pensamento crítico e reflexivo, integração, escrita, gerência e construção do conhecimento.

Observaram-se, também, apontamentos de fragilidades na aplicação das estratégias, tais como: sobrecarga individual nos trabalhos em grupo; dificuldades em aluno educar aluno; postura, por vezes, coerciva do docente; exigências no modo como devem ser elaborados os trabalhos individuais; dinâmicas fora do contexto teórico; filmes não didáticos, desatualizados e fora da realidade vivenciada.

Esta constatação deve ser analisada e repercutidas em ações de aprimoramento do Currículo, visando a resultados futuros mais satisfatórios, uma vez que a qualidade da atuação profissional está intrinsecamente relacionada à qualidade da formação vivenciada. Ressaltam-se novas oportunidades de aprendizado ao trazer uma estratégia como a interdisciplinaridade pouco utilizada no âmbito da Enfermagem. Afirmamos que as estratégias isoladas não possibilitam ter seu aprendizado significativo, sendo necessário atentar-se para a conduta do professor e do estudante, a relação conteúdo-método e a clareza de orientações da aplicação das estratégias.

Burgatti, Bracialli e Oliveira (2013) apresentaram a experiência de um Currículo Integrado que utilizou a problematização como método central e que proporcionou oport-

tunidades de reflexão crítica sobre a prática profissional, os serviços e o sistema de saúde, permitindo questionar se as normas jurídicas e administrativas respondem de forma ética aos problemas de saúde da população.

A Enfermagem é uma prática social e, como tal, está relacionada com os modos de produção e reprodução da sociedade. Consideramos, na formação inicial dos futuros profissionais, a dimensão técnica, ética e a competência profissional, dada sua responsabilidade social.

Bobroff, Gordan e Garanhan (2009) apontaram uma preocupação sobre o cálculo dos custos, que pode ser aplicado como parâmetro de diagnóstico e avaliação da implementação de propostas curriculares inovadoras, no sentido de ser sua ação a mais a se considerar, sem, no entanto, ser o único parâmetro para qualificar a viabilidade ou não desse tipo de proposta. Vale ressaltar também que, apesar da excelente contribuição ao ensino, os custos compartilhados dos Hospitais Universitários aumentaram consideravelmente os custos na Educação Superior. Uma reflexão a ser considerada.

Scaramal *et al.* (2017) sinalizaram que existem pontos críticos sobre os quais se deve refletir, contextualizando-os na ação docente, mesmo com o nível de satisfação profissional confirmado pela categoria. Os autores ressaltam ainda que os sentimentos vivenciados pelos docentes relativos à prática profissional são, em sua maioria, satisfação, realização e entusiasmo, com destaque para a valoração que representa o trabalho realizado por eles e a importância de sentirem-se satisfeitos com sua profissão. A pesquisa dos autores foi realizada em uma das poucas universidades que possuem o Currículo Integrado no Curso de Enfermagem. Os pesquisadores ainda sugeriram que novos estudos possam avaliar o nível de satisfação docente em outras propostas curriculares.

Recomenda-se que as Instituições de Ensino Superior observem atentamente e compreendam as reais necessidades de seus docentes para que se mantenha a satisfação profissional, considerando-a um dos meios de manutenção da qualidade de ensino e de realização profissional e pessoal.

Franco (2016) entendeu que a avaliação participativa do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem é um modo de conhecer e aprender que resulta no exercício de novos modos de subjetivação docente que trazem implicações para a produção de inovações curriculares.

Os docentes, ao discutirem sobre como o Currículo tem sido efetivado na prática, produzem novos modos de pensar e fazer a sua prática docente na interação entre eles,

o conhecimento e os alunos. Esses atores sociais (docentes) devem escrever a história do currículo, construindo propostas e assumindo decisões sobre o Currículo Integrado do Curso de Enfermagem.

Costa e Guariente (2017) avaliaram os egressos do Curso de Enfermagem da UEL que estudavam no contexto do Currículo Integrado, dos anos 2008 e 2009, e consideram a formação pelo Currículo Integrado um fator de auxílio na conquista do primeiro emprego, bem como na atitude de segurança desde o início da vida profissional, em razão do desenvolvimento de habilidades pessoais e dos princípios delineados na proposta curricular.

Para as autoras, conhecer a inserção dos egressos no mercado de trabalho possibilita uma reflexão consciente do papel da academia na formação de seus profissionais, estimulando o refazer do processo ensino-aprendizagem, a fim de atingir o perfil desejado do enfermeiro perante as reais necessidades da assistência em saúde.

Garanhani e Valle (2012) corroboram com estudos anteriores nos quais os acadêmicos do Curso de Enfermagem de uma universidade afirmam que o Currículo Integrado abriu novos espaços na existência dos professores e alunos.

O cuidado precisa ser resgatado como condição ontológica e precisa sair da discussão teórica e racional e ser vivenciado. O cuidado é o que possibilita a concretização de um projeto em realidade, é o que torna possível o estar no mundo. Acredita-se que a busca do sentido de ser aprendiz, de ser aluno, não se inicia e nem se fecha aqui.

Afirmamos que aprender, quando tomado existencialmente, não se restringe à técnicas de estudo, de debate e de memorização, de leituras dinâmicas, de estratégias de trabalho em grupo, de estratégias para apresentações de trabalhos, seminários, passos para elaboração de pesquisas, relatórios, estudos de casos etc., mas abre-se para a existência como um todo do ser aí que ali se encontra, se aproxima, se toca, se envolve, sente, se relaciona e, dessa forma, busca o próprio sentido do ser.

Essa revisão integrativa foi importante para a valorização, ampliação e experiência do Currículo Integrado em Cursos de Enfermagem, objeto deste estudo investigativo, compreendendo, a partir de outros estudos as possibilidades, fragilidades e os desafios.

O Currículo Integrado torna-se, portanto, umas criações cotidianas de docentes, pois, são os sujeitos que o recriam, usando modos próprios, misturando seus conhecimentos, valores, ideias, crenças e trajetórias pessoais e profissionais, configurado um tipo da formação mais dialética.

Dentre os artigos selecionados, todos foram importantes para a construção desta pesquisa, mas os três últimos foram os que deram o embasamento mais forte para o estado da questão. Não foi encontrado nenhum artigo com a temática exata do nosso estudo, apenas estudos afins.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item apresentamos os conceitos sobre Currículo e Teorias Curriculares Tradicionais, Críticas e Pós-Críticas, discutidas na percepção de intelectuais brasileiros e estrangeiros.

5.1 Concepção do currículo

A palavra currículo, é derivado do verbo latino *currere* (curso de uma corrida), apresentando implicações no sentido que se refere a correr ou lugar onde se corre. A definição mais tradicional de currículo está relacionada com um Curso a ser seguido, ou como a sequência de conteúdos sistematizado. Porém, esta definição encontra objeções, visto que prevê que todos os alunos que participam da corrida largam com as mesmas condições e características, o que não possibilita vislumbrar as diferenças existentes entre os alunos e os percursos que estes percorrem no seu trajeto educacional (PARASKEVA, 2005).

Entendemos o currículo tal como propõe Carvalho (2004): “um dispositivo Pedagógico engendrado em contextos diversos que, por sua vez, se dá em uma intertextualidade de versões estéticas, políticas e discursivas”. Percebemos com um instrumento pedagógico em potencial para ampliar os horizontes cognitivos do estudante sem deixar de considerar as realidades sociais e culturais nas quais ele se insere.

Silva (1999) afirma que o currículo corporifica os nexos entre o saber, poder e identidade. Ele é um meio não somente para apresentar conteúdos e sugerir expectativas de aprendizagem, mas também orientar a escolha de materiais didáticos, assim como para os projetos de ensino e pesquisa da escola, e, sobretudo, o exercício de uma política de humanização que considere o sujeito com o qual se trabalha e educamos.

O discurso sobre Currículo Integrado no Brasil é reacendido na década de 1990, quando da discussão e mobilização por uma educação pública de qualidade em nosso país e no bojo das reformas educacionais deste período. Entretanto, essa discussão foi adiada quando da instituição do Decreto n. 2.208/1997 que separa de forma estrutural o Ensino Médio da Educação Profissional. Em 2003 e 2004, o debate focalizou a revogação do Decreto

n. 2.208/1997 e a elaboração do Decreto n. 5.154/2004 com uma possibilidade de integração do Ensino Médio com a Educação Profissional.

A integração significa que se busca enfocar o trabalho como princípio educativo, no sentido de superar a dicotomia trabalho manual/trabalho intelectual, de incorporar a dimensão intelectual ao trabalho produtivo, de formar trabalhadores capazes de atuar como dirigentes e cidadãos (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005, p. 20).

Essa perspectiva de Currículo Integrado percebe a realidade como um todo concreto. Para Ciavatta, o Currículo Integrado está relacionado na totalidade da formação do ser humano:

Como formação humana, o que se busca é garantir ao adolescente, ao jovem e ao adulto trabalhador o direito a uma formação completa para a leitura do mundo e para a atuação como cidadão pertencente a um país, integrado dignamente à sua sociedade política. Formação que, neste sentido, supõe a compreensão das relações sociais subjacentes a todos os fenômenos (CIAVATTA; FRIGOTTO; RAMOS, 2005, p. 85).

O Currículo Integrado é uma tentativa de possibilitar aos estudantes o acesso aos conhecimentos científicos e culturais da humanidade, para que possam ter acesso a espaços para o desenvolvimento da experimentação e das práticas de estudo e investigação.

Neste contexto, precisa-se de uma atitude docente diferenciada, que passa necessariamente pelo processo de formação inicial e continuada, que deve estar subjacente à Política Pública de Educação Profissional. Daí se afirmar que um ensino que pretende formar um profissional crítico, que seja capaz de refletir sobre sua condição social e participar das lutas em favor dos interesses da coletividade, característica plena do que resulta um Currículo Integrado, seja o seu diferencial em relação aos projetos vinculados aos interesses de mercado.

Currículos integrados são oportunidades riquíssimas para explorar as potencialidades multidimensionais da educação, para superar a visão utilitarista do ensino, para desenvolver as capacidades de pensar, sentir e agir dos educandos, para concretizar a proposta da educação integral (DELUIZ; NOVICKI, 2004).

O currículo é o fundamento de um sistema de ensino. Pode-se pensar em realizar mudanças na estrutura do sistema, na organização da instituição de ensino ou na escolha dos métodos a serem utilizados, mas se modificações não forem promovidas no currículo, as transformações serão periféricas. Para haver mudanças

de fato na instituição de ensino é necessário que elas atinjam a máxima tradução do projeto educacional: o currículo (RAMOS, 2005).

Ao se buscar a superação da fragmentação de um currículo por disciplinas para um Currículo Integrado, foi necessário superar a formação estanque de docentes, romper

barreiras conceituais e compreender a relação de suas especificidades com as demais áreas do saber.

Romper com a divisão ciclo básico e ciclo profissionalizante não se constitui apenas num desafio ao interior da escola, mas perpassa os muros da instituição e se coloca como um grande desafio que vai de encontro da organização da Universidade, refletindo-se nos planejamentos dos departamentos, apesar da grande motivação por parte de docentes que já estão mais familiarizados com a proposta (RAMOS, 2010).

5.2 Teorias do currículo: teoria tradicional, teoria crítica e teoria pós-crítica

5.2.1 Teorias tradicionais do Currículo

Silva (2010) afirma que o Currículo surge como um objeto específico de estudo e pesquisa nos Estados Unidos em 1920. Em um contexto de industrialização e dos movimentos imigratórios que intensificavam a massificação da escolarização, houve um impulso por parte de pessoas ligadas à administração da educação para racionalizar o processo de construção, desenvolvimento e testagem dos currículos.

Silva (2010) pontua que, no modelo curricular de Bobbitt (1918) os estudantes deveriam ser como um produto fabril, pois, para ele, o currículo é a especificação precisa de objetivos, procedimentos e métodos para a obtenção de resultados que possam ser precisamente mensurados.

A Teoria Tradicional do Currículo ocupa-se com a estrutura organizacional, com os conteúdos, avaliação, planejamento e eficiência do currículo. Esse modelo era baseado na Teoria da Administração Econômica de Frederick Taylor (1969), cujo objetivo principal era a eficiência. Para Taylor, o currículo era um documento de natureza técnica.

Para Eyng (2015) são os “conceitos como os de Ensino, Aprendizagem, Eficiência, Objetivos que subsidiam modelos hegemônicos, etnocêntricos e supostamente neutros de currículo”.

Podemos afirmar que nas Teorias Tradicionais do Currículo não há uma preocupação com os processos de aprendizagem, mas com os resultados alcançados. É uma perspectiva de avaliação classificatória e não para a formação humana. É uma aprendizagem mecânica, receptiva e de memorização de conteúdos que, na maioria das vezes, não tem um real significado para o alunado.

A metodologia utilizada nesse modelo de currículo, “[...] recai na transmissão do conhecimento, que deve ser rigorosamente lógica, sistematizada e ordenada, daí o uso do método expositivo, que tem como centro a figura do professor” (MARTINS, *apud* EYNG, 2007, p. 120).

Numa linha progressista, a teoria de John Dewey (1902), visava alguns outros aspectos. Segundo Silva (2010), a teoria de Dewey se preocupava mais com a democracia do que com o funcionamento da economia. Giles (1987, p. 259-260) enfatiza que “o pragmatismo é um desafio às teorias autoritárias, pois define a verdade em termos de experiência coletiva da sociedade”.

5.2.2 Teorias Críticas do Currículo

As Teorias Críticas surgiram no começo da década de 1960, preocupando-se com as conexões entre saber, poder e identidade (SILVA, 2010).

Começaram por colocar em questão os pressupostos dos presentes arranjos sociais e educacionais. As teorias críticas desconfiam do *status quo*, responsabilizando-o pelas desigualdades e injustiças sociais (SILVA, 2010, p. 29-30).

Diversos teóricos discutem, inspirados na teoria de Karl Marx (1848), o fato de que, por meio do currículo e da educação, o sistema capitalista e os grupos dominantes estão reproduzindo a sua ideologia e exercendo influência direta sobre a economia.

Gandin (2011) traz algumas das contribuições teóricas de Michel Apple (1995) para o campo dos estudos e pesquisas sobre Currículo, apresentando as novas questões e reflexões que problematizam o tecnicismo, então vigente no campo educacional. Até então, o campo do currículo estava centrado em responder à pergunta “como?”. Apple propõe que a Educação e o Currículo deveriam responder outras perguntas: “o quê?” e “para quem?”. E levanta o questionamento “Qual a relação entre Cultura e Poder em Educação?”.

Apple (1999) desenvolve novos conceitos de ideologia, hegemonia e senso comum, incorporando às suas teses o neomarxismo, uma vez que trata da centralidade da cultura na análise do social, algo que as tradições marxistas não haviam analisado até então.

As teorias tradicionais se preocupam com a questão de organização. Já as teorias críticas e pós-críticas fazem constantes questionamentos: “Por que esse conhecimento e não outro?”; “Por que privilegiar um determinado tipo de identidade ou subjetividade e não outro?”; “Que interesses fazem com que esse conhecimento esteja no currículo e não outro?”.

A questão central que serve como subsídio para qualquer teoria do currículo é a de saber qual conhecimento deve ser ensinado. O currículo é sempre o resultado de uma seleção, da feitura de um recorte de conhecimentos, de um universo mais amplo de conhecimentos e saberes, é selecionado o que vai constituir o currículo (SILVA, 2010).

É interessante destacar o que pondera o filósofo francês Louis Althusser (2001): na modernidade, a escola assumiu o papel de aparelho ideológico do Estado. No ponto de vista do autor e da teoria crítica, através das disciplinas e conteúdos transmitidos na escola, a classe dominante transmite os seus interesses.

Silva (2010), Bourdieu (1975) e Passeron (1975) desenvolveram uma crítica à educação, afastando-se das análises marxistas. Em seus estudos, eles assinalam que através da cultura dominante ocorre a reprodução social, que assim garante a sua hegemonia. Através destes estudos, surgiu outra concepção com respeito ao currículo, chamada “o movimento de reconceptualização”, que também critica o modo mecânico e burocrático como o currículo era idealizado por Bobbitt.

Essas teorias críticas são baseadas numa hermenêutica e fenomenologia que buscam explicar a importância dos acontecimentos cotidianos e a subjetividade. Nessa perspectiva, “o currículo é um local no qual docentes e aprendizes têm a oportunidade de examinar, de forma renovada, aqueles significados da vida cotidiana que se acostumaram a ver como dados naturais” (SILVA, 2010, p. 40).

Ainda segundo Silva (2010), Basil Bernstein (1975) também elaborou sua teoria na linha sociológica, definindo que a educação formal perpassava por três sistemas: o currículo, a pedagogia e a avaliação. Ele se preocupava com a questão da organização estrutural do currículo e como estes tipos de organização estavam ligados com o poder e controle. Essa compreensão resultou posteriormente nos estudos sobre currículo oculto.

5.2.3 Teorias pós-críticas do Currículo

A teoria pós-crítica, iniciada nas décadas de 1960 e 1970, que surge fundamentada no pós-estruturalismo, amplia e modifica alguns conceitos da teoria crítica, pois não limita “a análise do poder ao campo das relações econômicas do capitalismo, [...] o mapa do poder é ampliado para incluir os processos de dominação centrados na raça, na etnia, no gênero e na sexualidade” (SILVA, 2010, p. 149).

Silva (2010) entende que essa abordagem se preocupa com as conexões entre saber, identidade e poder, assinalando que cada modelo de ser humano, corresponderá um tipo

de conhecimento, um tipo de currículo. Segundo o autor, o currículo é uma questão de identidade.

As teorias pós-críticas, fundadas nos discursos do pós-modernismo e do pós estruturalismo, têm no pensamento de Michel Foucault (1968), “uma proximidade pela fertilidade que esse pensamento oferece em relação ao nexo entre currículo e poder, bem como na discussão sobre subjetividades multidimensionais” (MOREIRA, 2003, p. 26).

A visão pós-estruturalista analisa as questões do significado, do que é considerado verdadeiro no campo do conhecimento. Lather (1993, p. 680 *apud* CARDOZO, 2014, p. 128) discute que estas teorias oferecem um campo de reflexão para a prática de pesquisa educacional, promovendo a heterogeneidade, buscando uma validade rizomática, que caracteriza uma forma de comportamento por meio de múltiplas aberturas, recusando a mera revelação de um conhecimento prévio, o qual esteja em algum lugar do universo pronto para ser capturado e aplicado como verdade.

Lopes e Macedo (2011, p. 71) apresentam o Currículo como “uma prática discursiva, uma prática de poder, e uma prática de significação, de atribuição de sentidos”. Essa abordagem pós-crítica se posiciona em favor do Currículo Multiculturalista, movimento divergente do currículo tradicional, que leva em consideração a importância da alteridade e identidade.

Para Silva (2010, p. 85), “o multiculturalismo é um movimento legítimo de reivindicação dos grupos culturais dominados [...] para terem suas formas culturais reconhecidas e representadas na cultura nacional”. Assim, surgiram duas perspectivas: a liberal e a mais crítica. A perspectiva liberal defende uma convivência harmoniosa entre as culturas, onde “deve-se tolerar e respeitar a diferença porque sob a aparente diferença há uma mesma humanidade” (SILVA 2010, p. 86).

Silva (2010, p. 89) ressalta que “no currículo crítico multiculturalista a diferença é colocada em permanente questão”. Eles pretendem substituir o estudo de obras que são consideradas excelentes na produção intelectual, por obras produzidas pelas “minorias” (negros, mulheres e homossexuais), que eram consideradas obras inferiores no ponto de vista da classe dominante. Inicialmente, as discussões se restringiam ao acesso e desigualdade na escola, onde os homens tinham mais acesso às escolas do que as mulheres.

O autor ainda destaca que, para a perspectiva feminista,

o currículo existente é também claramente masculino. Ele é a expressão da cosmovisão masculina. O currículo oficial valoriza a separação entre sujeito e conhecimento, o domínio e o controle, a racionalidade e a lógica, a ciência e a técnica, o individualismo e a competição. Todas essas características refletem as experiências e os interesses

masculinos, desvalorizando, em troca, as estreitas conexões entre quem conhece e o que é conhecido, a importância das ligações pessoais, a intuição e o pensamento divergente, as artes e a estética, o comunitarismo e a cooperação – características que estão, todas, ligadas às experiências e aos interesses das mulheres. (SILVA 2010, p. 94).

Através do levantamento dessas questões, ampliou-se a discussão para a questão racial e étnica, também alvo da desigualdade.

É fundamental que os valores raciais e étnicos sejam considerados, onde não somente uma cultura (a dominante) tem o valor de ser estudada, lembrada e admirada, mas, as demais culturas devem receber o mesmo valor e consideração, em benefício da igualdade.

Os professores também precisam pensar em como se deve responder às questões de desigualdade cultural que encontramos em nossa sociedade. Os educadores de cada escola precisam eleger um conjunto de intenções educativas e diretrizes pedagógicas que se articulem para orientar a organização e o desenvolvimento da sua prática educativa.

5.2.4 *Currículo Oculto*

O currículo oculto está presente no cotidiano escolar. Ele “é constituído por aqueles aspectos do ambiente escolar que, sem fazerem parte do currículo oficial, contribuem de forma implícita para aprendizagens sociais relevantes” (SILVA, 2010, p. 78).

O autor traz a reflexão sobre o que se aprende no currículo oculto e quais os meios utilizados, especificando melhor quais são essas aprendizagens. Para a perspectiva crítica, o que se aprende no currículo oculto são fundamentalmente atitudes, comportamentos, valores e orientações que permitem que crianças e jovens se ajustem, de forma mais conveniente, às estruturas e às pautas de funcionamento, consideradas injustas e antidemocráticas e, portanto, indesejáveis, da sociedade capitalista.

Entre outras coisas, o currículo oculto ensina em geral, o conformismo, a obediência e o individualismo. Em particular, “as crianças das classes operárias aprendem as atitudes próprias ao seu papel de subordinação, enquanto as crianças das classes proprietárias aprendem os traços sociais apropriados ao seu papel de dominação” (SILVA, 2010, p. 78).

5.3 Educação profissional e sua relação com o currículo integrado: histórico e atualidades

A origem da ideia de integração entre a formação geral e a educação profissional no Brasil é recente e busca a superação do tradicional dualismo da sociedade e da educação brasileira na luta pela democracia em defesa da escola pública.

Em 1980, recomeça a luta política pela democratização da educação com o primeiro projeto de LDB que, sob a liderança do Fórum Nacional em Defesa da Escola Pública, teve intensa participação da comunidade acadêmica e o apoio de parlamentares de vários partidos progressistas. Nele se buscava assegurar uma formação básica que superasse a dualidade entre a cultura geral e cultura técnica, assumindo o conceito de politecnia. O que significava tentar reverter o dualismo educacional através de um de seus mecanismos mais efetivos, a subordinação no trabalho e na educação (RAMOS, 2010).

Para Kuenzer (2007), o desenvolvimento histórico do Ensino Médio e Educação Profissional sempre esteve de alguma forma (des)articulado, pois a dualidade estrutural respondia à oferta escolar do conhecimento: o Ensino Médio para os incluídos socialmente e o ensino Profissional para aqueles que deveriam apenas desenvolver o trabalho subordinado.

Pode-se afirmar que historicamente a dualidade curricular tem prevalecido sobre o modelo integrado. Implementá-lo requer a clareza dos embates políticos, sociais e econômicos, que serão travados para seu desenvolvimento, pois os vícios históricos consolidados podem ratificar ainda mais a dualidade estrutural e material, com o agravante de proclamá-la integrada sem que de fato possa assim caracterizar-se. Uma pseudointegração, gerada e sustentada como modelo de superação e transformação, pode ser tão perversa quanto o modelo dualista observado ao longo da história brasileira.

A ligação da escola ao trabalho e à ciência emerge na contemporaneidade como necessidade também apontada pelas forças capitalistas, pois o avanço tecnológico impôs à formação profissional o desenvolvimento de saberes que ultrapassassem a instrumentalização do trabalhador e que os qualificassem também para o trabalho intelectual. Trabalho, ciência e tecnologia deveriam ser, assim, difundidos como alicerces para a organização do trabalho escolar e para o desenvolvimento capital das sociedades, que enfrentam a concorrência do livre comércio e da globalização.

Em 1808, a Corte Portuguesa chegou ao Brasil (Rio de Janeiro) e sua vinda provocou mudanças significativas na política e na economia brasileira: na economia, a relação de exploração definida anteriormente pelo sistema agroindustrial foi parcialmente substituída

pelo sistema industrial de produção e comercialização e, na política, emergem o conceito de Estado Nacional e a constituição do aparelho educacional escolar (CUNHA, 2000).

As análises extraídas dos dados históricos de Manfredi (2002) e Cunha (2000) sobre as primeiras instituições públicas de ensino evidenciam a identidade do ensino médio definida pelo caráter propedêutico e preparatório à universidade. Deve-se destacar o fato de que a prioridade política definida neste período não foi a expansão do ensino primário e secundário, mas sim do ensino superior.

Os currículos desenvolvidos nas casas de artífices e nos liceus de artes e ofícios abrangiam a formação geral e a formação profissional. Nas casas de artífices, o padrão metodológico usado era o militar, caracterizado pelo disciplinamento e pela aprendizagem centrada no conteúdo. Os conteúdos curriculares abrangiam conceitos referentes à leitura, escrita, Aritmética, Álgebra, Desenho, Geometria e procedimentos referentes à tipografia, encadernação, alfaiataria, carpintaria, tornearia etc. (BARACHO *et al.*, 2006)

Na oferta de Ensino Profissional privado e confessional, destacam-se as escolas salesianas (os liceus), que iniciaram suas atividades no final do século IX (1886) e seguiram até o século XX. Os currículos desenvolvidos nos liceus não apresentavam integração curricular, pois a educação geral era paralelamente oferecida à profissional (MANFREDI, 2002).

A equivalência dos estudos realizados em cursos profissionais ao ensino secundário só aconteceria com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 4.024/1961). Os currículos escolares passaram a mesclar a formação humanista clássica e as diversas formações profissionais. A integração do ensino profissional ao sistema regular consolida-se por meio dessa lei, contudo, a organização manteria a dualidade estrutural e, somente uma década depois, em 1971, com a Lei nº 5.692, a dualidade foi substituída pela trajetória única e integrada: Ensino Médio e Educação Profissional, cuja profissionalização passa a ser universal e compulsória no Ensino Médio (antes chamado de secundário).

A trajetória integrada não vingou e, quatro anos depois, por meio do Parecer nº 76/1975, a formação geral voltou como modelo curricular para o Ensino Médio. O fracasso precoce da formação integrada esteve relacionado, para Kuenzer (2007), às dificuldades de implantação e implementação material do sistema integrado, bem como pela notória constatação de que a “euforia do milagre” do desenvolvimento econômico não chegaria aos patamares esperados.

Com o advento da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/1996, o caráter de reintegração emerge e, nas seções dedicadas ao ensino médio e a educação profissional, a indicação de articulação estará expressa, ora como finalidade de formação do ensino médio, ora como orientação curricular da educação profissional.

Como política governamental, a integração curricular entrou na pauta da organização escolar para o Ensino Médio, pois o presidente eleito sob a égide de um “governo de trabalhadores” não desistiria de promover a reforma necessária para a reintegração da Educação Profissional ao Ensino Médio.

A normatização expressa no decreto nº 5.154/2004 contém fortes elementos de contraposição ao Decreto nº 2.208/1997, que expressava textualmente a ruptura da Educação Profissional com o ensino Médio: “A Educação Profissional de nível técnico terá organização curricular própria e independente do Ensino Médio”. (BRASIL, 1997, Art. 5º). O governo tentaria assim, guardar a marca defendida em sua plataforma eleitoral: garantir aos cidadãos trabalhadores uma formação, cujos princípios firmavam-se nas dimensões curriculares alicerçadas no trabalho, na cultura, na tecnologia e na ciência.

O currículo das Escolas Profissionais do Ceará, foi definido pela Secretaria de Educação do Estado, por ocasião da implantação das referidas escolas. Esse currículo que deve ser comum a todas as escolas estaduais de educação profissional do Ceará, estabelece a rotina dos estudantes de ensino médio incluindo aulas das 7h às 17h (CEARÁ, 2010).

A matriz curricular, com previsão de 5.400 horas de atividades a serem desenvolvidas em três anos, é composta por todas as disciplinas da base nacional comum do Ensino Médio, complementada pelas disciplinas profissionalizantes da habilitação a qual o curso se vincula. Além disso, há uma parte diversificada composta por atividades pedagógicas com abordagens, tais como: Projeto de Vida, Formação para Cidadania, Mundo do Trabalho, Empreendedorismo, Tese e Aprendizagem Cooperativa (CEARÁ, 2010).

Os entendimentos trazidos por Ciavatta, Frigotto e Ramos (2005) ao discorrer sobre Integração Curricular e a necessidade de superar a dicotomia na formação, respaldada nas Teorias do Currículo, são os argumentos irrefutáveis da importância da proposta do Currículo Integrado. Tais afirmações associadas aos estudos de Ramos (2010) sobre a capacidade que o indivíduo tem de associar informações novas a conceitos já existentes, fundamentam os desafios das mudanças na estrutura do Sistema. Silva (2010) em seus estudos sobre o Currículo Integrado destaca a importância da reflexão do multiculturalismo, trazendo assim um significado amplo à construção do conhecimento.

Assim, destacamos desta Revisão de Literatura os autores que contribuíram exponencialmente para a compreensão do Currículo Integrado e suas possibilidades, fragilidades e desafios: Ciavatta, Frigotto e Ramos (2005) e Silva (2010).

Na revisão Integrativa, os estudos de Burgatti *et al* (2013), Scaramal *et al* (2017) e Ide *et al* (2014) destacaram-se por suas valorosas contribuições para o entendimento de Currículo Integrado no ensino da Enfermagem e os supracitados autores Ciavatta, Frigotto e Ramos (2005) e Silva (2010) também tiveram sua significativa importância nesta pesquisa.

6 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

6.1 Tipo de pesquisa

Optamos por defender uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter Descritivo e Documental.

Para Minayo (2014) o estudo do tipo qualitativo busca compreender e interpretar as particularidades que os sujeitos vivenciam na sua intersubjetividade através das relações com o meio; da forma como constrói seus artefatos; da construção da personalidade; da experimentação dos sentimentos; e do pensamento, apropriando-se do universo histórico dos significados, das relações, das representações, das crenças e percepções.

A pesquisa Documental segundo Cervo e Bervian (1983), explica que documento é “toda base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta ou estudo.”

Para Fonseca (2002), a Pesquisa Documental apresenta semelhanças em seu percurso que a confunde com a pesquisa bibliográfica. A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias etc. (FONSECA, 2002, p. 32).

Oliveira (2014), descreve a Pesquisa Descritiva como interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los à luz de teorias e processos metodológicos.

6.2 Campo social da pesquisa

A pesquisa foi realizada numa Escola Estadual de Ensino Profissionalizante na cidade de Crateús, no estado do Ceará que possui atualmente 04 Cursos Técnicos: Administração, Comércio, Enfermagem e Informática.

O Corpo Docente é formado por 42 professores, que se dividem em: Base Regular Comum, com carga horária de trabalho de 40 horas semanais e os professores da Base Técnica que são vinculados ao CENTEC (Instituto Centro de Ensino Tecnológico), com uma carga horária de trabalho de 15 a 44 horas semanais. Cada escola é gerenciada por um Núcleo Gestor, composto pelo Diretor, três Coordenadores Pedagógicos e Coordenadores de Cursos.

A justificativa pela escolha do local pesquisado deveu-se ao fato de a instituição ter sido a pioneira no início da implantação do Ensino Profissional no estado do Ceará e onde o pesquisador ocupa um cargo de gestão.

6.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os docentes do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Profissionalizante do município de Crateús, totalizando 14 participantes.

A apresentação de Perfil é importante para que se possa ter uma visão geral dos indivíduos pesquisados, assim como, compreender em que contexto e como estes podem ser classificados. Tais informações, em associação com as demais, apontam resultados mais fidedignos à investigação. O quadro 1 apresenta a descrição geral dos docentes de Enfermagem investigados.

Quadro 2 – Caracterização do Perfil dos Participantes

MODALIDADE DE FORMAÇÃO	QUANTIDADE	%
BACHARELADO	06	42,86%
LICENCIATURA	08	57,14%
TOTAL	14	100%
TITULAÇÃO	QUANTIDADE	%
ESPECIALISTAS	11	85,71%
MESTRES	02	14,28%
TOTAL	14	100%
TEMPO DE SERVIÇO NA INSTITUIÇÃO	QUANTIDADE	%
DE 0 A 5 ANOS	05	35,71%
DE 05 A 10 ANOS	05	35,71%
MAIS DE 10 ANOS	04	28,57%
TOTAL	14	100%
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	QUANTIDADE	%
EFETIVO	04	28,57%
CONTRATO TEMPORÁRIO	04	28,57%

CLT	06	42,85%
TOTAL	14	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Utilizamos como critério de inclusão os docentes do Curso Técnico em Enfermagem. Foram excluídos os docentes contratados com menos de um ano de experiência, em razão de não terem vivenciado as práticas do Currículo Integrado.

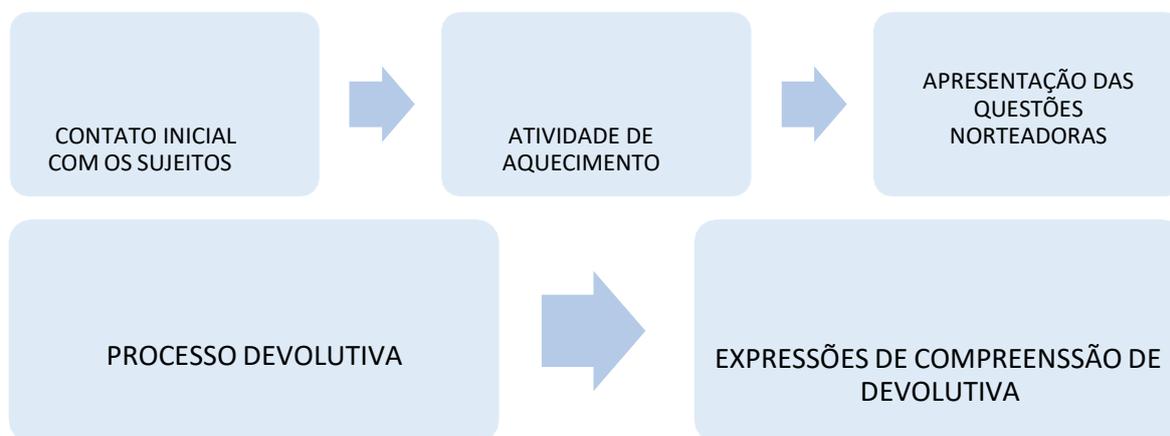
6.4 Processo de coleta de dados Reflexiva

Para a coleta de dados optamos pela Análise Documental e Entrevista.

Na perspectiva de Szymanski (2004) as entrevistas reflexivas é uma experiência humana, que ocorre em um “espaço relacional para conversar”, onde existe uma inter-relação da linguagem e necessita de reflexões mútua sobre o resultado construídos por etapas.

As Entrevistas Reflexivas têm como pretensões extrair visões e opiniões dos participantes. A ideia é comparar o discurso oficial com o discurso pedagógico, captando o pensamento dos sujeitos sobre o objeto de investigação. Em função dessas etapas elaboramos a figura a seguir:

Figura 2 - Etapas da Entrevista Reflexiva



Fonte: Elaborado pelo autor.

Explicamos que a primeira etapa foi a do contato Inicial com os sujeitos da pesquisa, onde o entrevistador apresentou a proposta, forneceu seus dados, as propostas e finalidades da pesquisa, solicitou permissão para a gravação das falas, abriu um espaço para perguntas e dúvidas e estabeleceu uma relação cordial.

Foram sugeridas três regras básicas: todos tinham o direito de falar; as opiniões deveriam ser ouvidas; e não havia obrigação de falar sobre o tema.

Logo após, deu-se uma atividade de aquecimento, onde o entrevistador apresentou, de forma objetiva, o seu objeto da pesquisa através de uma exposição dialogada.

Em seguida ocorreu a apresentação das Questões Norteadoras e as exposições de opiniões. Os objetivos da pesquisa foram a base para a construção das questões norteadoras.

O pesquisador utilizou um roteiro com perguntas abertas para nortear as entrevistas (APÊNDICE D).

Após as entrevistas, houve uma apresentação da compreensão do entrevistador do discurso para a consideração do grupo.

Ao final, o entrevistador expôs a sua compreensão e a síntese dos resultados, já que ambos (entrevistado e entrevistador) construíram conhecimentos.

Foi utilizado o critério de saturação das informações por ocasião das discussões. Para Trad (2009), o critério de saturação ocorre quando o grupo não apresenta mais nenhuma novidade, suas falas tornam-se repetitivas.

Para realizar a análise documental foi utilizado como base o método da pesquisa documental desenvolvido por Pimentel (2001). A referida autora assim o apresenta:

Para desenvolver a análise, além de contar com os arquivos organizando toda a documentação e com as fichas de leitura, foram construídos quadros de autores e de termos-chave, aos quais se acrescentaram observações ou comentários sobre possíveis relações com as questões da pesquisa. (PIMENTEL, 2001, p. 187).

Seguindo a referência do método da pesquisa documental de Pimentel (2001), esta pesquisa ao levantar e ter acesso aos documentos, primeiro buscou organizar os documentos da SEDUC, que servem de referência para construção dos outros de responsabilidade escolar. Inicialmente leituras breves foram feitas e somente de posse dos documentos, várias leituras e releituras foram realizadas, identificando as correlações entre eles.

Em sequência, como resultado de uma análise geral e individual, os documentos foram descritos individualmente, contendo o nome do documento e três eixos estruturantes:

- Estrutura Geral do documento;
- Significado dos documentos;
- O que tange à Currículo Integrado.

Após esta etapa foi elaborado um quadro correspondente aos documentos avaliados específicos propostos na pesquisa.

A análise crítica por vezes esteve presente em todos os eixos da organização, porém com mais ênfase no Currículo Integrado, pois esta constitui o foco principal da pesquisa.

Os dados foram coletados no período de agosto a outubro de 2019.

Análise temática dos conteúdos

Os resultados desta pesquisa ancoraram-se em Minayo (2014) que orienta a análise da pesquisa qualitativa, pela análise temática, que comumente tem sido utilizada nos estudos qualitativos em saúde, por permitir a ampliação da compreensão dos contextos para além do que se propõe verificar nas aparências do fenômeno.

Ainda de acordo com Minayo (2014), diferentes são os tipos de análise temática. Para fins de análise de dados desta pesquisa, pretende-se utilizar a categorial temática por propor a descoberta de núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

6.5.1 Processo da aprovação do projeto

Inicialmente, foi encaminhada uma cópia do projeto à Diretoria da Escola Estadual de Ensino Profissionalizante Manoel Mano, solicitando a Carta de Anuência para pesquisa (APÊNDICE E).

Após cadastro na Plataforma Brasil, o mesmo projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e aprovado com o protocolo.

Foi enviado uma carta convite aos docentes (sujeitos da pesquisa) com intuito de agendar os encontros para apresentação dos objetivos da pesquisa. Esta etapa só foi possível devido a inserção do pesquisador no local da pesquisa.

Na véspera de cada encontro, foi confirmado, via telefone, o horário e o local do encontro, no sentido de estimular a presença de cada participante.

6.6 Aspectos éticos da pesquisa

A investigação respeitou os princípios básicos da bioética, postulados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre normas que regulamentam pesquisa envolvendo seres humanos. No estudo proposto, a autonomia do sujeito ocorrerá por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(APÊNDICE F) no qual os sujeitos foram informados acerca da temática, dos objetivos da pesquisa e sobre os princípios éticos postulados na Resolução (BRASIL, 2012).

Quanto à garantia do anonimato, em nenhum momento os participantes terão seus nomes expostos, assim como, serão informados de que poderão retirar seu consentimento em qualquer momento, caso não desejem mais continuar participando da pesquisa, sem que isso acarrete danos ou constrangimentos de qualquer natureza. Terão também a garantia de acesso aos resultados da pesquisa antes da apresentação à comunidade científica.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado em três vias, ficando uma anexa ao projeto de pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma com os participantes e outra com a pesquisador. A assinatura do TCLE pelo sujeito da pesquisa ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, mediante a aceitação dos interessados em participar da pesquisa.

6.7 Síntese da metodológica

A seguir apresentamos uma síntese que explicita de modo didático o percurso metodológico que orienta esta pesquisa, e busca responder de forma direta os objetivos propostos.

Quadro 3 – Metodologia do Percurso da pesquisa descritiva

	OBJETIVOS	DOCUMENTOS	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS
01	Analisar o Currículo Integrado do Curso Técnico em Enfermagem de uma Escola de Educação Profissional da rede estadual na cidade de Crateús – Ceará, identificando suas fragilidades, potencialidades e desafios.	Documento do Projeto Político Pedagógico da Escola e Projeto do Curso de Enfermagem	Análise Documental	Ficha de Análise
02	Descrever as estratégias utilizadas pelo corpo docente para a efetivação do Currículo Integrado e os fatores que influenciam suas escolhas;	- Documentos de Planejamento - Docentes do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Investigado	Análise Documental Entrevista	- Ficha de Análise - Roteiro da entrevista reflexiva
03	Explicitar a natureza da formação dos docentes sobre o Currículo Integrado, seu desenvolvimento e avaliação na instituição	Docentes do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Investigado	Entrevista	Questionário Semiestruturado
04	Identificar no Projeto Pedagógico do Curso Técnico em Enfermagem da Escola investigada como o Currículo Integrado está proposto em termos do Planejamento, Avaliação e o desenvolvimento do Currículo Integrado.	Documento do Projeto Político Pedagógico da Escola e Projeto do Curso de Enfermagem	Análise Documental	Ficha de Análise

Fonte: Elaborado pelo autor.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo destina-se à apresentação de resultados e discussão relativos à pesquisa realizada. Para isso, estruturamos esta seção em dois tópicos. No Tópico I apresentamos os resultados da Análise dos Documentos Básicos que regem as EEEPs do Ceará e o Tópico II apresentamos os resultados e as discussões das Entrevistas Reflexivas com os docentes.

Vale salientar que para subsidiar a interpretação dos resultados, utilizamos a revisão da literatura acrescida de outros autores que discutem a temática.

7.1 Análise documental

Para esta pesquisa, os documentos mencionados no quadro abaixo foram as principais fontes de pesquisa. O quadro a seguir descreve informações sobre os referidos documentos.

Quadro 4 - Lista dos documentos pesquisados

DOCUMENTOS	INSTITUIÇÃO	ANO
Referenciais para as EEEPs	SEDUC	2014
Plano Estadual do Curso Técnico em Enfermagem	SEDUC	2018
Projeto Político-Pedagógico	EEEP MANOEL MANO	2015

7.2 Referenciais para as EEEP

O documento foi proposto em 2014 pela Secretaria de Educação do Ceará (SEDUC), através da Coordenadoria da Educação Profissional (COEDP). É composto de 53 páginas e contém uma apresentação de sete itens: Marco legal da educação profissional; A escola estadual de educação profissional; Proposta de integração curricular; Organização curricular do ensino médio integrado à educação profissional; Avaliação da aprendizagem; Estágio supervisionado, Orientações para a organização da rotina escolar; Considerações finais e Referências.

O documento se identifica como aquele que contém os referenciais que deverão nortear a elaboração do Projeto Político Pedagógico (PPP) e o Regimento das EEEPs do Ceará.

Para Gandin (1994), documentos referenciais faz uma instituição compreender-se como integrante de uma realidade mais ampla, projetar-se como portadora de uma proposta sociopolítica, propondo-se como realizadora de um processo técnico específico de seu campo de ação.

Na apresentação do documento, destaca-se a informação da existência de três diferentes eixos: o primeiro de Natureza Formativa; o segundo de Natureza Conjuntural e o terceiro de caráter Institucional.

A criação da Escola Pública Integral trouxe consigo a necessidade de uma nova proposta curricular. Diante dessa conjuntura, a SEDUC propõe os referenciais curriculares como princípios que devem ser evidentes nos projetos pedagógicos dos cursos. Os

princípios são constituídos de três dimensões: garantia da qualidade de ensino-aprendizagem; ampliação das oportunidades oferecidas pela escola para apropriação do conhecimento historicamente produzido e a qualificação profissional; e gestão compartilhada como processo de construção do Projeto Político Pedagógico da Escola (CEARÁ, 2014, p. 14).

As práticas educativas previstas no Currículo serão orientadas pelos princípios filosóficos, epistemológicos, pedagógicos e legais que subsidiam a organização curricular dos Cursos Técnicos de Nível Médio Integrado, definidos pelo MEC e pelo Projeto Político-Pedagógico da Escola (CEARÁ, 2014, p. 14).

Opitz *et al.* (2008) afirma que os argumentos que sustentam a opção pedagógica pelo Currículo Integrado devem estar fundamentados nos seguintes aspectos: epistemológicos, psicológicos e sociológicos. Nos aspectos epistemológicos, considera-se que o ensino integrado contribui para que os estudantes analisem os problemas, não só na perspectiva de uma única e concreta disciplina, mas, inclusive, valendo-se de outras áreas de conhecimento.

Na proposta de integração curricular, o foco é a noção de complementaridade e a perspectiva de compreensão do todo de forma a construir o conhecimento integral.

A proposta metodológica integra-se com a proposta de integração curricular de forma que as duas fique em consonância, quando há interdisciplinaridade. Todo esse contexto serve de base para a organização curricular do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional.

A análise do documento intitulado “Referenciais para as ETECs” permitiu o acesso a informações de relevância no que tange a proposta de integração. Nas concepções e nas descrições, o texto contempla o que propõe, pois traz as definições, porém não faz referência à fonte das informações. Mostra, portanto, a necessidade da utilização de termos que expressam o que de fato é Currículo Integrado por diferentes autores.

Outro ponto a destacar é que o Documento não descreve a materialidade das condições favoráveis a esse propósito, pois a promoção do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional não se reduz à mera sobreposição de currículos, mas requer a construção coletiva de práticas educativas diferenciadas.

O documento também não aponta qual o Perfil Docente necessário para esta modalidade de ensino e proposta curricular, visto que é essencial o envolvimento destas docentes para a construção de um projeto educativo voltado para a integralidade. A inexis-

tência dessa orientação deixa lacunas no processo seletivo dos docentes para atuarem nas EEEPs, o que vai impactar diretamente no desenvolvimento do Currículo Integrado.

7.3 Análise do plano do curso técnico em enfermagem

O Projeto Pedagógico de Curso (PPC) é um documento normativo dos cursos que apresenta características de projeto com informações acerca da concepção e da estrutura do curso e seus elementos reguladores internos (BECK *et al.*, 2003).

Nos PPCs estão presentes aspectos técnicos normativos, concepções de homem e de sociedade, além de um componente político fundamental, sendo elemento agregador de diversas instâncias da realidade, desde sua dimensão cotidiana dos cursos até diretrizes das políticas macroeconômicas. Assim, o PPC deve propor o perfil de sujeito/profissional que se busca formar, no contexto da sociedade para qual se orienta essa formação.

O documento foi construído em 2008 e atualizado em 2014 e 2018 pela SEDUC, através da Coordenadoria da Educação Profissional (COEDP), recebe a nomenclatura de Plano do Curso Técnico em Enfermagem. É composto por 143 páginas e contém uma apresentação e dez itens: Justificativa e Objetivos do Curso; Requisitos e Formas de Acessos; Perfil Profissional de Conclusão; Organização Curricular; Critérios de Aproveitamento de Estudos e Certificação por Competências; Critérios de Avaliação de Aprendizagem; Instalações, Equipamentos e Biblioteca; Pessoal Docente e Técnico Administrativo; Certificados e Diplomas.

Analizando o Plano de Curso, o documento apresenta uma proposta curricular orientada para formação de profissionais capazes de compreender e intervir nos agravos à saúde humana em função desse perfil epidemiológico. Além de integrar à formação técnica, a proposta curricular incorpora processo de ensino-aprendizagem voltadas para construção de pessoas cidadãs com compromisso ético com o coletivo em que se insere (CEARÁ, 2018).

O currículo do Curso Técnico de Enfermagem Integrado ao Ensino Médio no Ceará tem o trabalho como princípio educativo que incorpora não apenas as tecnologias, mas as ciências, a cultura e as artes (RAMOS, 2005). Em termos epistemológicos, articula conhecimentos gerais e específicos. Em termos práticos, busca superar a formação direcionada para repetição acrítica em espaços de trabalho dirigidos reprodutores de relações sociais que sustentam a lógica do capital.

A organização curricular do Curso Técnico de Nível Médio em Enfermagem observa as determinações legais presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio e Educação Profissional de Nível Técnico, nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ensino Médio, nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional, nos Decretos nº

5.154/2004 e, nº 5.840/2006, nas Resoluções CNE/CEB nº 01/2000, nº 01/2004 e nº 01/2005, bem como nas diretrizes definidas no projeto pedagógico da Escola (CEARÁ, 2018).

O currículo da Escola Estadual de Educação Profissional tem como diferencial a integração entre as disciplinas do ensino médio e dos cursos técnicos. Iniciou-se uma ampla revisão curricular dos cursos técnicos com o objetivo de adequar o conteúdo de acordo com o perfil de profissional desejado e em consonância com o que se requer deste quando da sua atuação no campo de trabalho (CEARÁ, 2014).

Essa revisão do desenho curricular foi iniciada com o Curso de Enfermagem e baseia-se na necessidade de integrar o currículo ao contexto sociocultural e econômico do Ceará. A partir desse documento, a Coordenadoria de Educação Profissional (COEDP) produziu Guias Pedagógicos para cada Curso Técnico Integrado ao Ensino Médio.

Respeitadas as especificidades regionais, a concepção dos Currículos dos cursos de Educação Profissional tem como parâmetro as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio.

Embora esta perspectiva seja reconhecida no documento que contém as orientações da SEDUC para a oferta do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional como política de Estado, também é expressa a necessidade de complemento de acordo com a especificidade e autonomia de cada escola.

A SEDUC optou pelo Currículo Integrado de forma a construí-lo agregando os componentes da formação profissional aos da formação geral, além da parte diversificada (CEARÁ, 2014).

A seguir será demonstrado a estrutura Matriz Curricular do Curso Técnico em Enfermagem da escola pesquisada:

Quadro 5 - Estrutura da Matriz Curricular do Curso Técnico em Enfermagem da EEEP Manoel Mano

COMPONENTES	DESCRIÇÃO
Formação Geral	Integra disciplinas das três áreas de conhecimento do Ensino Médio (Linguagens e Códigos e suas tecnologias, Ciências Humanas e suas tecnologias e Ciências da Natureza, Matemática e suas tecnologias), observando as especificidades de um Currículo Integrado com a educação profissional.

Parte Diversificada	Integra disciplinas voltadas para uma maior compreensão das relações existentes no mundo do trabalho e para uma articulação entre esse e os conhecimentos acadêmicos.
Formação profissional	Integra disciplinas específicas da área de Enfermagem.

Fonte: Ceará (2018).

Quando discutimos currículo e ensino é preciso sempre ter a clareza que, geralmente, mudanças políticas, econômicas e sociais impulsionam transformações acerca dos modos como a escola é representada e, logo, quais seriam suas funções.

É nítido que é o Projeto do Curso é uma resposta às mudanças, o avanço da ciência e as contribuições dos estudos advindos de várias áreas que colaboram para influenciar as alterações no campo educacional.

Sobre o processo de avaliação, o projeto do Curso orienta que a avaliação do desempenho escolar deve ser feita por disciplinas e bimestres, considerando aspectos de assiduidade e aproveitamento. A assiduidade diz respeito à frequência às aulas teóricas, aos trabalhos escolares, aos exercícios de aplicação e atividades práticas.

O aproveitamento escolar é avaliado através de acompanhamento contínuo do estudante e dos resultados por ele obtidos nas atividades avaliativas.

Os critérios de verificação do desempenho acadêmico dos estudantes são tratados pelo Regulamento dos Cursos Técnicos Integrados ao Ensino Médio da Unidade Escolar.

§ 1º Os cursos articulados com o ensino médio, organizados na forma integrada, são cursos de matrícula única, que conduzem os educandos à habilitação profissional técnica de nível médio, ao mesmo tempo em que concluem a última etapa da educação básica (CEARÁ, 2018).

§ 2º A interdisciplinaridade e a contextualização devem assegurar a transversalidade do conhecimento de diferentes conteúdos, disciplinas e eixos temáticos, perpassando toda a proposta pedagógica do curso, propiciando a integração entre os saberes e os diferentes campos de conhecimento (CEARÁ, 2018).

7.4 Análise do projeto político pedagógico da escola

Para Gadotti (1998, p. 16), “um projeto necessita rever o instituído para, a partir dele, instituir outra coisa. Tornar-se instituinte”. Veiga (2000, p. 12) afirma: “o termo projeto tem origem no latim *projectu*, que, por sua vez, é participio passado do verbo *projicere*, que significa ‘lançar para diante’”.

De acordo com Carmo (2003), o Projeto Político Pedagógico relaciona os conceitos pedagógicos adotados pela escola, deixando claro o papel social da mesma e os procedimentos didático-metodológicos de escolha que serão utilizados por todos que fazem parte do processo. É o projeto de identificação da instituição com foco no processo ensino-aprendizagem.

A partir da noção de PPP explicitada pelos autores, a construção do projeto pedagógico deverá se dar por de um processo participativo que seja coerente com a realidade local.

Além dos Referenciais para as EEEPs (2014), existe o Manual de Orientações para Elaboração dos Instrumentos para Gestão Escolar, do Conselho de Educação do Ceará (2005), que contempla e norteia a elaboração dos PPPs. Embora os referenciais da SEDUC não tenham citado o referido documento para análise do PPP da EEEP Manoel Mano, os documentos estaduais serviram como referência.

Como descrito no documento Referenciais para as escolas de Educação Profissional do Ceará (CEARÁ, 2014), o termo PPP é bastante utilizado. O Manual de Orientações para Elaboração dos Instrumentos para Gestão Escolar (CEARÁ, 2005), apresenta tanto a expressão Projeto Pedagógico (PP) quanto PPP. É necessário esclarecer que conforme os autores citados, principalmente Gadotti (1998), deve-se destacar e explicitar o termo Político, porque somente os termos Projeto Pedagógico não pressupõe que este seja político, no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade.

Embora se o considere indissociável do termo pedagógico, é necessário mencionar “Político-Pedagógico”. Como nos referenciais da SEDUC é explicitado o compromisso da educação profissional com a formação do cidadão, de onde se pode até inferir que não fosse necessário o político, mas como não é explícito o conceito de competência que defende a SEDUC, corre-se o risco de assumir matriz conceitual que reforce apenas o fazer técnico, conforme alerta Deluiz (2001).

O Projeto Político-Pedagógico da EEEP Manoel Mano foi construído em 2008 e atualizado em 2015 pela Gestão Escolar, Conselho Escolar e colegiados de professores. O documento é composto por 52 páginas e contém uma apresentação e sete itens: Marco Situacional, Visão de futuro, Valores, Missão, Desenvolvimentos das ações pedagógicas; Avaliação do PPP e Regimento escolar.

O Conselho Estadual de Educação recomendou a construção do Projeto Pedagógico a partir de oito passos: diagnóstico, justificativa, referencial teórico, definição da proposta

curricular, definição de objetivos e metas, organização e desenvolvimento curricular, definição de estratégias de gestão escolar, e processo de avaliação. A estrutura geral do documento acolhe de forma parcial as orientações do Conselho Estadual de Educação trazendo: Introdução, Marco Situacional, Marco Teórico, Marco Operacional.

É mister destacar no PPP o Currículo Integrado e o contexto social que envolve a escola:

As avaliações devem ser formativas, contínua, diagnóstica, sistemática e processual, contemplando as habilidades, competências e atitudes esperadas. O processo avaliativo deve funcionar como colaborador na verificação da aprendizagem, levando em consideração o predomínio dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos. Também ganha destaque a necessidade de as três áreas dialogarem entre si, caracterizando assim o Currículo Integrado (PPP, 2015, p. 26).

O registro dispõe sobre a proposta pedagógica do curso e as atividades avaliativas que funcionam como instrumentos colaboradores. Para tanto, descreve tais atividades.

Nessa perspectiva, Gadotti (1990) afirma que avaliação é primordial à educação, ou seja, as duas andam juntas e fazem parte uma da outra enquanto cumprem a ação de questionar, problematizar, fazer com que o aprendiz reflita sobre a ação.

Ao adotar uma gama de atividades avaliativas, as escolas aumentam também as possibilidades de o aluno mostrar em qual atividade encontra mais facilidade ou domínio de expressão.

A organização curricular do ensino médio integrado passa pelo fundamento legal amparado pelo Decreto 5.154/2004, a matriz curricular e seus componentes que são a formação geral (base nacional comum), a formação profissional e as atividades complementares:

Os componentes são integrados aos componentes curriculares da formação geral, ou seja, o currículo é tratado como sendo único (CEARÁ, 2014). A organização e planejamento são discutidos durante a semana pedagógica por professores e organismos colegiados (PPP, 2015).

O Projeto Pedagógico de cada escola/curso, apreendido como processual, deve ser coletivamente construído, gerando envolvimento e comprometimento de docentes, discentes, técnico-administrativos, profissionais dos serviços, administradores e instituições de ensino, serviços de saúde e usuários desses serviços (DUMÊT *et al.*, 2005).

Esse envolvimento favoreceu a superação de resistências e possibilita a programação conjunta de ações que possam despertar para a formação de conceitos, delineamento de propostas, retroalimentação do processo, mudança ou reafirmação

de paradigmas como condições para a construção da situação pretendida (DUMÊT *et al.*, 2005).

Observou-se que o PPP, ao tratar da organização curricular como essência da proposta pedagógica, como enseja o Referencial para as EEEPs (2014), não esclarece o Currículo Integrado e sua construção. Desse modo, também não ficou claro em que partes do documento os currículos foram integrados.

Vale evidenciar os aspectos de formação continuada para professores no PPP da EEEP Manoel Mano, assunto que não se apresenta nos outros documentos já avaliados:

Formação em serviço dos profissionais (profissionais e técnicos) e qualificação em nível superior para o núcleo gestor e professores será a condição mínima exigida para compor a equipe de trabalho da escola. Na carga horária de trabalho semanal da Escola e dos professores é destinado 04 (quatro) horas para formação continuada em serviço para o Pacto de Fortalecimento do Ensino Médio (PPP, 2008, p. 08).

Conclusivamente, os aspectos de organização curricular presente no PPP analisado adequou-se ao Documento de Referência, mesmo não citado em nenhum trecho do texto. Não são mencionadas a fonte das informações utilizadas, tampouco pontua os referenciais para as EEEPs (2014) em suas referências.

8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA ENTREVISTA REFLEXIVA

A seguir, apresentamos os dados empíricos através das categorias estabelecidas, sobre a análise temática proposta por Minayo (2014) de natureza interpretativa dos dados na entrevista.

A partir dos discursos dos docentes definimos três categorias: Categoria 01- Formação Docente; Categoria 02 - Possibilidades de Integração; Categoria 03 - Fragilidades e desafios da Integração Curricular.

As respectivas discussões foram baseadas na Literatura pesquisada relacionada à temática abordada. O foco se amplia com outros autores nacionais e estrangeiros para a interpretação dos dados de forma mais subjetiva e aprofundada.

8.1 Categoria 1: formação e conhecimento docente sobre currículo integrado

Os dados coletados nas entrevistas reflexivas apontaram deficiências em relação aos conhecimentos dos professores sobre Currículo Integrado e Processos Formativos relatadas pelos participantes:

O Currículo Integrado é uma novidade, na minha formação nunca discutimos essa proposta, foi algo novo quando cheguei na escola (P1).

Discutimos apenas na Semana Pedagógica, a CREDE nunca proporcionou uma formação, apenas o Núcleo Gestor, mas alguns conteúdos são trabalhados ao longo do ano em conjunto com as disciplinas, isso quando planejadas antes e juntos, eu e os professores da base técnica (P2).

O currículo ele é fragmentado, estamos tentando unificar os conteúdos. É difícil porque não recebemos formação sobre isso (P09).

Eu acho legal a proposta, porém precisamos rever todo o plano de ensino e ajustar. Somos limitados ainda sobre essa proposta (P08).

Quando fiz a adesão as EEEPs, eu lembro das discussões sobre o Currículo Integrado, porém ainda não acontece de fato e direito, ainda é muito discreto, mas precisa a CREDE ou SEDUC investir em formação sobre isso, estamos dispostos a aprender (P14).

Com as narrativas dos professores entrevistados, levanta-se uma preocupação não tão recente. Entende-se que nem todos os professores estão preparados para desenvolver a proposta do Currículo Integrado e, para alguns, percebeu-se que há uma deficiência na formação inicial e assim, um conhecimento incipiente para o assunto. Apresenta-se ainda nas falas o interesse da Gestão Escolar na formação do professor, entretanto, os entrevistados afirmam nunca ter recebido uma formação pela Secretaria de Educação do Estado sobre Currículo Integrado.

A construção de um currículo é como uma construção social, já que o currículo é o reflexo de uma ideologia socialmente aceita no grupo de origem. Por outro lado, não se pode ver o currículo apenas como resultado de uma construção (mesmo que social) no qual os diferentes grupos se digladiam para impor seus pontos de vista sobre qual conhecimento é digno de ser transmitido aos alunos. Na verdade, é o resultado de um complexo processo onde questões puramente epistemológicas e deliberações sociais sobre conhecimento são discutidas e aliadas.

Percebe-se que apesar de inovador, o Currículo Integrado exige dos docentes um grande envolvimento no sentido de efetivar o trabalho em equipe, principalmente no que se refere à necessidade de reuniões periódicas entre os docentes, revisão dos conteúdos dos módulos temáticos, formações continuadas e além da maior interface com os profissionais dos serviços de saúde locais (ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2008).

Silva e Rodrigues (2008), discutindo a mudança curricular no ensino em Enfermagem, também apontam que há dificuldade com a questão da incorporação de uma prática interdisciplinar pelos docentes do curso na orientação do processo de formação, sendo esse

fato evidenciado pela participação superficial dos docentes na implantação do projeto pedagógico de curso.

Em determinados momentos, percebe-se a tentativa de integrar conteúdos durante o planejamento do semestre, por exemplo, não ocorre a continuidade da proposta, porém interrompe-se o processo quando se observam aulas absolutamente fragmentadas no que diz respeito à integração, e, conseqüentemente, uma avaliação da aprendizagem individualizada, aos moldes do currículo tradicional (SILVA; RODRIGUES, 2008).

Em uma pesquisa realizada na Universidade de Minas Gerais sobre a implantação do Currículo Integrado no Curso de Bacharelado em Enfermagem, Freire (2012) constatou que os docentes discutiram que a formação obtida por eles próprios ocorreu no modelo tradicional de ensino o que, de certo modo, contribui para dificultar o processo de implantação deste projeto pedagógico. Os achados da pesquisa corroboram com os resultados, uma vez que os docentes entrevistados relatam sobre a sua formação e as lacunas sobre integração curricular. A superação da fragmentação de um currículo por disciplinas para um Currículo Integrado é fundamental para superar a formação estanque de docentes, romper barreiras conceituais e compreender a relação de suas especificidades com as demais áreas do saber. Romper com a divisão ciclo básico e ciclo profissionalizante não se constitui apenas num desafio ao interior da escola, mas, perpassa os muros da instituição e se coloca como um grande desafio que vai de encontro à organização governamental, através de oferta de formação continuada.

A proposta da integração é refletida nos planejamentos e, apesar da grande motivação por parte de docentes que já estão mais familiarizados com a proposta, podemos observar ainda que é necessário investimento em capacitação pedagógica docente, uma característica comum aos docentes do curso que organiza o currículo na modalidade de Currículo Integrado. “A formação continuada é essencial para o enfrentamento das dificuldades e desafios colocados para os professores” (DIAS-DA-SILVA, 1998).

A formação continuada, assegurada pela promoção de grupos de estudo, de círculos de debate, de encontros para troca de experiências entre os pares, de assessoria pedagógica, tudo isso, enfim, possibilitou que os professores elaborassem e reelaborassem seus “saberes iniciais em confronto com suas experiências práticas, cotidianamente vivenciadas nos contextos escolares” (PIMENTA, 1999).

Godoy (2001) afirma que esta característica pode ser atribuída à necessidade de domínio de novos instrumentais metodológicos, uma vez que os cursos que fazem adesão ao Currículo Integrado, também têm em comum a especificidade de adotarem a pedagogia

da problematização como referencial metodológico. Assim, a reformulação curricular tendo como eixo a metodologia problematizada e o Currículo Integrado parece ter gerado a necessidade de formação docente para atuar nestes novos modos de conduzir a prática docente.

Em uma pesquisa realizada na Universidade Federal da Bahia sobre a superação da dificuldade da implantação do novo Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem e a proposta do Currículo Integrado, de algumas estratégias estabelecidas, a que se destacou foi o estabelecimento de um programa de educação continuada para os docentes em Metodologia do Ensino Superior e Tutoria (DUMÊT *et al*, 2005).

A formação continuada deve levar, necessária e constantemente, aos processos de reflexões críticas, conscientes e plurais sobre a prática docente. Porque aprendemos, no mínimo, metodologias de investigação de nossas próprias práticas, gerando as auto-descobertas que acabam por tornar mais ricas e movimentadas nossas atuações, já que a formação continuada é aprendizado que nunca termina, “um continuum que simboliza o eterno movimento que garante o equilíbrio universal” (MIRANDA, 2011, p. 29).

Nesse contexto, necessita-se que as instituições forneçam subsídios aos docentes para repensarem e modificarem sua prática educativa, considerando a necessidade de formar professores capazes de fazer brotar sujeitos críticos, reflexivos e questionadores, em resposta às necessidades da sociedade. Portanto, torna-se pertinente promover discussões mais aprofundadas na universidade acerca da possibilidade de transformação das ações educativas e da implementação de um ensino transformador como orientador dos processos de formação (PONCE DE LEON; SILVA, 2006).

Portanto, constatamos com a narrativa dos professores entrevistados, que há conhecimento sobre Currículo Integrado insuficientes, somando-se, ainda, a falta de educação continuada para os professores. A formação de todos, nesse sentido, se deu pós-formação, visto que não tiveram em sua formação inicial.

8.2 Categoria 2: possibilidades de integração curricular

A análise desta categoria permitiu conhecer as possibilidades que favorecem a integração curricular e as ações realizadas pelos(as) docentes(as) das EEEPs de acordo com o que preconiza o Projeto do Curso Técnico em Enfermagem e PPP da EEEP Manoel Mano.

Entre as atividades desenvolvidas pelos informantes, as que mais sobressaíram foram planejamento coletivo, uso de metodologias ativas e avaliação, como podemos identificar nas seguintes falas:

Na verdade, a própria proposta pedagógica da Instituição favorece a isso, a Gestão já direciona os trabalhos nesse sentido, seja no planejamento de área ou no processo avaliativo (P01).

A Integração é uma tendência pedagógica e nós enquanto escola precisamos nos adaptar. Uma possibilidade “disso” acontecer, são pelos planejamentos semanais de área, com o desenvolvimento de diversas alternativas de ensino que acaba o aluno tendo a ir buscar conhecimentos de outras áreas (P03).

A proposta da escola é muito clara, estamos nos adaptando. Algumas experiências com estratégias de metodologias ativas e isso tem sido um fator importante e também o processo avaliativo em conjunto, o aluno precisa ter bom êxito nas duas áreas ou não sairá aprovado no processo e nisso ele percebe a integração (P05).

Essa nova tendência de integrar requer do professor um novo protagonismo em busca de inovações e quebra com paradigmas tradicionais, se eu me limitar apenas ao conteúdo da biologia e não contextualizar a Enfermagem, esse aluno não irá compreender o motivo de estudar citologia e cuidar de alguém (P08).

O planejamento favorece isso, que vemos as matrizes e tentamos adequar. Eu utilizo muitas estratégias de ensino que favorecem a integração e inclusive algumas atividades são feitas juntas entre a Enfermagem e a Educação Física, Biologia e até a matemática também (P11).

Como a proposta de escola é integrar nós tentamos, nem tudo é possível, porém tentamos. Isso lá no início do ano, quando fazemos os planos de ensino e também nos planejamentos de área quando senta todo mundo e vemos os conteúdos e as atividades que podemos realizar e já saiu muito coisa legal (P13).

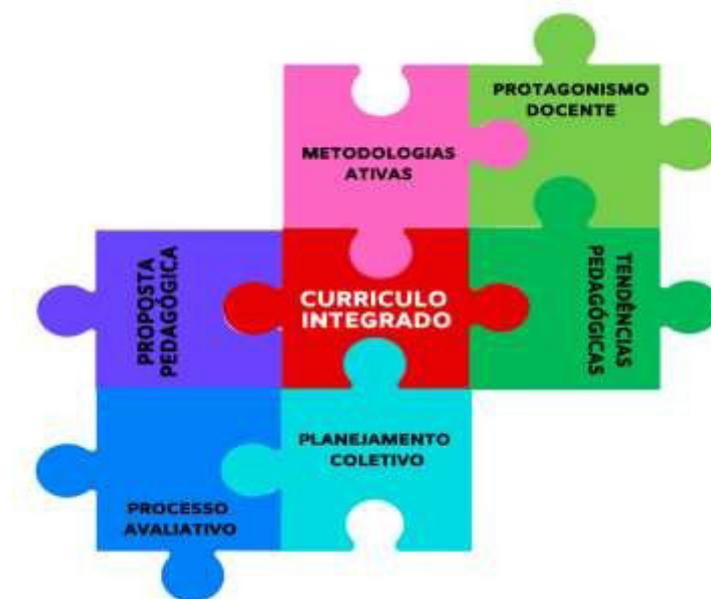
Com estas narrativas, percebeu-se que os professores apesar de limitados conteúdos, conseguem apontar possibilidades para o desenvolvimento do Currículo. Apresentam uma compreensão do Currículo como uma proposta da escola à luz de novas tendências pedagógicas.

As falas apontam o processo de desenvolvimento curricular via planejamento e utilização de metodologias ativas.

De acordo com os relatos dos entrevistados, organizamos na figura que se segue as possibilidades mencionadas por eles como essenciais para a integração curricular.

A figura 3 faz uma conotação das possibilidades de integração do Currículo. Utilizamos peças de quebra-cabeça encaixadas o que permite interpretar-se com a ideia de junção das possibilidades mencionadas pelos docentes ao Currículo Integrado:

Figura 3 – Possibilidades de Integração Curricular



Fonte: Elaborada pelo autor.

É notável observar que a integração proposta pelo Currículo Integrado acontece de duas formas: em relação aos conteúdos trabalhados por período (ou seja, se as subáreas de cada período se complementam, caracterizando a interdisciplinaridade) e entre as atividades propostas pelas diversas disciplinas.

Processos de mudança não são fáceis, ainda mais quando têm a magnitude implícita na adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e na reconstrução da clínica, não se efetuam sem resistências, dúvidas, conflitos, medos.

Nessa concepção pedagógica, é necessário adotar uma metodologia ativa, na qual o currículo seja configurado de maneira integrada, para que se possam articular os vários conteúdos necessários, a fim de dar conta de uma situação ou problema, independentemente da estrutura disciplinar. Trabalhar por problemas ou por problematização tem provocado a busca de caminhos que viabilizem abordagem interdisciplinar das questões. Trabalhar sobre problemas também tem aberto espaço para tratar de maneira mais integral temas e conteúdo, aumentando a chance de escapar das concepções reducionistas e, no caso da saúde, biologistas (TAVARES, 2003).

A compreensão do Currículo Integrado é como uma proposta curricular, onde o docente precisa desempenhar o papel de facilitador da aprendizagem ao estabelecer com o discente uma relação mediada pelo diálogo, favorecendo a apreensão de novos saberes e a ressignificação daqueles já existentes.

Outro aspecto que merece destaque na superação dos desafios da mudança diz respeito à necessidade de se estabelecer estratégias que indiquem o aluno como sujeito do processo ensino-aprendizagem, a articulação teoria/prática, a diversificação dos cenários de aprendizagem, o uso de metodologias ativas, a flexibilidade na organização do curso, a interdisciplinaridade, a incorporação de atividades complementares em relação ao eixo fundamental do processo de formação, a avaliação formativa, da terminalidade do curso.

Construir um Currículo Integrado representa associar sentido ao saber; criatividade à razão, unir disciplinas e concepções diversas; reconhecer parcerias, interagir com diferentes culturas, ampliar continuamente as formas de integrar.

Dumêt *et al.* (2003), afirmam que para integrar o currículo é necessário um espaço de encontros semanais de docentes para discussão de estratégias de avaliação e de técnicas pedagógicas de ensino e aprendizagem e orientação e uso dos docentes em formação pedagógica.

O planejamento participativo é o processo de organização do trabalho coletivo da unidade escolar. Identifica-se em três fases desse processo: a preparação do Plano Escolar, entendido como o registro sistematizado e justificado das decisões tomadas pelos agente educacionais que vivenciam o dia a dia da escola; o acompanhamento da execução das operações pensadas no Plano Escolar, de forma a fazer, caso seja necessário, as alterações nas operações de forma que essas alcancem os objetivos propostos; e a revisão de todo o caminho, avaliando as operações que favoreceram o alcance dos objetivos e aquelas operações que pouca influência tiveram sobre o mesmo, iniciando-se, assim, um novo planejamento (VEIGA, 1999).

O planejamento consiste no cálculo que precede e preside a ação, possibilitando ao homem conduzir seu futuro e impor-se ao contexto através da razão. Os problemas dos homens não são resolvidos de forma determinista, por isso o cálculo deve ser situacional e sistemático, articulando diversas extensões de tempo e várias dimensões da realidade. O planejamento, então, está determinado pela movimentação social e pela dinâmica da produção e reprodução da sociedade (LALUNA; FERRAZ, 2006).

Os encontros para planejamentos interdisciplinares é momento de discussão de situações que envolvem o cotidiano, despertando o interesse no aluno em analisar as dimensões da prática profissional. O planejamento é espaço para discussões e reflexões de conteúdos transversais e interdisciplinares para compreensão das questões ligadas à vida, à saúde, à cidadania, à ética, ao cuidado de enfermagem (DUMÊT *et al.*, 2003).

A interdisciplinaridade é indicada como forma de admitir a ótica pluralista das concepções de ensino, integrando os diferentes campos do conhecimento e possibilitando uma visão global da realidade; como forma de superar o pensar simplificado e fragmentado da realidade; como forma de integrar conhecimentos, buscando uma unidade do saber e a superação dos currículos organizados por disciplinas e centrados em conteúdos e avaliações isoladas (FERNANDES *et al.*, 2003).

A avaliação da aprendizagem é um processo formativo e permanente de reconhecimento de saberes, competências, habilidades e atitudes, deixa de ser pontual, punitiva e discriminatória, para se constituir em uma avaliação que respeite a individualidade do aluno e favoreça sua formação com qualidade e competência.

A avaliação é um instrumento de acompanhamento de todo o processo ensino-aprendizagem, devendo ser iniciada desde o ingresso do aluno no curso, de maneira processual, identificando as necessidades e dificuldades dos mesmos e propondo estratégias capazes de superar essas dificuldades.

Importante pontuar que a tarefa da prática avaliativa, não apenas da integração curricular, tem como premissa básica a constante reflexão dos docentes sobre sua prática pedagógica e o acompanhamento do aluno na sua caminhada de construção do conhecimento, tendo como claro que o erro é o ponto de partida para esclarecimentos e nunca para servir como motivo de punição.

Laluna e Ferraz (2006), ao discutirem a avaliação na formação do enfermeiro em um curso de graduação em enfermagem com Currículo Integrado, identificaram dificuldades similares. O referido estudo mostrou que os docentes, mesmo inseridos em uma proposta pedagógica cuja essência contempla uma postura mais ativa do aluno, ainda mantêm um comportamento de controle, fiscalização, punição, transmissão de conteúdo, reproduzindo o modelo tradicional de ensino, onde reitera-se o autoritarismo e a exclusão.

Gomes (2006) afirma que a avaliação inovadora deve se fundamentar na colaboração, no empenho com a nova formação. Para isso, é preciso um trabalho planejado e executado com a participação de todos os envolvidos. Nesse propósito, instrumentos de acompanhamento do processo ensino-aprendizagem têm sido construídos, ultrapassando o modelo tradicional de simples verificação de conteúdos acumulados e memorizados e puramente voltados à esfera da cognição para um processo mais abrangente orientado a todos os seus aspectos, inclusive ao próprio programa e à atividade docente.

Para finalizar, nossos resultados e discussões sobre possibilidades de integração curricular, evidenciamos nas narrativas dos professores que estes conseguem identificar possíveis caminhos para o desenvolvimento da integração, o que facilita a construção do Currículo, uma vez que os docentes são os atores principais nesse cenário pedagógico.

8.3 Categoria 3: fragilidades e desafios na proposta de integração curricular

A análise desta categoria permite conhecer as dificuldades para a integração curricular através da visão dos(as) docentes(as) da EEEP Manoel Mano.

Entre os desafios relatados pelos informantes, os que mais se sobressaíram foram formação docente, ausência de identitário à proposta curricular, estrutura física e financeira:

Na minha formação não tivemos essa integração, era tudo isolado, então é difícil adaptar-se. Ainda sou do ensino tradicional e sem formação sobre esse currículo fica ainda mais difícil (P03).

Encontramos resistência em alguns colegas preso à regra do livro e que não se abre ao novo. Mas entendemos, porque a formação deles foram ausentes (P05).

Na verdade, alguns docentes não se identificam com a proposta e isso dificulta ao trabalho e infelizmente não temos muito a ser feito. Fazemos com aqueles que querem (P06).

Temos limitações em relação ao tempo e espaço. Precisamos de mais tempo de planejar e realizar. Apenas 1/3 de horas para planejamento não são suficientes e também espaços para desenvolvermos atividades (P09).

Na verdade, eu não vejo interesse em alguns colegas em integrar e isso torna as coisas difíceis. Integrar requer também espaços para isso, a escola até oferece, porém são limitados (P10).

Falta formação sobre essas estratégias de ensino (P08).

Percebe-se que outros entrevistados e também alguns entrevistados que apontaram possibilidades, mencionaram as fragilidades e desafios a serem superados a fim de integrar efetivamente o currículo.

Mais uma vez a formação continuada aparece nas falas dos entrevistados. Apresentou-se ainda a falta de identificação de alguns docentes com a proposta de Currículo e a resistência de abertura ao novo, uma vez que a formação inicial não contemplou uma formação sobre Currículo Integrado. Apresentou-se ainda, limitações em relação ao tempo pedagógico.

Como base na narrativa dos entrevistados, organizamos na figura que se segue, as fragilidades e mencionadas por eles e os desafios a serem superados para a integração curricular.

A figura 4 faz uma conotação das fragilidades e desafios da integração do Currículo. Utilizamos as peças de quebra-cabeça desencaixadas e interpreta-se com a ideia de desajustes, uma analogia às fragilidades e desafios mencionados pelos docentes que dificultam a integração curricular.

Figura 4 – Fragilidades e Desafios na proposta de Integração Curricular



Fonte: Elaborada pelo autor.

A flexibilidade dos currículos de graduação é prevista em lei. Nessa nova ordem nacional, não mais se preconiza os currículos mínimos, com modelo fundamentado por disciplinas e carga horária, mas cria-se a possibilidade de os cursos implementarem projetos pedagógicos que possam considerar os novos modelos da sociedade.

Ficou evidenciado que a distância da proposta escrita do projeto para a prática educativa se deve, especialmente, pela ausência de diálogo entre professores das referidas áreas.

A importância do diálogo frente à proposta curricular não é um fato desconhecido dos docentes envolvidos, no entanto, os sujeitos referem que dificuldades na comunicação se devem ao grande número de outros encargos destinados ao docente, como reuniões administrativas.

Salientou-se que, ainda que haja a tentativa de integrar conteúdos durante o planejamento do semestre, esta proposta não tem continuidade. Interrompe-se o processo quando

se observam aulas absolutamente fragmentadas no que diz respeito à integração, e, conseqüentemente, uma avaliação da aprendizagem individualizada, aos moldes do currículo tradicional.

Sabemos que grande parte dos professores envolvidos no ensino de enfermagem foram formados pelo modo tradicional, bem como os alunos que recebemos ainda são frutos de um modelo tradicional de ensino-aprendizagem. Nesse fato, reside parte das dificuldades de rupturas e formas de superação na dinâmica do ensino composto por professores e estudantes inseridos neste contexto, ora em transformação. O professor atualmente, depara-se com o desafio de formar profissionais numa lógica diferente daquela em que ele próprio foi formado.

Por conseguinte, o papel do professor transpõe a mera transmissão de informações, uma vez que o volume de conhecimento é de tal modo expressivo que se torna impossível a pretensão de transmitir todo o conteúdo para o estudante. É necessário, pois, uma função de orientador do processo de ensino-aprendizagem, estabelecendo uma dinâmica entre o saber e o fazer, entre o teórico e o prático. Portanto, mais do que transmitir conteúdos, é preciso preparar o estudante para que ele busque e construa seu próprio conhecimento.

Os cursos técnicos ou graduação, ao elaborarem seus projetos pedagógicos, precisam considerar as novas necessidades da sociedade, ou seja, trabalho, cidadania, competência, consciência política, realidade do país, com o objetivo de capacitar cidadãos, para áreas específicas de conhecimento, mas também capazes de buscar soluções para os problemas societários.

A resistência à mudança está associada a diversas circunstâncias: falta de adesão ao referencial pedagógico por parte dos docentes; perda de poder; falta de responsabilidade e de apropriação em relação ao processo de mudança; falta de habilidade na aplicação das novas tecnologias pedagógicas; exigência pela adoção da nova metodologia; de maior dedicação de tempo acadêmico e de discussão entre os pares e com os alunos; interpretação da metodologia como fim e não como ferramenta; exigência de maior domínio de conteúdo – tanto técnico quanto pedagógico – e de trabalho em grupo; e maior exposição dos alunos e dos professores.

Estudo realizado por Cavalcante (2012), no mesmo cenário da pesquisa aqui tratada, indica as dificuldades vivenciadas por discentes da instituição pesquisada no que diz respeito ao processo de ensino/aprendizagem. Os achados da pesquisa apontam para: desarticulações da instituição de ensino com os serviços, profissionais, gestores e comunidade;

distanciamento entre teoria e prática; fragmentação e descontextualização do ensino com as práticas em saúde e enfermagem; e uso de metodologias pouco problematizadoras.

Portanto, percebemos que apesar de inovador, o Currículo Integrado exige dos docentes um grande envolvimento no sentido de efetivar o trabalho em equipe, principalmente no que se refere à necessidade de reuniões periódicas entre os docentes, revisão dos conteúdos dos módulos temáticos, além da maior interface com os profissionais dos serviços de saúde locais (ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2008).

Silva e Rodrigues (2008), discutindo a mudança curricular no ensino em enfermagem também apontam que há dificuldade com a questão da incorporação de uma prática interdisciplinar pelos docentes do curso na orientação do processo de formação, sendo esse fato evidenciado pela participação superficial dos docentes na implantação do projeto pedagógico do curso.

Dessa forma, todos os envolvidos podem gradativamente incorporar a nova ideia na sua essência. Toda e qualquer proposta inovadora, para ter bons resultados, precisa considerar tudo e todos, ou seja, o que foi realizado e por quem foi realizado.

Numa proposta em que o ensino-aprendizagem está pautado na integração e na metodologia crítico-reflexiva, é imprescindível que os sujeitos da ação, ou seja, professores e estudantes, desencadeiem a implantação e implementação dessa proposta. Ainda se faz necessário considerar que, neste processo, cada indivíduo tem o seu tempo para assimilar a nova concepção, o qual deve ser respeitada por todos os envolvidos.

A articulação teoria/prática também ultrapassa os muros da escola, através de um processo que possibilita às(aos) alunas(os), docentes e enfermeiras(os) de serviço, o aprender na prática com as experiências que começam pelo fazer, passam pelo saber fazer, para finalmente, refazer.

Esse processo coloca o desafio de teorizar a partir da prática, sem se restringir a hospitais ou laboratórios, mas incorporando os vários locais onde a vida acontece. Espaços estes que se constituem numa fonte rica de aprendizagem. Para isso será necessário o estabelecimento de parcerias e/ou convênios com vistas à articulação e integração docente assistencial, capaz de dar conta da complexidade do desenvolvimento de projetos pedagógicos voltados para as reais condições de vida e saúde da população.

Além destes desafios que são decorrentes da mudança de princípios norteadores, outras dificuldades estão relacionadas às questões de infraestrutura acadêmica e administrativa da instituição, conseqüentes do sucateamento das instituições públicas. Nesse

contexto, houve dificuldade para comparar os resultados obtidos, em virtude de não se ter encontrado, na literatura científica, nenhum estudo que utilizasse a mesma metodologia de custos. Assim, incluiu-se considerações de alguns autores e resultados de pesquisas, julgados importantes para elucidar os resultados.

Para concluir, é necessário explicitar que este estudo não pretende indicar caminhos a serem percorridos pela escola/curso para alcançarem as transformações necessárias para Integração Curricular. Ele sugere a superação das abordagens tradicionais, utilizando abordagem crítica e pós-crítica e a necessidade de mudar paradigmas, fazer rupturas com práticas e crenças que nos impedem de fazer mudanças e enfrentar desafios.

Trata-se, portanto, de uma contribuição ao debate coletivo e crítico, bem como ao favorecimento das bases conceituais para a construção de um projeto maior que é o de fazer uma nova Enfermagem.

Nos discursos analisados pudemos observar que alguns docentes alternam suas falar, ora são fragilidades como falta de identificação docente com a proposta e adequação para o seu desenvolvimento, ora desafios a serem superados como a formação continuada sobre Currículo e estratégias de ensino e tempo pedagógico necessário.

Finalizando as discussões, percebeu-se que o percurso metodológico utilizado foi o adequado para atingir os objetivos propostos. Conseguiu-se responder as questões norteadoras do estudo mencionadas na introdução, e através da coleta de dados, foi possível a identificação e a consolidação de algumas constatações, o que nos permitiu encontrar as respostas que buscávamos.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou analisar a organização, desenvolvimento e avaliação do Currículo Integrado do Curso Técnico em Enfermagem de uma escola de Educação Profissional da rede estadual da cidade de Crateús - Ceará e identificar as suas fragilidades e potencialidades.

Este trabalho constituiu um grande desafio para o pesquisador, haja vista que o mesmo não tinha conhecimento de quais documentos a SEDUC iria disponibilizar. Foram analisados 03 documentos: Referenciais para EEEPs, Projeto Político Pedagógico da EEEP Manoel Mano e Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem, além dos entrevistados.

A experiência como docente, juntamente com alguns enfermeiros que também exerceram a mesma função na instituição, fez gerar algumas inquietações quando da constante proposta de Integração Curricular. Algumas dessas inquietações foram respondidas através

da análise desta pesquisa, outras anunciam o limite da pesquisa documental e as possibilidades de pesquisas futuras.

A análise do PPP e do PPC evidencia a preocupação institucional em construir um currículo que venha superar, ou minorar, a histórica dualidade na educação brasileira. Nesta perspectiva, a instituição procura articular a formação geral e a profissional, por meio do EMI. Entretanto, enfatizamos que não é uma tarefa fácil pôr em prática os fundamentos e princípios do Currículo Integrado apresentados nos documentos do EEEP Manoel Mano e nos documentos da SEDUC.

Lembremos as incoerências entre os princípios do Currículo Integrado, expostos no PPP e o PPC que analisamos. Nestes, em alguns casos, salta aos olhos a preocupação com a formação para o mercado de trabalho, embora neles esteja destacada a formação. A ausência de diálogos entre os componentes curriculares da formação científica e a profissional também pode ser verificada, caso analisemos as ementas das disciplinas do Curso Técnico em Enfermagem.

Contudo, vale ressaltar que essas dificuldades e incongruências apontadas não se restringem a EEEP Manoel Mano. Impasses para a tão propalada travessia para uma formação integral também são destacados nas investigações realizadas em outras instituições de EPT nas esferas estaduais e federal.

Existem avanços em direção ao Currículo Integrado, ao mesmo tempo que encontramos as dificuldades e desafios a serem superados. Ao analisarmos os documentos elaborado pela Secretaria de Educação do Estado do Ceará, constatamos que, nas propostas pedagógicas do curso investigado, há uma integração parcial e circunstancial.

As falas dos entrevistados apontaram como possibilidades de integração curricular: As Tendências Pedagógicas e a Proposta Pedagógica, o protagonismo docente, o planejamento coletivo, uso de metodologias ativas e processo avaliativo.

A “travessia para a formação humana integral” alicerçada pelo EMI, não se dá sem fragilidades e desafios. Os participantes apresentaram algumas dessas dificuldades e desafios: fragmentação curricular, educação continuada, formação docente, ausência de identitário à proposta curricular, estrutura física e recursos financeiros.

A literatura nos mostra que há um movimento de mudança na formação de profissionais brasileiros e que se vivenciam processos inovadores, entre os quais a organização de currículos integrados tem sido a alternativa mais evidente. Entendemos que as alternativas inovadoras são importantes aportes teórico metodológicos, mas que as escolas devem

criar suas alternativas de mudança considerando suas potencialidades e dificuldades, pois o êxito da mudança está diretamente relacionado a estes dois aspectos.

Esta pesquisa mostrou importantes aspectos ou tendências da formação que podem constituir-se em documento de orientação aos Cursos de Enfermagem quando da discussão e reformulação de seus projetos político-pedagógicos e curriculares.

A elaboração desta dissertação foi uma experiência valorosa, bastante enriquecedora, possibilitando a ampliação de conhecimento do pesquisador sobre o objeto de estudo e a percepção de que existe uma literatura atual escassa sobre a temática em questão.

Os resultados desta pesquisa levam-nos (re)pensar sobre futuras reformas curriculares, visando uma matriz atual e que valorize a formação em Currículo Integrado.

Espera-se ainda que possibilite reflexões para implantações de formações continuadas para os professores, especializações, entre outras estratégias, não apenas para a instituição que fez parte deste estudo, mas todas que se sentirem contempladas por ele.

E por fim, espera-se que este estudo seja base para futuras pesquisas, dissertações e teses e que enriqueçam ainda mais essa área de estudo.

Por essa perspectiva, entendemos que o currículo existente hoje é produto de lutas e contradições sociais. Acreditemos na capacidade coletiva e aguerrida de defender ideias e de propor para a construção de novas possibilidades curriculares. O novo nasce do velho, daquilo que sabemos. A fórmula não existe e o pronto nunca existirá.

Parafraseando a curricularista Ramos (2010), sejamos pessimistas na inteligência e otimistas na vontade. O pessimismo da inteligência não quer dizer que nada daria certo ao contrário, significa sermos capazes de identificarmos situações adversas para não criarmos mitos. Enquanto o otimismo da vontade é a reunião da energia que nos alimenta para perseguirmos a utopia e novos caminhos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; CAMPOS, José Carlos Lima de. Saúde Mental no Currículo Integrado do Curso de Enfermagem do UNIFESO: diversificação de cenários e de estratégias de ensino-aprendizagem. **R. pesq.: Cuid. Fundam. Online**, v. 2, n. 4, p. 1516-1527, out./dez. 2010.

ALMEIDA, Henriqueta Galvanin Guidio de; FERREIRA FILHO, Olavo Franco. Educação permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 2, p. 240-247, 2008.

- ALTHUSSER, L. **Aparelhos Ideológicos de Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- ALVES, Renata Moraes; ALVES, Jakeline Barbara; MENEZES, Maria Helena Dantas de; MORAES, Aluana. Estratégias de ensino e aprendizagem no internato hospitalar de enfermagem de um Currículo Integrado. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 11, p. 4289-4297, nov. 2017.
- APPLE, M. W. **Ideologia e Currículo**. Portugal: Porto LDA. 1999.
- APPLE, M. W. Repensando Ideologia e Currículo. In: MOREIRA, Antônio F.; SILVA, T. T. (orgs.). **Currículo, Cultura e Sociedade**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- BARACHO, Maria das Graças; MOURA, Dante Henrique; PEREIRA, Ulisséia Ávila; SILVA, Antônia Francimar da. Algumas reflexões e proposições acerca do ensino médio integrado à educação profissional técnica de nível médio. IN: **Ensino médio integrado à educação profissional: integrar para quê?** Brasília: Ministério da Educação, 2006.
- BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; TERRA, M. G.; CAMPONAGARA, S.; PADOIN, S. M. M.; BLOIS, J. M. Participação na construção de um projeto político pedagógico na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, p. 405-408, 2003.
- BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008**. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Brasília, 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio em Debate**. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=6695-dcn-pa-raeducacao-profissional-debate&category_slug=setembro-2010-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 07 mar. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 2.208/97 de 17 de abril de 1997. Regulamenta o parágrafo 2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de abr. 1997.
- BRASIL. **Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004**. Regulamenta o §2º. do art.36 e os arts. 36 a 42 da lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e dá outras providências. Disponível em: <http://www.legislação.planalto.gov.br>. Acesso em: 07 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Educação Profissional Técnica de Nível Médio Integrada ao Ensino Médio**: documento base. Brasília: MEC, 2007.

BOBROFF, Maria Cristina Cescatto; GORDAN, Pedro A.; GARANHANI, Mara Lúcia. Custos educacionais totais de Currículo Integrado de enfermagem. **Online Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.1, jan./fev. 2009.

BURGATTI, Juliane Cristina; BRACIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Problemas éticos vivenciados no estágio curricular supervisionado em Enfermagem de um Currículo Integrado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 937-942, 2013.

CARDOZO, G. L. O pós-estruturalismo e suas influências nas práticas educacionais: a pesquisa, o currículo e a “desconstrução”. **Pensares em Revist.**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 118-134, jan./jul. 2014.

CARMO, L. P. **A Escola que queremos**: uma construção coletiva. Fortaleza: SEDUC, CETREDE, 2003.

CARVALHO, R. T. **Discursos pela interculturalidade no campo curricular da educação de jovens e adultos no Brasil nos anos 1990**. Recife: UPEP/UFPE, 2004.

CEARÁ. Secretaria da Educação. **Documento Referenciais para a oferta do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional da Rede Estadual de Ensino do Ceará**. Fortaleza, 2010.

CEARÁ. Secretaria da Educação. **Manual de Orientações para Elaboração dos Instrumentos para Gestão Escolar**. Conselho de Educação do Ceará, 2005, 56p.

CEARÁ. Secretaria da Educação. **Plano de Curso. Curso técnico de nível médio em enfermagem**. Fortaleza: Secretaria da Educação, 2018. 198p.

CEARÁ. Secretaria da Educação. **Projeto Político Pedagógico**. EEEP Manoel Mano. Crateús, 2015.

CEARÁ. Secretaria da Educação. **Referenciais para as escolas de educação profissional do Ceará**. Secretaria da Educação. Coordenadoria de Educação Profissional. Fortaleza: 2014, 53p.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

CIAVATTA, M. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. In: FRIGOTTO, G.; RAMOS, M.; CIAVATTA, M. (Org.). **Ensino Médio Integrado: concepção e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005. p. 83-105.

COSTA, Helena Oliveira Gonçalves. **Diretrizes curriculares: a experiência da Escola de Enfermagem da UFBA.** Brasília: Boletim Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem, 2012.

COSTA, Talita Vidotte; GUARIENTE, Maria Helena Dantas de Menezes. Enfermeiros egressos do Currículo Integrado: inserção e atuação profissional. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 1 p. 77-85, jan., 2017.

CUNHA, Luiz Antônio. **O ensino de ofícios artesanais e manufaturas no Brasil escravocrata.** São Paulo: UNESP, 2000.

DELUIZ, N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Bol. Téc. SENAC**, v. 27, n. 3, 2001.

DELUIZ, N.; NOVICKI, Victor. Trabalho, meio ambiente e desenvolvimento sustentável: implicações para uma proposta de formação crítica. **Boletim Técnico do Senac.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 19-24, mai./ago., 2004.

DIAS-DA-SILVA, M.H.G.F. O Professor e Seu Desenvolvimento Profissional: Superando A Visão do Algoz Incompetente. **Caderno CEDES**, Campinas, v. 1, n. 44, p. 33-45, 1998.

DUMÊT, Josicélia Fernandes; XAVIER, Iara de Moraes; CERIBELLI, Maria Isabel Pedreira de Freitas; BIANCO, Maria Helena Cappo; MAEDA, Dirce; RODRIGUES, Michele V. de C. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.39, n. 4, dez, 2005.

EYNG, Ana Maria. **Currículo Escolar.** Curitiba: IBPEX, 2007.

EYNG, Ana Maria. Currículo e avaliação: duas faces da mesma moeda na garantia do direito à educação de qualidade social. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 15, n. 44, p. 133-155, jan./abr. 2015.

FERNANDES, J. D.; FERREIRA, S. L. A.; OLIVA, D. S. R.; SANTOS, M. P.; COSTA,

H. O. G. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Rev Bras. Enferm.**, v. 56, n. 4, p. 392-395, 2003.

FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A política de educação. profissional no governo Lula: um percurso histórico controvertido. **Revista Educação & Sociedade.**

v. 26, n. 92. p. 1092-1093, out. 2005. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 01 mar 2018.

FONSECA, José Saraiva da. **Metodologia da Pesquisa Científica.** Fortaleza: UECE, 2002.

GADOTTI, Moacir. **Pedagogia da práxis.** 2. ed. São Paulo: Cortez 1998.

- GADOTTI, Moacir. Tese em defesa de um sistema único, nacional e popular de educação pública". In: GADOTTI, Moacir. **Uma só escola para todos: caminhos da autonomia escolar**. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 166-183.
- GANDIN, L. A. **A prática do planejamento participativo**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- GADOTTI, Moacir. Michael Apple: a educação sob a ótica da análise relacional. In: REGO, Teresa Cristina (org.). **Currículo e política educacional**. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 23-49.
- GARANHANI, Mara Lúcia Elizabeth; VALLE, Ranier Martins do. O olhar do aluno habitando um Currículo Integrado de enfermagem: uma análise existencial. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 11 (suplem.), p. 87-94, 2012.
- GILES, Thomas Ransom. A escola laboratório social: John Dewey. In: GILES, Thomas Ransom. **História da Educação**. São Paulo: EPU, 1987. p. 259-264.
- GODOY, C.B. Construindo uma nova proposta pedagógica no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. **Rev Bras Enferm.**, v. 54, n. 4, p. 568-577, out./dez., 2001.
- GOMES, A.P. **Olhando o sistema de avaliação discente com os óculos da mudança: aprender a ver, aprender a avaliar**. 2006. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- IDE, Cilene Aparecida Costardi; ARANTES, Sandra Lucia; MENDONÇA, Margarete Knoch; SILVA, Vilma Ribeiro da; DEL CORONA, Arminda Rezende de Pádua.
- Avaliação da implantação do Currículo Integrado no programa de graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 4, p. 340-247, 2014.
- KUENZER, Acacia. **Ensino Médio: construindo uma proposta para os que vivem do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2007.
- LALUNA, Maria Cristina Martinez Capel; FERRAZ, Clarice Aparecida. Currículo Integrado: analisando o desempenho do planejamento participativo. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 230-239, jun., 2006.
- LILLEMOEN, L.; PEDERSEN, R. Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. **Nursing ethics**, v. 20, n. 1, p. 96-108, 2012.
- LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.
- MANFREDI, Silvia Maria. **Educação Profissional no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2002.
- MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v.17, n.4, out./dez. 2008.

- MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- MIRANDA, Simão de. **Como se tornar um educador de sucesso: dicas, conselhos, propostas e ideias para potencializar a aprendizagem**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- MOHER, D.; TETZLAFF, J.; TRICCO, A. C.; SAMPSON, M.; ALTMAN, D. G.
Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews. **PLoS Med.**, v. 4, n. 3, mar., 2010.
- MOREIRA, A. F. B. Currículo, utopia e pós-modernidade In: MOREIRA, Antônio Flávio B. (Orgs.). **Currículo: Questões atuais**. São Paulo: Papirus, 2003.
- OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2014.
- OPITZ, S. P.; MARTINS, J.T.; TELLES FILHO, P.C.P.; SILVA, A.E.B.C. da;
TEIXEIRA, T.C.A. O Currículo Integrado na graduação em enfermagem: entre o ethos tradicional e o de ruptura. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 314-319, 2008.
- PARASKEVA, J. M. Currículo: necessidade ou não deu uma definição. In: SEMINÁRIO TEORIA CURRICULAR, 1., 2005. Pelotas, **Anais...** Pelotas: Ufpel, 2005.
- PIMENTA, S.G. Formação de professores: Identidade e saberes da docência. In: PIMENTA, S.G. (Org.). **Saberes pedagógicos e atividade docente**. São Paulo: Cortez, 1999.
- PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.
- PONCE DE LEON, Cassandra G. R. M.; SILVA, César C. Formação de formadores: a prática educativa de um programa de pós-graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 5, p. 636-641, 2006.
- RAMOS, Marise Nogueira. O Projeto Unitário de Ensino Médio sob os Princípios do Trabalho, da Ciência e da Cultura. In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. (org.). **Ensino Médio: Ciência, Cultura e Trabalho**. Brasília: MEC, SEMTEC, 2010.
- RAMOS, Marise Nogueira. Possibilidades e Desafios na Organização do Currículo Integrado. In: RAMOS, Marise N. (Org.); FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.); CIAVATTA, Maria (Org.) **Ensino Médio Integrado: Concepção e Contradições**. São Paulo: Cortez, 2005, p. 106-127.
- SCARAMAL, Dayane Aparecida; DELLAROZA, Mara Solange Gomes; VANNUCHI Marli Terezinha Oliveira; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. Satisfação de docentes do Currículo Integrado de enfermagem de uma universidade estadual. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017.

SILVA, Paulo Sérgio da; DIAS, Suelen Lacerda; HENRIQUES, Janine de Carvalho Freitas; SOARES, Elizane Ferreira; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Discurso sobre anatomia humana no Currículo Integrado de enfermagem **Rev. pesq.: cuid. fundam. Online**, v. 5, n. 1, p. 3136-3149, jan./mar. 2013.

SILVA, Rosiele Pinho Gonzaga da; RODRIGUES, Rosa Maria. Mudança curricular: desafios de um curso de graduação enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. 2, p. 233-238, 2008.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **O currículo como fetiche: a poética e a política do texto curricular**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SOARES, Érica Beranger Silva; PEREIRA Alana Deusilan Sester; SUZUKI, Jaqueline Akemi; EMMENDOERFER, Magnus Luiz. Análises de Dados Qualitativos: Intersecções e Diferenças em Pesquisas Sobre Administração Pública. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DA ANPAD, 1., 2011. Joao Pessoa, **Anais...** Joao Pessoa: EnEPQ, 2011.

SZYMANSKI, Heloisa. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Liber Livro, 2004.

TAVARES, Claudia Mara de Melo. Integração curricular no curso de graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 401-404, jul./ago., 2003.

TRAD, L. A. B. Grupos Focais: Conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com uso da técnica em pesquisa de saúde. **Physis Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VEIGA, I. P. A. **Projeto Político-Pedagógico da escola: uma construção possível**.

10. ed. Campinas, SP: Papirus, 2000.

CAPÍTULO 4

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOCENTES SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS ENFERMAGEM

TEACHING CONCEPTIONS AND PRACTICES ABOUT ACTIVE NURSING METHODOLOGIES

Ana Luiza Barbosa Negreiros
Jean Carlos Souza Silva
Cleide Carneiro
Meirecele Caliope Leitinho

RESUMO

Este estudo buscou descrever saberes e práticas dos docentes de cursos de graduação em Enfermagem do Estado do Piauí sobre Metodologias Ativas. Trata-se de uma pesquisa de campo, do tipo exploratória, de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Universidade Estadual e na Universidade Federal em Picos-PI. Os sujeitos da pesquisa foram dezesseis docentes das duas instituições. A coleta de dados aconteceu por meio de dois instrumentos, um questionário com perguntas abertas e outro com perguntas objetivas que explicitaram o grau de importância que os docentes dão às Metodologias Ativas. O método de análise foi quantitativo através do editor de planilhas *Microsoft Office Excel 2010*. Os dados foram tratados segundo informações estatísticas de frequência e cruzamentos de respostas. As metodologias ativas (MA) estão apoiadas numa proposta de ensino inovador que estimula o estudante a ser tornar protagonista na construção do seu conhecimento rompendo com um modelo tradicional de educação que não coloca o aluno como o centro processo educativo. Os resultados apontaram que a maior parte dos docentes conhecem e entendem adequadamente MA; Menos da metade consideram as MA muito importantes, outros acreditam que as metodologias ativas são viáveis de utilização, entretanto apenas uma pequena parte afirmou utilizarem métodos ativos em suas práticas. Quantidade considerável de professores afirmou que uso de MA é viável desde que recebam capacitação para utilizá-las. A maioria referiu que usam predominantemente métodos tradicionais de ensino, embora concordem que os métodos inovadores sejam muito importantes para a formação do enfermeiro. O estudo revelou que não basta apenas conhecer e compreender os métodos ativos como formas otimizadoras do ensino. É necessário um alinhamento entre a proposta pedagógica do curso e a capacitação do professor sobre como usar os métodos. Além disso, é preciso que o docente saia da sua zona de conforto adequando, ampliando ou modificando suas práticas a fim de ser agente de transformação no ensino em enfermagem do qual os egressos atinjam o perfil de excelência para atuar nos serviços de saúde de forma humanizada e competente.

Palavras-chave: Metodologias Ativas. Aprendizagem Significativa. Metodologia da problematização.

ABSTRACT

This study aimed to describe the knowledge and practices of undergraduate nursing teachers in the State of Piauí on Active Methodologies. It is a field research, exploratory type, quantitative approach. The research was carried out at the State University and the Federal University in Picos-PI. The subjects of the research were sixteen professors of the two institutions. The data collection took place through two instruments, a questionnaire with open questions and another with objective questions that explained the degree of importance that the teachers give to the Active Methodologies. The method of analysis was quantitative using the Microsoft Office Excel 2010 spreadsheet editor. The data was handled according to frequency statistics and cross-answers. The active methodologies (AM) are supported by a proposal of innovative teaching that stimulates the student to become protagonist in the construction of his knowledge breaking with a traditional model of education that does not place the student as the center educational process. The results showed that most teachers are familiar with and understand AM. Less than half consider AM to be very important, others believe that active methodologies are feasible to use, however only a small part claim to use active methods in their practices. Considerable numbers of teachers stated that

AM use is feasible as long as they are empowered to use them. Most said that they predominantly use traditional teaching methods, although they agree that innovative methods are very important for nurses' training. The study revealed that it is not enough just to know and understand active methods as optimizing forms of teaching. It is necessary to align the pedagogical proposal of the course with the teacher's training on how to use the methods. In addition, it is necessary for the teacher to leave their comfort zone by adapting, expanding or modifying their practices in order to be an agent of transformation in nursing teaching, in which the graduates reach the profile of excellence to act in the health services in a humanized way and competent.

Keywords: Active Methodologies. Meaningful Learning. Methodology of problematization.

1 INTRODUÇÃO

Conservadoras (tradicionais), alegando-se a necessidade do amplo conhecimento técnico tendenciado pelo estudo fragmentado e reducionista (CAPRA, 2006).

O processo ensino-aprendizagem tem se restringido, muitas vezes, à reprodução do conhecimento, no qual o docente assume o papel de transmissor de conteúdos, ao passo que o discente deve se comportar como mero receptáculo e repetidor dos conceitos que se exige assimilar, numa atitude total de submissão e passividade (MITRE et. al, 2008). No entanto, as transformações sociais recentes têm colocado em dúvida a eficácia do modelo de aprendizagem até então usado em muitas instituições de ensino superior espalhadas pelo país.

O estudo da psicologia do aprendizado do adulto sugere que este é motivado a aprender, quando participa ativamente na incorporação do conhecimento, quando se serve de experiências prévias e quando a aprendizagem pode ser aplicada a situações reais. Todavia, a lacuna que separa o que é estudado em uma sala de aula do que é vivenciado em um ambiente de problemática real é muitas vezes intransponível a muitos alunos, já que o material aprendido nem sempre está acessível para uso, porque muitas vezes o que foi aprendido é esquecido. O esquecimento do material aprendido acontece sempre que ele não é exercitado de algum modo (BUGELSKI, 1978).

Na relação do aluno com o conteúdo da aprendizagem, o professor exerce duas funções específicas: motivar a aprendizagem e reforçar o conhecimento adquirido. Uma terceira função pode ser intercalada entre essas duas: preparar os dispositivos, os estímulos e as oportunidades necessárias ao aprendizado (FREIRE, 1987).

É nítida a dificuldade dos professores para desempenhar um papel relevante na mudança educativa e em seus métodos de ensino, porque a maioria que compõe o corpo docente de uma instituição é fruto de uma formação universitária de tendência instrucionista. Além disso, a tarefa transcende as possibilidades de uma reforma educativa, visto não

se tratar apenas de impor uma mudança nos métodos de ensino já consolidados por esses professores, mas sim de conscientizá-los da natureza dos acertos e insuficiências de sua função (SCHILLING, 1998).

A reflexão docente é uma ferramenta indispensável para enfrentar as problemáticas situações do ensino, porém, para que tal mudança ocorra é necessário inculcar nos professores pressupostos construtivistas de que o desenvolvimento da inteligência é determinado pelas ações mútuas entre o indivíduo e o meio e direcionar as atividades docentes para fazer com que o aluno responda aos estímulos externos, atuando sobre eles, para construir e organizar o seu próprio conhecimento (BECKER, 1994).

É consenso que atualmente, há uma inadequação no aparelho formador de profissionais de saúde frente às demandas sociais, sendo, portanto, urgente, a necessidade de se encontrar novas formas de trabalhar o conhecimento. É nesse contexto que surge o conceito de metodologias ativas, cujo estudo vem se intensificando ao longo dos anos, com o objetivo de estimular o educando a buscar autonomia na construção do conhecimento.

Farias, *et. al.* (2015), define metodologias ativas como o processo em que os estudantes desenvolvem atividades que necessitam de reflexão de ideias e desenvolvimento da capacidade de usá-las. O professor deixa de ocupar um papel de destaque central perante o estudante, tornando-se apenas um facilitador.

Experiências norte-americanas demonstram que a utilização dessas metodologias têm se revelado muito satisfatórias. De acordo com o estudo de Damjanov *et. al.* (2005), um bom exemplo foi a experiência realizada no Jefferson Medical College (JMC), na Pensilvânia, EUA. As turmas foram reduzidas e passou-se a utilizar grupos de discussão sobre estudos de caso, além de se reduzir o número de alunos em cada turma.

A Avaliação mostrou que os resultados foram bastante eficazes ao ser feita a comparação com alunos de outra escola, National Board of Medical Examiners (NBME), na observação das notas obtidas na média nacional comparando-se ambos os grupos. Os autores encontraram resultados superiores desde o primeiro ano de implantação do novo currículo, demonstrando que as metodologias ativas podem resultar em benefícios diretos ao estudante e, conseqüentemente, à população (FARIAS *et. al.*, 2015).

O uso alternado de diversos métodos de ensino pode levar a melhores resultados de aprendizagem. O conhecimento das estratégias de aprendizagem por parte do educando pode capacitá-lo indiretamente na escolha das melhores estratégias para a resolução de problemas, nesse sentido, é urgente a necessidade de tornar o aluno um ser ativo na

construção do conhecimento, levando-o a autonomia na busca do saber e na compreensão crítica do estudo.

Portanto, faz-se necessária à utilização de novos métodos de aprendizagem que incentivam ao aprendizado prefigurado centralmente pelo estudante, os quais já são uma realidade em diversas partes do mundo, e, embora possa haver alguma limitação, os resultados parecem ser motivadores e favorecem a autonomia do educando.

Durante a parte teórica do curso de Mestrado em Ensino na Saúde, chamou muito minha atenção a linha de pesquisa relacionada a Desenho e Avaliação de Programas Educacionais especialmente durante Módulo teórico „Metodologias Ativas“ cuja apresentação desenvolveu nos cursistas uma nova perspectiva em docência na saúde por meio do estímulo a autonomia do discente ao mesmo tempo em que incentivou a raciocínio através da aprendizagem baseada em problemas e problematização de situações do cotidiano profissional, isso motivou o meu desejo de pesquisar mais sobre métodos ativos de aprendizagem e sobre a utilização deles por docentes de Enfermagem.

Além disso, durante minha experiência na docência em Enfermagem na Universidade Estadual do Piauí e na Universidade Federal do Piauí, campus de Picos, observei que muitos professores assumem a prática pedagógica centralizada no professor, como pouca ou nenhuma ênfase na autonomia do aluno, este fato também corroborou para aprofundar conhecimentos a respeito dos saberes dos docentes sobre as Metodologias Ativas e como são as práticas usadas em sala de aula no cotidiano pedagógico desses profissionais.

Numa sondagem inicial em minha vivência profissional, pude observar que muitos docentes dos cursos não aplicam metodologias ativas, surgiu assim meu interesse em investigar a temática desse trabalho.

Logo, a questão central do estudo é entender como os docentes que atuam nos cursos de graduação em Enfermagem compreendem as metodologias ativas no contexto destes cursos. As interrogações que surgiram desta foram: os docentes investigados identificam nas metodologias ativas uma contribuição à formação profissional na área de enfermagem que integra pensamentos e ação dos discentes? De que forma se dá o exercício das metodologias ativas pelos professores de Enfermagem em Picos- PI?

Os pressupostos teóricos advindos da interrogação da pesquisa são: o uso de metodologias ativas potencializa o ensino e aprendizagem e contribuem para a aprendizagem significativa dos alunos de graduação em enfermagem; A utilização de metodologias ativas coloca o aluno em contato com a realidade profissional, levando a pensar de forma objetiva

em como resolver situações reais. Os alunos se tornam mais autônomos na busca pelo conhecimento quando metodologias ativas são utilizadas no cotidiano pedagógico.

Este trabalho envolve a docência no ensino superior, saberes pedagógicos e científicos voltados para a utilização de Metodologias Ativas, bem como conceitos e estratégias didático-pedagógicas no cotidiano de professores da graduação em Enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Descrever saberes e práticas dos docentes de cursos de graduação em Enfermagem do Estado do Piauí sobre Metodologias Ativas.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Explicitar o conhecimento dos docentes sobre as metodologias ativas para formação de enfermeiros;
- b) Compreender como as metodologias ativas são desenvolvidas pelos docentes no processo de formação da área de Enfermagem;
- c) Identificar de que forma se dá o exercício das metodologias ativas pelos docentes.

3 ESTADO DA QUESTÃO

Este capítulo trata do Estado da Questão (EQ) sobre as Metodologias Ativas usadas em cursos de graduação em Enfermagem, com fins de evidenciar o que já foi investigado cientificamente sobre o objeto de estudo.

O “Estado da Questão” tem por finalidade levar o pesquisador a fazer um registro rigoroso por meio de um levantamento bibliográfico para saber como se encontra o tema ou objeto de estudo de sua pesquisa, no estado atual da ciência a seu alcance. (NÓBREGA-TERRIEN; TERRIEN, 2004).

Nóbrega-Therrien; Therrien (2004) afirmam que o EQ serve para delimitar e caracterizar o objeto específico de investigação de interesse do pesquisador e a consequente identificação e definição das categorias centrais da abordagem teórico-metodológica.

Silva (2014) confirma o pensamento dos autores ao enfatizar a importância de incluir em Dissertações e Teses um aprofundamento sobre o objeto de estudo através da elaboração do E.Q:

“os autores ainda referem que a compreensão de construção do Estado da Questão em trabalhos científicos passou a ser mais estudada e difundida entre seus orientandos após a publicação de um estudo, de sua autoria, sobre essa temática,

no ano de 2004. A partir de então, surgiram algumas experiências com alunos dos cursos de pós-graduação que impeliram os referidos autores a solicitar aos seus orientandos a inclusão do Estado da Questão em suas dissertações e teses. Com base nesse contexto, novas experiências com alunos sobre a utilização do Estado da Questão foram e ainda estão sendo incorporadas nos Programas de Pós-graduações da UECE (Universidade Estadual do Ceará), de modo que, os que vivenciaram esse caminho na elaboração do seu trabalho científico o avaliaram como “uma importante ajuda na condução dos seus objetos de investigação e, conseqüentemente, no desenvolvimento de suas teses” (NÓBREGA-TERRIEN; TERRIEN (2004), APUD, SILVA (2014)

Silva (2014) afirma ainda que o E. Q. traz “*esclarecimento da posição do pesquisador e de seu objeto de estudo na produção de um texto narrativo, trazendo a concepção de ciência e a contribuição epistêmica do mesmo no campo do conhecimento.*” A pesquisa se utiliza do E. Q. como fonte que permite uma abrangência a respeito do que vem sendo analisado e produzido cientificamente sobre o objeto estudado, por meio de um criterioso levantamento.

Vale observar a classificação que Nóbrega-Therrien; Therrien (2004) fazem sobre os principais tipos de pesquisas bibliográficas, incluindo o Estado da Questão, Estado da Arte e Revisão de Literatura como podemos observa na FIGURA 1 a seguir:

Figura 1 - Diferenciação entre Estado da Questão, Estado da Arte e Revisão da literatura.

Características	Estado da Questão	Estado da Arte	Revisão de Literatura
Objetivos	Delimitar e caracterizar o objeto (específico) de investigação de interesse do pesquisador e a conseqüente identificação e definição das categorias centrais da abordagem teórico-metodológica.	Mapear e discutir uma certa produção científica/acadêmica em determinado campo do conhecimento.	Desenvolver a base teórica de sustentação/análise do estudo, ou seja, a definição das categorias centrais da investigação.
Procedimentos	Levantamento bibliográfico seletivo para identificar, situar e definir o objeto de investigação e as categorias de análise.	Levantamento bibliográfico em resumos e catálogos de fontes relacionados a um campo de investigação.	Levantamento bibliográfico para a compreensão e explicitação de teorias e categorias relacionadas ao objeto de investigação identificado.
Fontes Consulta	Teses, dissertações, relatórios de pesquisa e estudos teóricos.	Predominantemente resumos e catálogos de fontes de produção científica.	Teses, dissertações, relatórios de pesquisa e estudos teóricos.
Resultados	Clareia e delimita a contribuição original do estudo no campo científico.	Inventário descritivo da produção acadêmica e científica sobre o tema investigado.	Identifica o referencial de análise dos dados.

Fonte: Nóbrega-Therrien; Therrien (2004)

Os mesmos autores diferenciam os três principais tipos de pesquisa bibliográfica quanto ao procedimento, afirmando que o E.Q. identifica, situa e define o objeto de estudo e os itens de análise, fazendo desta modalidade de pesquisa uma forma muito proveitosa de investigação textual sobre o tema pesquisado.

3.2 Passos para a organização do estado da questão:

A organização do E.Q foi realizada inicialmente através da pesquisa nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) de termos relacionados ao objeto de estudo, usando como palavras-chave Metodologias Ativas e Educação em Enfermagem.

Os bancos de dados utilizados foram: LILACS e BDNF acessados através do Portal da BIREME. Pesquisaram-se os termos separadamente em seguida adotou-se como critério de inclusão: publicações que possuíssem textos completos em Português e com data de publicação entre 2012 a 2017, cujo tema principal correspondesse ao descritor ou palavra-chave utilizada. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, artigos que não pertenciam à área da saúde ou que não atendessem a demanda bibliográfica dessa pesquisa.

A busca resultou em sessenta (60) artigos, os quais após refinamento usando como filtros textos completos e em Português, dos últimos cinco anos, restaram vinte e um artigos (21). Após a exclusão de artigos repetidos ou que não se encaixavam na demanda da pesquisa, restaram quatorze (14) estudos.

Procedeu-se com a organização dos estudos da seguinte forma: mapeamento dos artigos por ano, autores, título e periódico sequenciando-os em ordem de publicação do mais recente para o mais antigo dentro do recorte temporal que foi definido no critério de inclusão (QUADRO 1), apresentação da metodologia utilizada em cada estudo (QUADRO 2) e a síntese das publicações de forma a apresentar uma descrição sucinta e o produto de cada trabalho. (QUADRO 3).

3.3 Resultados dos estudos

Após a busca no portal da BIREME nas bases de dados BDNF e LILACS foi realizada a compilação dos achados, procedeu-se com a organização dos mesmos em quadros para posterior análise dos estudos.

MAPEAMENTO DOS ARTIGOS POR ANO, AUTORES, TÍTULO E PERIÓDICO.

O quadro 1 a seguir mostra de forma detalhada os dados sobre os estudos encontrados de acordo com os critérios determinados para o objeto de investigação.

As publicações científicas têm como principal objetivo divulgar para a comunidade acadêmica e comunidade em geral o resultado dos estudos a fim de tornar público o produto dos estudos democratizando assim o acesso ao conhecimento científico. (BROFMAN, 2011).

Na busca para a construção do Estado da Questão sobre Metodologias Ativas na Enfermagem, pode-se observar que este tema possui estudos em diversas partes do Brasil, sendo que a região nordeste liderou as pesquisas com 50% das publicações, seguida pela região sudeste, com 28,5% dos estudos, a sul com 14,28% e por último a região norte com 7,15% das publicações.

Percebeu-se que as revistas escolhidas para a publicização das informações são bastante conceituadas no universo acadêmico respaldando assim a confiabilidade das informações contidas em cada trabalho.

METODOLOGIA UTILIZADA EM CADA ESTUDO

O Quadro 2 apresenta o quantitativo por tipo de metodologia presente nos estudos relacionados. Preferiu-se apresentar os resultados em valores percentuais, a fim de obter uma melhor compreensão do todo pesquisa e assim poder estabelecer relação entre a amostra e os resultados obtidos.

Quadro 2 – Metodologia dos estudos mapeados.

METODOLOGIA	QUANTIDADE DE ARTIGOS	PERCENTUAL
Relato de experiência	4	28,58%
Pesquisa exploratório- Descritiva	3	21,42%
Resenha	1	7,14%
Descritivo-reflexivo	4	28,58%
Revisão integrativa da Literatura	1	7,14%
Estudo de caso	1	7,14%
Total	14	100%

Fonte: elaborado pela autora

Observou-se que 28,58% dos trabalhos eram do tipo relato de experiência que é uma modalidade de trabalho cuja principal finalidade é descrever a experiência de forma que ela possa contribuir para a área de atuação profissional. A pesquisa exploratória descritiva representou 21,42% e o estudo descritivo reflexivo representou 28,58%. A pesquisa exploratória de acordo com Gil (2010) tem como finalidade *“proporcionar uma maior familiaridade com o problema, com vistas a torna-lo mais explícito ou a construir hipóteses.”* Já o estudo descritivo para Vergara (1998, p.45) *“expõe características de uma determinada população ou de determinado fenômeno, podendo também estabelecer correlações entre as variáveis e definir sua natureza”*.

A revisão integrativa da literatura ocorreu em 7,14% dos estudos pesquisados. Essa é uma modalidade de pesquisa que visa reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre um delimitado tema ou questão. (MENDES et al. 2008).

O estudo de caso representou 7,14% dos tipos de trabalhos relacionados demonstrando ser uma modalidade pouco utilizada nos artigos publicados. O estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência. (YIN, 2005, p.32).

De acordo com Cesar (2005), existe resistência com relação ao uso desse método:

Os preconceitos existentes em relação ao Método do Estudo de Caso são externalizados em afirmativas como: os dados podem ser facilmente distorcidos ao bel prazer do pesquisador, para ilustrar questões de maneira mais efetiva; os estudos de caso não fornecem base para generalizações científicas; a afirmação de que estudos de caso demoram muito e acabam gerando inclusão de documentos e relatórios que não permitem objetividade para análise dos dados. (CESAR, 2005).

A mesma autora afirma que *“estas questões podem estar presentes em outros métodos de investigação científica se o pesquisador não tiver treino ou as habilidades necessárias para realizar estudos de natureza científica; logo, não são inerentes ao Método do Estudo de Caso.”* (CESAR, 2005).

MAPEAMENTO DOS ARTIGOS POR ANO, AUTORES, TÍTULO E PERIÓDICO.

O quadro 1 a seguir mostra de forma detalhada os dados sobre os estudos encontrados de acordo com os critérios determinados para o objeto de investigação.

Quadro 1- Mapeamento das publicações por ano, título e periódicos de 2012 a 2017. Fonte: elaborado pela autora

Nº	Autores	Título	Ano/Local	Periódico
1	ROSA, R. S. et. al.	Estratégias baseadas em metodologias ativas no ensino-aprendizagem de primeiros socorros: relato de experiência	2017/ Bahia	Rev. enferm. UFPE on line
2	MESQUITA, S. K. da C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R.	Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem.	2016/ Rio Grande do Norte	Trab. educ. saúde
3	CARVALHO, A. C. de O. et al.	O planejar docente: relato sobre uso de métodos ativos no ensino de enfermagem	2016/ Ceará	Rev. enferm. UFPE on line
4	MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P.	Educação em enfermagem: avaliação da formação por egressos, empregadores e docentes.	2016/São Paulo	Rev. Bras Enferm
5	MELO, L. de A. et. al	Diálogo sobre a construção de um mapa conceitual como recurso para aprendizagem: relato de experiência	2015/ Alagoas	Rev. iberoam. educ.)
6	TEIXEIRA, E.	A metodologia da problematização com o Arco de Magueréz: uma reflexão teórico-epistemológica - resenha.	2015/ Piauí	Rev. enferm. UFPI
7	COSTA, R. R. de O. et al.	O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica.	2015/ Rio Grande do Norte	Espaç. saúde (Online)
8	BRACCIALLI, L. A. D. et al.	Construção de indicadores de avaliação de processo de aprendizagem para um curso de enfermagem	2015/ São Paulo	Rev. eletrônica enferm.

9	FREITAS, K. F. da S. et. al.	Novas possibilidades para o ensino de enfermagem em saúde mental: uma experiência de monitoria.	2014/ Pará	Rev. RENE
10	CARACIO, F. C. C. et. al	A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária.	2014/ São Paulo	Ciênc. saúde coletiva
11	FREITAS, K. F. da S. et. al.	O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso.	2013/Paraná	Texto & contexto enferm.
12	BACKES, D. S. et al .	Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem.	2012/Rio Grande do Sul	Esc. Anna Nery Rev. Enferm
13	SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G.	Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa.	2012/São Paulo	Rev Esc Enferm USP
14	MAIA, E. R. et al.	Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil.	2012/ Ceará	Rev. nutr

Fonte: elaborado pela autora

As publicações científicas têm como principal objetivo divulgar para a comunidade acadêmica e comunidade em geral o resultado dos estudos a fim de tornar público o produto dos estudos democratizando assim o acesso ao conhecimento científico. (BROFMAN, 2011).

Na busca para a construção do Estado da Questão sobre Metodologias Ativas na Enfermagem, pode-se observar que este tema possui estudos em diversas partes do Brasil, sendo que a região nordeste liderou as pesquisas com 50% das publicações, seguida pela região sudeste, com 28,5% dos estudos, a sul com 14,28% e por último a região norte com 7,15% das publicações.

Síntese das publicações

O quadro 3 apresenta a síntese das publicações e é descrito de forma a mostrar o produto de cada estudo, permitindo fazer um comparativo entre eles e obter uma visão

mais ampla sobre as Metodologias Ativas. Fonte: elaborado pela autora

N	SÍNTESE	Autores
1	<p>Descreveu a experiência de aplicação de estratégias de metodologias ativas durante a oficina em saúde de primeiros socorros. A oficina foi considerada uma experiência exitosa, demonstrada pelos resultados de cada etapa, satisfação dos participantes e nível de conhecimento adquirido. Consideraram que há necessidade de valorização do ensino e aprendizagem por meio de metodologias ativas, associando a teoria à prática, para favorecer a construção do conhecimento e a formação profissional</p>	<p>ROSA, R. S. et. al.</p>
	<p>crítica, ética e reflexiva.</p>	
2	<p>Identificou as dificuldades vivenciadas pelos docentes na implementação de metodologias ativas no curso de graduação em enfermagem de uma IES federal no nordeste do Brasil. As principais dificuldades relatadas foram o currículo não alinhado a prática das metodologias ativas, resistência do docentes em fazer uso de M.A. e dificuldade de entendimento dos discentes nas atividades por meio de M.A. Entendem que o uso de metodologias ativas cooperam com a formação crítica do profissional, entretanto vêm a necessidade de adequação e organização das metodologias ativas para que haja produção de conhecimento.</p>	<p>MESQUITA, S. K. da C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R.</p>
3	<p>Relatou a experiência de uma atividade de avaliação do uso de metodologias ativas em disciplinas da graduação em Enfermagem. Concluíram que a vivência da atividade fortaleceu os conhecimentos acerca dos métodos problematizadores de ensino, despertou a reflexão sobre o planejamento na prática docente e contribuiu para desconstruir um “olhar” limitado sobre o processo de ensino-aprendizagem, antes norteado pela formação tradicional das participantes.</p>	<p>CARVALHO, A. C. de O. et al.</p>

4	<p>Buscaram subsidiar a avaliação e as transformações necessárias no currículo de um curso de graduação em Enfermagem. Elaboraram um Plano de Ação com sugestões relativas à flexibilização curricular, redimensionamento de conteúdos, educação permanente, valorização da prática, metodologias ativas e autonomia do estudante. Concluíram que no currículo existem aspectos passíveis de realinhamento e forneceram subsídios concretos para a melhoria da qualidade do currículo do curso de graduação em Enfermagem.</p>	<p>MEIRA, M. D. D.; KURCGANT, P.</p>
5	<p>Descreveram a experiência de discentes sobre a construção de um mapa conceitual como recurso para aprendizagem. Apontaram que os discentes, apesar de imaturos com os novos recursos propostos pelas metodologias ativas, consideram o mapa</p>	<p>MELO, L. de A. et. al</p>
	<p>conceitual como um facilitador da meta-aprendizagem, proporcionando ao aprendiz habilidade e autonomia para construção de seus próprios conceitos.</p>	
6	<p>Fundamentação epistemológica por meio de resenha para o uso do método do Arco proposto por Charles Maguerez. A metodologia da problematização por meio do Arco de Maguerez é amplamente usada em curso da área de saúde e possibilita ao participante desenvolver um olhar crítico e reflexivo diante de um problema de forma a propor soluções para o mesmo.</p>	<p>TEIXEIRA, E.</p>
7	<p>Traçam uma reflexão sobre as perspectivas atuais de ensino e aprendizagem no contexto da formação em saúde e enfermagem a partir do uso da simulação enquanto metodologia ativa. Inserem a simulação com método ativo de ensino aprendizagem e como forma de substituir a prática de memorização de informações e de transferência fragmentada do saber de forma vertical.</p>	<p>COSTA, R. R. de O. et al.</p>
8	<p>Apontam 87 indicadores para mudanças em um curso de graduação em Enfermagem. Os indicadores poderão subsidiar gestores locais na avaliação de processo do Curso de Enfermagem, mas também são indicados a outros gestores de cursos da área da saúde que utilizem um currículo por competência e metodologias ativas de ensino e aprendizagem.</p>	<p>BRACCIALLI, L. A. D. et al.</p>

8	Apontam 87 indicadores para mudanças em um curso de graduação em Enfermagem. Os indicadores poderão subsidiar gestores locais na avaliação de processo do Curso de Enfermagem, mas também são indicados a outros gestores decursos da área da saúde que utilizem um currículo por competência e metodologias ativas de ensino e aprendizagem.	BRACCIALLI, L. A. D. et al.
9	Apresenta a experiência de monitoria na qual se aplica uma proposta metodológica desenvolvida por meio da introdução do aluno/monitor nos conteúdos de aprendizagem teórico-práticos desempenhados por meio de Metodologias Ativas em três semestres acadêmicos. A nova proposta pedagógica do curso e mostrou que a experiência de monitoria se apresenta como nova possibilidade de ensino em saúde mental, a partir da introdução de diferentes maneiras de abordar a temática em aulas.	FREITAS, K. F. da S. et. al.
10	Apresenta a análise da formação de enfermeiros e médicos de uma instituição pública do município de Marília para a atuação em Atenção Primária, identificando as concepções dos docentes, coordenadores e egressos em relação à formação profissional. Os	CARACIO, F. C. C. et. al
	entrevistados acreditam que o uso das metodologias ativas tem sido importante para o processo de ensino e aprendizagem e que o fato dos estudantes participarem desde o primeiro ano da graduação junto a Atenção Primária amplia o conhecimento sobre esta realidade. O estudo aponta para a necessidade do fortalecimento da parceria ensino serviço e de estratégias que melhorem a formação do médico para atuação na Atenção Primária.	

11	Trata-se de um estudo de caso, com objetivo de descrever como se desenvolve o ensino de saúde mental em um curso de graduação em enfermagem e verificar como o ensino de saúde mental influencia na formação dos alunos. Os estudantes referiram que as estratégias e a metodologia de ensino proporcionam aprendizado a partir da realidade e incentivam a busca de locais extraclasse para auxiliar na construção do conhecimento por meio de ambientes de aprendizagem significativa. Concluíram que a adoção de metodologias ativas se mostra um caminho viável para atingir a proposta pedagógica no ensino de saúde mental e na formação de profissionais competentes.	FREITAS, K. F. da S. et. al.
12	Por meio de relato de experiência, descreveram a vivência de ensino-aprendizagem vinculada a um projeto ampliado de ensino, pesquisa e extensão fundamentado nas teorias de enfermagem. Concluíram que instigar o protagonismo e empreendedorismo social na formação, a partir das teorias de enfermagem, significa desenvolver um conhecimento capaz de dialogar e integrar os diferentes saberes, pelo desenvolvimento de práticas em consonância com o exercício da cidadania e transformação social.	BACKES, D. S. et al .
13	Trata-se de uma revisão integrativa de literatura cujo objetivo foi identificar e analisar publicações científicas sobre o uso das metodologias ativas no ensino e assistência de enfermagem no Brasil. A problematização foi apontada como a principal metodologia ativa utilizada, revelou-se a falta de referenciais teóricos para planejar a ação pedagógica. Conclui-se que a	SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G.

	implementação das metodologias inovadoras ainda carece de mais estudos e necessita de maior investimento em pesquisa e divulgação sobre o assunto.	
14	Descreve a validação de metodologias ativas de educação em saúde, na promoção da alimentação saudável de crianças do Ensino Fundamental. As metodologias utilizadas favoreceram o desenvolvimento de competências dos estudantes na promoção da saúde. No cuidado à criança, a alimentação é fundamental para promoção da saúde, pois o significado do ato de nutrir ultrapassa o mero ato biológico.	MAIA, E. R. et al.

Fonte: elaborado pela autora

O estudo de Rosa et al (2017), aborda o êxito na experiência realizada sobre primeiros socorros por meio da utilização das metodologias ativas, considerando-as eficiente para a construção do conhecimento tanto do ponto de vista dos facilitadores, quanto dos alunos, pois as M.A. facilitam a associação de teoria e prática e contribuem para a formação do profissional ético, crítico e reflexivo.

Já para Mesquita e Meneses (2016) houve uma dificuldade vivenciada pelos docentes de graduação na implementação das metodologias ativas em sua atividade docente, por não haver um alinhamento entre o currículo e a prática das M.A. revelando assim a necessidade do repensar a respeito da proposta curricular e as necessidades pedagógicas do curso de graduação em questão. Tal pensamento é corroborado por [Meira Kurcgant](#) (2016) após a avaliação do currículo de um curso de graduação em Enfermagem, que resultou na elaboração de um plano de ação com sugestões para a flexibilização do currículo valorizando a prática, as metodologias ativas e a autonomia do estudante.

Carvalho et al. (2016), ao fazer a avaliação do uso de métodos problematizadores, concordam que esses são importantes para desconstruir a limitação da visão do processo ensino-aprendizagem oriundo da formação por métodos tradicionais. Outros autores concordam que métodos problematizadores como o mapa conceitual (Melo et al., 2015) e o Arco de Magueres (Teixeira, et al. 2015) fomentam o desenvolvimento da habilidade e autonomia ao aprendiz.

Costa et al. (2015), descrevem a experiência exitosa utilizando a simulação como ferramenta para a aprendizagem ativa e assim promover a substituição da prática de memorização de informações e de transferência fragmentada do saber de forma vertical.

Alinhado a esse pensamento, Bracciali et al. (2015) após a construção de indicadores para a mudança no curso de graduação em Enfermagem em uma IES pesquisa, propõe a adoção de um currículo por competências e a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

Algumas experiências são referidas como exitosas na prática docente em Enfermagem com a utilização das metodologias ativas como a de Freitas et al. (2014) ao descrever sua experiência de monitoria por um período de três meses no estágio com a disciplina Saúde Mental e de acordo com os mesmos autores a experiência traz à luz novas possibilidades de aprendizagem significativa.

A formação de médicos e enfermeiros para atuação na Atenção básica é discutida por Caracio et al. 2014 que apontam o uso das metodologias ativas de suma importância para a formação desses profissionais. Já Freitas e outros autores ao descrever o ensino da disciplina de Saúde mental para discentes de Enfermagem coadunam com o pensamento de que a aprendizagem significativa é necessária e sua materialização por meio de M.A é viável para atingir a proposta pedagógica.

Para Backes et al. (2012), a aprendizagem baseada em projetos estimulam o empreendedorismo social, instigam o protagonismo e desenvolvem o conhecimento capaz de dialogar e integrar diferentes saberes. O desenvolvimento de práticas inovadoras é uma necessidade da qual a educação não pode mais se esquivar.

Maia et al. (2012) que utilizaram metodologias ativas para a aprendizagem significativa com discentes de enfermagem, afirmaram que M. A. desenvolveram competências importantes na formação dos estudantes na promoção da saúde. Já para Sobral e Campos (2012) e a problematização é, entre as M.A, o método mais utilizado, no entanto, os autores observaram a falta de referencial teórico para fundamentar a prática pedagógica, o que demanda maiores estudos e investimento em pesquisa e divulgação sobre o tema.

Desta revisão se destacaram as fortes contribuições com os referencias deste trabalho os estudos de Mesquita, Meneses e Ramos (2016), [Carvalho](#) et al. (2016), [Meira](#); [Kurcgant](#) (2016), [Bracciali](#) et al. (2015) por manter relação direta com as experiências dos docentes no uso das metodologias ativas no espaço universitário e por apontar a necessidade de ajuste no currículo como um dos quesitos para o alcance dos objetivos de ensino numa perspectiva inovadora.

4 DADOS DE CONTEXTO

Os estudos de práticas de educativas são uma demanda frequente no ensino de enfermeiros. Compreender como alcançar êxito na aprendizagem do estudante de Enfermagem é uma necessidade recorrente entre os docentes da área.

Faz-se necessário, portanto, situar as atividades pedagógicas em saúde num contexto de objetivo de aprendizagem. A formação do profissional enfermeiro para sociedade atual carece de concepções e práticas que viabilizem uma postura crítica e reflexiva a fim de atender as necessidades em saúde da população e em consequência fomentar a transformação da realidade. Para isso esta seção tratará sobre Aprendizagem Significativa (AS), seu papel como alicerce das Metodologias Ativas e aplicação destas no ensino de enfermeiros no Brasil.

A adequação da prática do profissional de saúde às demandas deste século, em especial a do enfermeiro, que é o foco deste trabalho, vem sendo objeto de estudo faz algum tempo. Desde a década de 1980 com a proposta da reforma do setor da saúde, juntamente como o movimento sanitário brasileiro, várias discussões foram geradas a respeito do perfil dos trabalhadores em enfermagem que a sociedade precisa e qual deve ser o papel das instituições de ensino na formação deles.

4.1 Os currículos de enfermagem: retrospectiva

Os currículos educacionais em enfermagem foram durante anos uma reprodução do modelo flexeriano dos cursos médicos, com foco biologicista, fragmentado e com separação entre a teoria e a prática. Essa forma de condução pedagógica em saúde se revelou insuficiente para atender a nova perspectiva de formação cujas características seriam de um profissional generalista, crítico e reflexivo. (CHIESA et al. 2007).

Para compreender melhor a ideia de currículo, recorremos a Pacheco (2003, p.30), que divide a definição do tema em duas vertentes, uma com início formal na idade média, numa perspectiva técnica que se molda no plano formal de organizar a aprendizagem de forma planejada e com a determinação de condutas formais precisas e outra que se baseia numa perspectiva prática e emancipatória de inter-relação dos diversos contextos de decisão, ou seja, o currículo pode ser compreendido com um projeto que resulta não só do plano de intenções, mas também do plano de sua realização no seio de uma estrutura organizacional.

Pushel (2011) faz menção à ideologia de currículo cuja estrutura é frequentemente chamada de grade e de disciplinas, amplamente utilizada no ensino tradicional e é produto

da visão de ciência moderna, que possui alicerces no método de ensino cartesiano proposto por Descartes cujo método “moderno” se apoia em quatro pilares básicos: verificar, analisar, sintetizar e enumerar. Em sua explanação, a autora observa como muito do que foi proposto por esse método ainda é amplamente utilizado na atualidade e como os currículos se organizam em torno dessas premissas.

Para entender claramente como foram se desenhando os currículos nos cursos de graduação em Enfermagem, faz-se necessária uma retrospectiva na gênese das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no Brasil a fim de compreender como foram elaboradas.

4.2 As diretrizes curriculares para os cursos de enfermagem

As DCN têm como objetivo principal subsidiar os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das Instituições de Ensino Superior (IES) na condução de seus processos educativos. Elas não apresentam uma fórmula pronta de como devem agir os centros de graduação, ao contrário, dão até certa flexibilidade para o planejamento e articulação de como os saberes devem ocorrer, levando em consideração, obviamente as demandas sociais e a realidade na qual a comunidade acadêmica esteja inserida. (SANTANA et. al, 2006)

O marco para o início da organização dos currículos em graduação foi a publicação do Edital de nº 4/97 que tratou de convocar as IES a apresentarem propostas de ensino que depois de organizadas e sistematizadas foram submetidas em suas respectivas áreas a Comissão Nacional de Educação (CNE) e seguidamente se iniciou debate envolvendo ampla parcela da comunidade a fim de conferir legitimidade ao processo. (BRASIL, 2004b)

Como frisam Santana et. al. (2006), um dos objetivos das DCN é dar mais autonomia às IES na elaboração de seus currículos. Para tanto, devem apresentar competências e habilidades que necessitam ser explicitadas através de uma proposta pedagógica adaptada às necessidades sociais. Nesse entendimento, a graduação se constitui o ponto de partida para a educação permanente.

Os cursos de graduação em enfermagem têm como parâmetro avaliativo as DCN, homologadas em 2001 que preconizam, sobretudo, a formação de um Enfermeiro “*generalista, crítico e reflexivo, com competências técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas.*” (Brasil, 2001a, p.1). Ademais, os princípios que direcionam as DCN objetivam assegurar certa liberdade na composição da carga horária para integralização dos currículos e conteúdos a serem ministrados. (MEIRA, 2012).

Vale ressaltar, de acordo com Meira (2012), que tais princípios estão consoantes ao objetivo das DCN que é o de “*garantir a capacitação do enfermeiro com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.*” (Brasil, 2001b, p.4). Os objetivos mencionados norteiam a definição das competências que os cursos de graduação em enfermagem devem dispor aos discentes a partir de bases e conhecimentos científicos para desenvolvimento da prática cotidiana em enfermagem. (BRASIL, 2001, a, p. 1-2).

No que se refere à competência podemos recorrer a Perrenoud (1999), p.7 que a define: “*como a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimento, mas sem limitar-se a eles.*” Os conhecimentos, de acordo com o mesmo autor, são representações da realidade construída e armazenada a partir das experiências em nossa formação:

Uma competência nunca é a implementação “racional” pura e simples de conhecimentos, de modelos de ação, de procedimentos. Formar em competências não pode levar a dar as costas à assimilação de conhecimentos, pois a apropriação de numerosos conhecimentos não permite, ipso facto, sua mobilização em situações de ação. (PERRENOUD, 1999, p.8)

É pertinente também, observar o pensamento de Etiénne e Lerouge, citado por Perrenoud (1999), a respeito de como as competências são construídas:

“A construção de uma competência depende do equilíbrio da dosagem entre o trabalho isolado de seus diversos elementos e a integração desses elementos em situação de operacionalização. A dificuldade didática está na gestão, de maneira dialética, dessas duas abordagens. É uma utopia, porém acreditar que o aprendizado sequencial de conhecimentos provoca espontaneamente sua integração operacional em uma competência” (ETIÉNNÉ E LEROUGE, 1997, p. 67, *apud*, PERRENOUD, 1999, p.10).

No que tange às competências gerais para o exercício profissional de um enfermeiro de acordo com as DCN, faz-se necessária à capacitação do estudante voltada à *Atenção à Saúde*, envolvendo ações integradas e contínuas de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde no contexto do SUS.

Interessante a relação que Rodrigues (2005), em sua pesquisa de doutorado, faz sobre a influência do neoliberalismo no cenário da educação superior no Brasil a partir da década de 1990. A abertura de vários cursos de graduação, o que a princípio pareceu um mudança positiva nos indicadores de ensino superior no Brasil, que até então eram considerados os mais baixos da América Latina, apresentou uma tentativa disfarçada de privatização do ensino superior, o que repercutiu na tomada de decisões sobre os currículos a serem abordados e a forma como os conteúdos seriam ministrados.

No que diz respeito aos cursos de Enfermagem não foi diferente, passando este curso a ser ofertado por diversas instituições de ensino superior de forma indiscriminada e muitas vezes sem critério. O que tem gerado sérios problemas na qualidade dos profissionais que estão sendo postos na assistência à população.

Observemos o que Mitre e colaboradores afirmam sobre como deve ser a proposta curricular para os cursos na área de saúde levando-se em consideração a relação entre currículo, princípios metodológicos e processo ensino-aprendizagem:

[...] reafirma-se assim, a ideia de que o processo ensino-aprendizagem precisa estar vinculado ao cenário das práticas e deve estar presente ao longo de toda carreira. Assumir esse novo modelo na formação de profissionais de saúde implica o enfrentamento de novos desafios, como a construção de um currículo integrado, em que o eixo da formação articule a tríade prática-trabalho-cuidado, rompendo com a polarização individual, coletivo e biológico-social, e direcionando-se para uma consideração de interpenetração e transversalidade. (MITRE et. al. 2008).

Com efeito, faz-se necessária a reflexão a respeito dos métodos utilizados no ensino na enfermagem e se realmente esses têm se adequados às necessidades dos usuários, já que se pretende a formação de um profissional crítico, reflexivo, proativo que assista a uma clientela cujas demandas requerem novas práticas.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LBDEN traz como uma das finalidades da educação, a compreensão dos problemas do mundo atual, bem como a formação de profissionais que sejam capazes de prestar um serviço especializado à população, por meio de uma relação de reciprocidade. (BRASIL, 1996).

As DCN que são o direcionamento para a prática e condução do ensino superior reafirmam a necessidade da formação em saúde ser voltada para as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desse momento, as Instituições de Ensino Superior são direcionadas a mudar suas práticas pedagógicas com fins de preencher as lacunas deixadas pelo modelo de ensino tradicional que não mais servia para suprir a carência da população. (SILVA, 2014).

Diante disso, foi observada a necessidade de, durante a formação na graduação, promover uma prática educativa que estimulasse o discente a observar os problemas inerentes ao cotidiano do laboral e instigá-lo a desenvolver soluções para resolução destes problemas. A partir da observação de modelos educacionais usados em outros países cujos resultados se mostraram bastante eficazes, começou a discussão da implantação das Metodologias Ativas de Ensino nos cursos de Enfermagem. (SOBRAL, CAMPOS, 2012).

Assim, sob a designação de práticas pedagógicas inovadoras, surgem as metodologias ativas, com objetivo de mudar as formas de construção do conhecimento, no qual o

foco do processo é o estudante e o docente assume um papel de mediador da aprendizagem instigando o discente a assumir uma postura de analista das problemáticas do exercício laboral e dessa forma podendo sugerir maneiras de resolução. (SOBRAL, CAMPOS, 2012).

Os projetos pedagógicos do cursos de graduação da UESPI e da UFPI são documentos de domínio público e podem ser ambos encontrados na internet ou nas secretarias dos cursos de ambas as instituições. Pesquisamos os PPC de enfermagem das duas instituições a fim de observar a relação deles com as DCN e o que é referido pelos professores sobre suas práticas e concepções pedagógicas no exercício profissional. Inserimos informações objetivas sobre esses PPC que podem ser observadas nos Apêndices G e H deste trabalho.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Optamos por discutir as temáticas metodologias ativas, aprendizagem significativa, aprendizagem baseada em problemas e metodologia da problematização por entendermos que elas traduzem concepções e práticas do tema da investigação.

5.1 Aprendizagem significativa em saúde.

As formas como o indivíduo aprende e os métodos usados para este fim são campos de estudo de várias áreas do conhecimento. O que aprender, para que aprender, como fazer o melhor uso do que se aprende, identificar a situação e o momento mais adequados para a aplicação do produto de aprendizagem são questões que precisam ser investigadas para que haja êxito no processo educativo. Diante disso, traz-se a definição de aprendizagem à luz de Lefrançois (2016, p.5):

Aprendizagem é definida como toda mudança relativamente permanente no potencial do comportamento, que resulta da experiência, mas não é causada por cansaço, maturação, drogas, lesões ou doença. [...] Aprendizagem é o que acontece no organismo humano ou não humano como resultado da experiência. As mudanças comportamentais são simples evidências de que a aprendizagem ocorreu.

A confirmação da aprendizagem, de acordo com o autor, é a mudança no potencial para o comportamento porque os efeitos permanentes da experiência nem sempre são aparentes. Logo, pode-se afirmar que a experiência leva a aprendizagem e esta leva a mudança potencial no comportamento, isso quer dizer que se o indivíduo aprendeu realmente algo de forma efetiva, e tiver oportunidade de utilizar-se do produto de sua aprendizagem, certamente o fará, caso contrário não houve aprendizado.

Tratando mais especificamente de aprendizagem significativa, recorreu-se a David Paul Ausubel¹ que a classificou as teorias da aprendizagem em três tipos: psicomotora, afetiva e cognitiva, sendo esta última, ancora a Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS).

Ausubel, Novak e Hanesian (1978) apresentaram a TAS, também designada de Aprendizagem Verbal Significativa receptiva, pois para estes autores, a linguagem é um importante facilitador da aprendizagem significativa:

A Teoria da Aprendizagem Significativa é um processo que se caracteriza pela interação entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos, e essa interação é não-literal e não -arbitrária. Nesse processo, os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados ou maior estabilidade cognitiva. (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1978, p. 39)

Vale destacar que Ausubel traz relacionado à TAS, o conceito de subsunção que seriam estruturas cognitivas com informações preexistentes, do conhecimento específico no cérebro do indivíduo que permite a ancoragem de novas informações de forma hierárquica. Essa ancoragem provoca um processo de interação, por meio do qual, conceitos mais relevantes e inclusivos se relacionam com o novo material.

Por isso os autores reforçam a valorização dos conhecimentos prévios dos alunos para validar a aprendizagem com significado o que pode ser observado na fala a seguir:

“se tivesse que reduzir toda a psicologia educacional a um só princípio, diria o seguinte: o fator isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe. Descubra isso e ensine-o de acordo” (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1978, p. 4).

De acordo com Amaral (2010), ao tomar como base as ideias de Ausubel, a escola passa a ter uma tarefa desafiadora, pois faria com que o professor passasse a considerar a bagagem trazida pelo estudante, ou seja, a valorização dos conhecimentos prévios deles, condição essencial para a ocorrência da aprendizagem significativa. A autora destaca que:

“A aprendizagem significativa é resultado de um processo, no qual o sujeito consegue explicar determinadas situações, havendo uma interação cognitiva - interação entre conhecimentos prévios e novos conhecimentos de maneira não arbitrária e substantiva - ou seja, possibilidade de dar significado à nova informação.” (AMARAL, 2010, p. 29).

Logo, é pertinente relacionar o ensino na saúde com a fala dos autores mencionados, traçando um paralelo com as necessidades atuais de formação profissionais enfermeiros e os meios pelos quais se deseja alcançar esse objetivo.

Durante muito tempo o ensino na saúde seguiu modelos conservadores inspirados pelo método cartesiano, newtoniano, compartimentalizado, reprodutivista, causando a fragmentação do saber. O docente, por sua vez, assumia o papel de transmissor de informações

¹ David Paul Ausubel (1918-2008) foi médico de formação e professor emérito da Universidade de Columbia em Nova York. Dedicou-se ao estudo da Psicologia Educacional com ênfase na aprendizagem significativa.

e ao discente cabia a memorização e repetição das mesmas, numa atitude passiva e reprodutora, fazendo do aprendiz, um expectador sem criticidade e sem reflexão. (MITRE, et al. 2008).

Alguns estudos mais antigos como o de Soubhia e Rufino (1992) que já buscavam traçar uma relação com o ensino de enfermeiros e a Teoria da Aprendizagem Significativa, já que os discentes de Enfermagem demonstravam inabilidades nas práticas e dificuldades nas fundamentações teóricas em testes escritos com os métodos tradicionais utilizados no ensino da época.

Pode-se observa na fala de Maia e Tavares (2016) as dificuldades de aprendizagem persistem atualmente entre alunos de um curso de Enfermagem de uma IES na região Nordeste do Brasil, que de acordo com os autores, há muita inabilidade dos alunos em memorizar nomes de estruturas do corpo humano, despertar interesse no estudo individual, bem como reconhecer a importância em respeitar normas de biossegurança no laboratório usado como local de ensino aprendizagem:

[...] as principais dificuldades dos acadêmicos de enfermagem no processo de ensino-aprendizagem sobre acidentes anatômicos estão relacionadas ao sentimento de incapacidade, ao desinteresse de alguns alunos sobre a temática e a resistência por parte dos discentes em respeitar as normas de biossegurança para frequentar o laboratório durante a monitoria. (MAIA; TAVARES, 2016)

O desinteresse no estudo individual de acordo com as autoras pode ser evidenciado na fala a seguir:

“Tendo em vista os assuntos anatômicos e os conceitos prévios dos estudantes sobre acidentes anatômicos, antes mesmo de participarem da monitoria, vendo-o como um assunto complexo, que exige muita dedicação por parte do acadêmico para ser estudado na teoria e, principalmente, na prática, em laboratório, os acadêmicos mostram-se desinteressados na temática, o que dificulta o processo de ensino-aprendizagem.” (MAIA; TAVARES, 2016).

A aprendizagem memorística, ou mecânica, é citada no estudo acima como uma necessidade de objetivo de aprendizagem. Percebe-se, no entanto, a dificuldade dos alunos com esse tipo de prática. O estudo de Carvalho et al. (2015) aponta a diferença entre aprendizagem mecânica e aprendizagem significativa.

“Diferentemente da TAS, a aprendizagem mecânica ou memorística apresenta-se como outra forma de aprendizagem, uma vez que o indivíduo absorve de forma exata e não substantiva o novo material estudado, portanto, não consegue elaborar sua própria definição da ideia principal e se restringe apenas a repetir as mesmas palavras.” (CARVALHO et al. 2015)

Paulo Freire ao falar sobre aprendizagem significativa, afirmava que não se concebe a aprendizagem sem a valorização dos conhecimentos prévios:

A educação libertadora, a educação como prática da liberdade [...] não pode fundar-se numa concepção de homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos [...] Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em sua relação com o mundo. (FREIRE, 1994, p.38)

O conhecimento das formas de aprendizagem é condição essencial para a tomada de decisão no processo educativo, uma vez que compete ao docente a identificação das dificuldades do discente e a elaboração dos meios de sanar essas dificuldades.

O ensino para atuação em saúde neste século requer modelos pedagógicos que despertem a criticidade, a autonomia, a solidariedade e o trabalho em equipe. Logo, as metodologias ativas surgem com alternativa para renovação das práticas que viabilizem a construção de uma nova realidade educacional no preparo de enfermeiros, este é o tema que será apresentado a seguir.

5.2 Origens das metodologias ativas.

As matrizes pedagógico-metodológicas no Brasil tiveram influencia das tendências pedagógicas com indícios contemporâneos vigentes. Dentre elas podemos destacar: a tradicional (mais longeva), a escolanovista (centenária), a libertadora, a tecnicista e a histórico-crítica, essas três últimas datando da segunda metade do século XX. (ARAÚJO, 2015).

No que tange ao ensino na saúde, é correto afirmar que este foi marcado pelo uso de métodos tradicionais que se baseiam pelo reprodutivismo e transmissão de informações. Mitre et al. (2008) observam que as práticas de ensino para formação de profissionais da saúde esteve sob forte influência do modelo tradicional cartesiano, fragmentado e reducionista.

Sob o argumento da necessidade de tornar o conhecimento altamente especializado, eficiente e técnico, houve a compartimentalização dos saberes, ocasionando nas universidades a subdivisão em centros e departamentos que tratariam o ensino de forma estática atribuindo ao docente o papel de transmissor de conteúdos e ao discente o dever de reter e repetir esses conteúdos. (MITRE, et al. 2008)

Entretanto, as instituições de ensino deste século, cercadas pela sociedade do conhecimento, começaram a perceber a necessidade de adequar as práticas pedagógicas a fim de atingir competências cognitivas necessárias a satisfazer a complexidade nas relações, uma vez que com advento das tecnologias e a rápida informação disponível na internet, não se concebe mais apenas a mera transmissão de informações. Essa adequação tem como pressuposto a ruptura com o convencional, a proatividade, as ações colaborativas e o empreendedorismo. (MORAN, 2015).

Antes de aprofundar a respeito de métodos ativos convém definir o que é metodologia.

Para isso recorreu-se a Araújo (2015) que traz o significado etimológico da expressão

Comumente, atribui-se à metodologia ser homônima a método: este seria utilizado para substituir aquela e vice-versa. Contudo, método compõe-se de *metá* (atrás, em seguida, através) e de *hodós* (caminho). Portanto, método significa somente *caminho através do qual se busca algo*.

Para Martins (1991, p.46), metodologia de ensino é a reunião dos métodos e técnicas de ensino cujos critérios são definidos pelos objetivos de aprendizagem, natureza do conteúdo, nível do aluno e natureza da aprendizagem. Além disso, para essa mesma autora: “o método constitui elemento unificador e sistematizador do processo de ensino, determinando o tipo de relação a ser estabelecida entre o professor e o aluno”.

Araújo (2015) coaduna como o pensamento da autora supracitada ao afirmar que:

[..] a metodologia tem como alvo a articulação e a efetivação das seguintes dimensões: relações entre professores e alunos, o ensino-aprendizagem, objetivos de ensino, finalidades educativas, conteúdos cognitivos, métodos e técnicas de ensino, tecnologias educativas, avaliação, faixa etária do educando, nível de escolaridade, conhecimentos que o aluno possui, sua realidade sócio-cultural, projeto político-pedagógico, sua pertença a grupos e classes sociais, além de outras dimensões societárias em que se sustenta uma dada sociedade.

Partindo do entendimento a respeito de metodologia, pode-se tratar sobre um tipo específico, as Metodologias Ativas (MA), que têm como característica fundamental a ruptura com o reprodutivismo e a mecanização do ensino. De acordo Araújo (2015), as MA estão alicerçadas no escolanovismo ou escola ativa, cuja principal característica está centralizada na aprendizagem e configura uma descentralização da figura do professor, trazendo para o discente o conceito de autonomia.

De acordo com esse mesmo autor em sua revisão bibliográfica, o movimento denominado New School (Escola Nova) ocorrido na Inglaterra no final do século XIX, foi o responsável por um novo entendimento a respeito de métodos de ensino. Vários autores renomados entre 1890 a 1931, como John Dewey, Edouard Claparède, William James, Adolphe Ferrière se utilizaram de pressupostos ancorados na Biologia e na Psicologia para respaldar a atividade, conceito sobre o qual as MA estão ancoradas. (ARAÚJO, 2015).

A necessidade, a utilidade, o desejo, o interesse e o esforço são condições efetivas para a atividade. A atividade, (Ibidem, 2015), por sua vez é geradora da experiência que significa aprendizagem e esta, exprime a relação entre o ser vivo e seu contorno físico e social.

Iamamoto (2016) em sua pesquisa traz uma definição a respeito das MA:

Metodologias ativas de aprendizagem podem ser descritas como um princípio, na medida em que têm evoluído pensamentos generalizados sobre a natureza do ensino e da aprendizagem, mas também está intimamente associada com a implantação de metodologias práticas de ensino, em que fornecem inúmeros exemplos do tipo de atividade e técnicas pedagógicas que os professores podem explorar em diferentes situações de aprendizagem, englobando uma multiplicidade de disciplinas e esforços educacionais, formais e informais. (KANE (2004), apud, IAMAMOTO (2016))

Kane (2004), *apud*, Iamamoto (2016), enfatiza algumas das principais características das MA dentre elas, o incentivo ao pensamento independente e crítico, o encorajamento dos discentes em assumir a responsabilidade sobre aquilo que aprendem, o envolvimento dos estudantes sobre uma variedade de atividades abertas, a fim de que rompam com a passividade (característica da transferência de conteúdos) e assumam protagonismo no processo.

Entretanto, convém observar que a valorização e destaque ao discente que as metodologias ativas lhe conferem não isenta o docente de sua responsabilidade no que se refere à organização das atividades que servirão de facilitadoras do processo ensino- aprendizagem. Cabe ao docente explorar as potencialidades dos estudantes e fomentar a sua base de conhecimento e pensamento. (IAMAMOTO, 2016)

5.3 Aplicações das metodologias ativas em ensino na saúde.

Nesse tópico serão apresentadas as principais metodologias ativas utilizadas por docentes em saúde: a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP ou PBL) e a Metodologia da Problematização (MP), e as repercussões do uso dessas metodologias na aprendizagem dos discentes.

Em face aos desafios existentes no processo ensino-aprendizagem atualmente, alguns métodos inovadores surgem como alternativa para colocar professores e estudantes numa condição de ruptura com o pragmatismo do ensino tradicional. Considerando a necessidade de uma aprendizagem significativa e o uso de Metodologias Ativas como uma dessas alternativas, recorre-se a Berbel (2011) para trazer um conceito sobre as mesmas:

[...] baseiam-se em formas de desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, visando condições de solucionar com sucesso, desafios advindos das atividades essenciais da prática social em diversos contextos (BERBEL, 2011, p.29).

Pode-se, agora, discorrer sobre alguns tipos de métodos ativos de ensino e como eles têm se refletido na práxis pedagógica. Inicialmente, será apresentada a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), um pouco de sua origem e como ela tem sido utilizada nos cursos na área de saúde.

5.3.1 Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)

A busca por uma sociedade mais justa e conseqüentemente formada por profissionais pautados por valores éticos e democráticos sugere a alteração na disposição nos processos educativos tornando-os menos teorizados e mais vivenciados. Faz-se necessário que os participantes do processo educacional estejam conscientes do que necessitam ensinar-aprender e como o conhecimento adquirido poderá ajudar na mudança de uma situação problema:

Devemos tentar erradicar do sistema de educação livresco, tão isolado da vida, que é antes prejudicial, do que vantajoso. A prática educacional tem que ter um fim social, para que o crescimento humano não seja um crescimento egoísta, senão um crescimento social e; também para que o homem possa atingir a tão sonhada felicidade, e não somente o prazer (VERÁSTEGUI, 2012, p.9).

Num sentido de ruptura com a aprendizagem mecânica, essencialmente memorística, surge a Aprendizagem Baseada em Problemas, mais que uma estratégia, uma nova forma de compreender a práxis pedagógica, partindo do princípio que ela coloca o estudante em situação de enfrentamento de questões, tornando-o ativo e autônomo na aquisição de saberes e colocando-o como protagonista do processo.

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), também conhecida como *Problem Based Learning* (PBL) é uma metodologia ativa de aprendizagem que surgiu na década de 1960, inicialmente aplicada ao estudo da psicologia comportamental. Posteriormente, passou a ser aplicada em escolas médicas e pela primeira vez na Universidade McMaster, no Canadá. Na Universidade de Maastricht na Holanda, trabalha com pequenos grupos de cerca de 12 estudantes com atividades divididas tipicamente em etapas (FARIAS *et al*, 2015).

A ABP, como filosofia educacional, aproxima-se do construtivismo, pois considera que o conhecimento não é absoluto, mas construído a partir do conhecimento prévio e da visão do mundo de cada indivíduo. O construtivismo vai além de uma mudança metodológica e propõe discutir questões como ensino ativo, o papel da memória e a importância dos conteúdos de forma a elucidar as condições para obtenção do conhecimento, tanto pela recepção, quanto pela descoberta (SCHILLING, 1998).

A ABP constitui uma metodologia muito adequada no ensino em saúde, especialmente em enfermagem, porque permite desenvolver um trabalho dentro e fora da sala de aula em uma perspectiva de aprendizagem colaborativa. O *feedback*, ou seja, o fluxo de respostas, entre os estudantes e o professor é constante, em função da natureza de aprendizado continuado. Em última instância, convém destacar o potencial motivador desse planeja-

mento metodológico, visto que coloca os alunos em uma situação na qual atuam como se fossem profissionais (ÁLVAREZ et al., 2005).

A história moderna da ABP começou no final dos anos 60 na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster, no Canadá. No final dos anos 1980, foi assimilada pela faculdade de medicina de Harvard. Ambas as instituições são referências quando se discute o tema ABP. Elas representaram universidades tradicionais que ousaram mudar e tiveram suas aulas convencionais completamente modificadas e executaram o método com ótimos resultados (ARANTES, 1998).

A ABP é encarada menos como uma metodologia de ensino e mais como um novo paradigma curricular. Nesse processo de recepção ou descoberta do conhecimento, os alunos relacionam o que estão aprendendo com o que já sabiam, formulam e testam conjecturas na resolução de problemas, indagam sobre a aplicabilidade do que estão aprendendo, aprendem novos métodos e a ser críticos sobre os limites de aplicação dos novos conhecimentos.

ABP significa uma abordagem em que a construção do conhecimento ocorre de forma mais colaborativa e com maior interação do aprendiz. Nesse modelo, o professor não toma para si toda a responsabilidade do estudante gostar ou não da matéria porque o conhecimento está presente em vários recursos, está no próprio aluno e em seus pares, está

no profissional da área, está no livro, está na internet e também no professor. O conhecimento deixa de ser transmitido de forma unilateral e o aluno passa a ter um papel mais ativo no processo. (SOUSA, 2011).

Borges et. al.(2014), concordam que no Brasil, o uso de ABP teve forte influência da Maastrich University, pois esta atua na formação de docentes brasileiros de diversas universidades. Sua adoção como estratégia pedagógica, surgiu inicialmente na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em virtude das significativas mudanças no contexto econômico, político, social, mudança no sistema de saúde, valorização da prevenção, surgimento de novas doenças, descobertas de novos medicamentos, e também por mudanças na concepção pedagógica por parte de gestores, docente e discentes.

A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em São Paulo, pioneira no Brasil no uso de ABP, estendeu a outros cursos de graduação a adoção do método como no curso de Enfermagem da mesma instituição. Nas escolas de medicina a ABP já vem sendo utilizada como proposta curricular e com ampla análise qualitativa positiva da experiência, entretanto, em cursos de enfermagem, excetuando a FAMEMA, não se tem registro nas

publicações recentes de mais instituições que tenham aderido a utilização do método em cursos de Enfermagem com proposta curricular. (FAUSTINO, 2013).

A mesma autora refere que apesar de haver um grande potencial para implantação da ABP nos cursos de graduação em Enfermagem, existe uma forte barreira para a utilização do método, que é a de “convencer os professores a se deslocar da concepção de ensino eficiente para aprendizagem efetiva.” (IBDEM, 2013)

A busca na literatura recente sobre o uso da ABP no ensino de Enfermeiros revelou que as experiências já compartilhadas são exitosas conforme relato de Campos e Ribeiro (2016):

A proposta de trabalhar com metodologia ativa de ensino como a ABP em currículo ainda tradicional, aplicando-a em uma única disciplina, nos confrontou com diversos empecilhos que são naturais ao contexto no curso de um processo de mudança. Com a bricolagem, tivemos a oportunidade de criar cenários favoráveis à condução da pesquisa, e mediante tais empecilhos, pudemos operacionalizar a ABP adaptada a nossa realidade utilizando nesse processo, materiais e recursos que tivemos disponíveis.

Apesar do uso da ABP na experiência supracitada ter sido num cenário adverso de um currículo tradicional, o produto foi positivo, tanto para as docentes que tiveram sua percepção alterada sobre novas possibilidades de condução pedagógica, como para os discentes que foram estimulados a criatividade por meio de bricolagem passando a ter melhor apreensão da experiência vivenciada.

Faustino (2016) refere que todas as experiências com o uso de ABP na enfermagem no Brasil “favorecem o espírito crítico, pois coloca o aluno frente a situações reais de cuidado, destacando a organização do processo de enfermagem.” Entretanto, a mesma autora destaca que o método precisa ser mais bem explorado por docentes de enfermagem, como alternativa no processo de ensino e aprendizagem.

Na região Nordeste do Brasil, Mamede et. al (2001), referem iniciar as primeiras experiências com a ABP desde 1996 na Escola de Saúde Pública do estado do Ceará (ESP/CE). Tal iniciativa surgiu a partir da consciência da inadequação das estratégias tradicionais para formação de profissionais necessários às novas expectativas sociais e sanitárias. Viu-se na utilização do aprendizado baseado em problemas, a possibilidade de indução de olhares e atitudes mais ajustados ao mundo contemporâneo.

A ABP é uma proposta pedagógica que funciona a partir do ensino centrado no estudante que se torna sujeito no processo e age para resolução de problemas reais ou simulados apresentados a um grupo de alunos, os quais por meio de conhecimentos prévios ou através da pesquisa, estudam, discutem, adquirem e integram novos conhecimentos.

Dessa forma, não só o conteúdo é valorizado, mas também o estudante que assume o papel ativo no processo de aprendizagem reforçando assim a necessidade de aprender a aprender (BORGES, et. al. 2014).

Neste método, de acordo com Gomes et. al (2009), o estudante gerencia a própria aprendizagem, socializa conhecimentos prévios e age ativamente no intuito de buscar novas informações. Essas características fazem do método uma forma de dar mais autonomia ao aprendiz, além de estimular o raciocínio crítico, as habilidades de comunicação e a educação permanente.

O processo de aprendizagem através de ABP ocorre por meio de um ciclo básico de atividades desenvolvidas por grupos tutoriais compostos por 8 a 10 estudantes. O professor recebe a designação de facilitador ou tutor, e o ciclo inicia quando os estudantes entram em contato com o facilitador e este lhes apresenta um problema. A partir de então, cabe aos estudantes explicarem ou descreverem o problema de forma que fiquem claros os processos que o originaram ou o determinaram. (MAMEDE, et. al. 2001)

A seguir estão descritos os passos da ABP de acordo com Schimidt (1983), apud, Mamed (2001):

Passo 1- Esclarecer termos e expressões no texto problema;

Passo 2 – Definir o problema; Passo 3 – Analisar o problema;

Passo 4 – Sistematizar análise e hipótese de explicação, ou solução do problema;

Passo 5 – Formular objetivos de aprendizagem;

Passo 6 – Identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente;

Passo 7 – Sintetizar conhecimentos e revisar hipóteses iniciais para o problema. Borges, et. al. (2014) trazem outra nomenclatura para os passos da ABP, também chamado de passos de um grupo tutorial (GT):

1. Leitura do problema, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos.
2. Identificação dos problemas propostos.
3. Formulação de hipóteses (“*brainstorming*”).
4. Resumo das hipóteses.
5. Formulação dos objetivos de aprendizagem.
6. Estudo individual dos objetivos de aprendizagem.
7. Rediscussão do problema

Lembrando-se que o elemento central da ABP é o estudante e o GT é a base do método, Borges e colaboradores pontuam ainda sobre os papéis que devem ser desempenhados por cada integrante do GT que são estudante coordenador, estudante secretário, membros do grupo e tutor. O estudante coordenador é aquele que lidera, encoraja os demais membros do grupo, controla o tempo e assegura que o secretário possa anotar adequadamente os pontos de vista do grupo.

O estudante secretário é aquele que registra os pontos relevantes apontados pelo grupo, ajudar a ordenar o raciocínio do grupo sem, no entanto, deixar de participar das discussões e registrar as fontes de pesquisa utilizadas pelo grupo. Os demais membros do grupo acompanham todas as etapas do processo, participam das discussões, ouvem e respeitam a opinião dos colegas, fazem questionamentos, procuram alcançar os objetivos de aprendizagem traçados.

O tutor, além de estimular a participação dos membros, auxilia o coordenador na dinâmica do grupo, verifica a relevância do que foi pontuado pelo grupo, previne o desvio do foco de discussão, assegura que o grupo atinja os objetivos propostos e verifica o entendimento do grupo sobre as questões discutidas. (BORGES, et. al. 2014).

Mamede, et. al. (2001) defende as razões para a opção pela ABP:

Uma análise das razões que justificariam a adoção do PBL deveria considerar a coerência e a adequação da abordagem em relação a alguns aspectos centrais: os fundamentos do processo de aprendizagem do adulto, oriundos especialmente das investigações no campo da psicologia cognitiva, as características próprias da aprendizagem do adulto que o diferenciam daquele da criança e as necessidades determinadas por um contexto de profundas críticas e reformas no campo da educação dos profissionais de saúde. (MAMEDE, et. al. 2001, p. 40-1).

Várias pesquisas relacionadas à aprendizagem significativa apontam, entre as metodologias ativas, a ABP como o método bastante usado no ensino na saúde.

Em face do exposto, especialmente relacionando às críticas que o ensino na saúde vem sofrendo, pode-se apontar na ABP, uma estratégia que vise à transformação da maneira como o processo ensino-aprendizagem na saúde tem sido conduzido, em muitos casos obedecendo ainda o modelo flexneriano totalmente desvinculado das necessidades atuais em saúde.

5.3.1 A Metodologia da Problematização com o arco de Magueres

De acordo com Berbel (2007), o arco de Magueres se configura como base para se aplicar a Metodologia da Problematização, cuja elaboração data da década de 70 do século XX e ganhou notoriedade por meio das publicações de Bordenave e Pereira a partir de 1977,

não sendo muito utilizado nessa época na área da educação. Durante muito tempo, o livro de Bordenave e Pereira foi o único utilizado em educação problematizadora, com inspiração no que já era dito por Paulo Freire.

A figura 2 apresenta o método do arco proposto por Charles Maguerez

Figura 2 – Arco de Maguerez



Fonte: Bordenave; Pereira (1989, p.22)

O arco de Maguerez apresentado por Bordenave e Pereira (1982), possui cinco etapas que podem ser descritas a seguir, conforme Berbel (2011): observação da realidade e definição de um problema, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Na primeira etapa, como descreve Berbel (2007) os participantes são levados a observar a realidade, sem interferência ou influência, e de forma pessoal passam a identificar as características observadas com fins de transformar a realidade observada. Os discentes, sob a orientação do professor, selecionam uma das situações da realidade e a problematizam.

A segunda etapa do arco é chamada de pontos-chave, momento em que se reflete a cerca dos vários fatores que contribuiriam para a existência do problema. Esta prática dá a possibilidade de uma macro compreensão da complexidade e multideterminação do fato observado. A determinação dos pontos-chave permite uma nova reflexão sobre o problema. Recorre-se a Berbel (2007), p. 5 para uma descrição mais fidedigna dessa etapa:

Os pontos-chave podem ser expressos de forma variada: questões básicas que se apresentam para o estudo; afirmações sobre aspectos do problema; tópicos a serem investigados, ou ainda, por outras formas. Assim, possibilita-se a criatividade e a flexibilidade nessa elaboração, após a compreensão do problema pelo grupo.

A terceira etapa do arco, também chamada de Teorização é o momento em que se são construídas respostas mais específicas e elaboradas para o problema identificado. As informações coletadas são subsidiadas através de pesquisa na literatura que tratem sobre a temática. Bordenave (1989), p.25, traz a seguinte afirmação sobre essa etapa: "Todo estudo, até a etapa da Teorização deve servir de base para a transformação da realidade".

A quarta etapa do arco é chamada de hipóteses de solução. Nesse momento Bordenave (1989) afirma que o estímulo à criatividade e originalidade são condições imprescindíveis para se chegar às alternativas de solução que é a quinta e última etapa do arco: “o aluno usa a realidade para aprender com ela, ao mesmo tempo em que se prepara para transformá-la” (Bordenave, 1989, p.25).

A quinta etapa do arco a da Aplicação à Realidade – é aquela que gera possibilidades de intervenção, o exercitar, o manejar situações associadas à solução do problema. A aplicação permite fixar as soluções geradas e contempla o comprometimento do pesquisador para voltar para a mesma realidade, transformando-a em algum grau. (COLOMBO; BERBEL, 2007)

Podemos recorrer à definição utilizada por Vieira e Panucio-Pinto (2015, p.244) sobre a quinta e última etapa do arco:

[...] de caráter prático, essa etapa do arco completa a cadeia dialética ação- reflexão-ação, retornando ao ponto de partida, que é a realidade social. Ao adotar essa trajetória, os estudantes devem tomar decisões de executá-las, indo além do exercício intelectual, pois assumiram compromisso com a transformação do seu meio, mesmo que em pequena dimensão.

Muitos trabalhos publicados recentemente apontam o uso do método do arco proposto Charles Magueres como estratégia pedagógica que tem se mostrado eficaz no sentido de auxiliar o estudante a compreender um problema e posicionar-se pelo enfrentamento e resolução do mesmo (BERBEL, 2007).

As MA que mais se destacam são a Metodologia da Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas. A MP por meio do arco de Magueres sendo apontada como estratégia metodológica crescente em cursos de graduação em Enfermagem. Trata-se de uma metodologia que coloca o estudante para problematizar situações e tentar adequar formas de resolução dessas problemáticas com meios dentro de sua governabilidade. (BERBEL, 2012). Práticas docentes na Enfermagem por meio da MP têm se mostrado exitosas como afirma Lopes et al. (2016) ao descrever sua experiência com o ensino de Terapia intravenosa a alunos do segundo ano de graduação de uma instituição federal de ensino em São Paulo.

Os autores relatam que o uso do método permitiu aos discentes evidenciar os significados conceituais, despertar o interesse e melhorar o aprendizado.

Fujita et al. (2016) descrevem o uso da MP com 52 discentes do 6º e 7º períodos da graduação em enfermagem de uma IES no Paraná com disciplina relacionada a Saúde da Mulher e Saúde da Criança. As autoras afirmam que o uso da estratégia permitiu que os estudantes despertassem a criatividade, criticidade e protagonizassem seu processo de en-

sino-aprendizagem, elaborando brinquedos terapêuticos de ótima qualidade que “podem ser replicados e usados em diferentes ambientes.”

A utilização da MP também é citada no relato de Borille et al. (2012) em um hospital psiquiátrico em a equipe de enfermagem e profissionais da equipe multidisciplinar. Os autores concordam que o uso do da problematização “sustentou a construção do processo educativo-reflexivo, que contribui para humanização do cuidado, a partir da vivência de experiências significativas dos participantes no cotidiano da instituição”. Essa experiência pedagógica com profissionais em exercício laboral, de acordo com os autores, serviu para a “ensejar a reflexão-ação-reflexão sobre a prática do cuidado em saúde mental.”

Quanto às semelhanças e diferenças entre a ABP e a MP Berbel afirma:

é um tipo de Metodologia Ativa que induz o estudante a problematizar as situações, entretanto, pode ser considerada um caminho diferente da MP por trazer aos estudantes a possibilidade de autonomia sobre os objetivos de sua aprendizagem mediada pelo tutor. (BERBEL, 1998)

A mesma autora afirma que a metodologia da problematização proporciona aos participantes ultrapassarem a simples memorização, estimulando-os a desenvolver habilidades criativas e reflexivas que inferem a mobilização dos saberes que já possuem e adquirir outros em diferentes dimensões, como a técnica, a científica, a política e a social, e nos que se refere a professores oportuniza a construção e reconstrução de sua prática pedagógica. (COLOMBO E BERBEL, 2007)

Os entendimentos trazidos por Araújo ao discorrer sobre a aprendizagem efetiva e a necessidade de atividade associada, respaldada nos conceitos da Biologia, são os argumentos irrefutáveis da importância da prática docente ativa. Tais afirmações associadas aos estudos de Ausubel, Novak e Hanesian sobre a capacidade que o indivíduo tem de associar informações novas a conceitos já existentes (subsunçores), fundamentam as metodologias ativas no que se refere a ação de valorização dos conhecimentos prévios dos estudantes. Berbel em seus estudos sobre a Metodologia da Problematização destaca a importância da reflexão e resolução de problemas identificados pelo próprio estudante trazendo assim um significado amplo à construção do conhecimento.

Assim, destacamos desta revisão autores que contribuíram exponencialmente para a compreensão da importância das metodologias ativas na prática pedagógica de professores: Ausubel, Novak e Hanesian (1978), Berbel (1998) e Araújo (2015).

6. DESENHO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de Estudo

Tratar-se de um estudo descritivo, quantitativo, exploratório que segundo Gil (2007), tem como objetivo a apresentação das características de uma população ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

De acordo com Sousa (2001), o objetivo da descrição é atuar como auxiliar para o reconhecimento, assim, uma boa descrição é reconhecida em termos de facilidade para o leitor reconhecer o objeto é este seu principal mérito: criar uma reprodução tão clara quanto possível do objeto de estudo. Outra característica da pesquisa qualitativa é o destaque dado à maneira como diferentes sujeitos interpretam suas experiências e à maneira como organizam o mundo social em que vivem.

Em relação ao método quantitativo, como enfatiza Gondim (2003), é uma abordagem que gera possibilidades de oferecer dados sobre o perfil dos sujeitos da pesquisa, bem como dados relativos à infraestrutura das instituições pesquisadas, uma vez que a pesquisa quantitativa permite a aproximação entre ciência natural e ciência social, por meio de análises estatísticas, mensuração, quantificação, dados objetivos, análise de frequências e regularidades.

Minayo (2008) defende que não há como sobrepor o método qualitativo ao quantitativo. Ambos têm sua importância definida, seu lugar e sua adequação na pesquisa. As duas abordagens conduzem a resultados importantes sobre a realidade, não sendo assim possível estabelecer prioridade de um sobre o outro.

6.2 Campo social da pesquisa

O estudo foi realizado na Universidade Federal do Piauí (UFPI) – IES 1, campus Senador Helvídio Nunes de Barros (CSHNB), Rua: Cícero Duarte s/n, bairro: Junco e na Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Campus Professor Barros Araújo – IES 2, localizada na BR-316 s/n, bairro Altamira, ambas encontram-se instaladas no município de Picos - PI, na região centro-sul do Piauí, que possui uma área total de 534,715 km², e encontra-se distante da capital, em linha reta, 310 km.

A escolha dessas instituições se deu pelo fato de serem as únicas ofertantes do curso de Enfermagem no município de Picos, com período de funcionamento superior a cinco anos. A UFPI, em Picos-PI, possui atualmente onze cursos de graduação sendo cinco do tipo

bacharelado (Administração, Sistema de informações, Nutrição, Enfermagem e Medicina) e seis cursos do tipo Licenciatura (Ciências Biológicas, Letras Português, Pedagogia, História, Matemática e Educação no Campo/ Ciências da Natureza).

A UESPI de Picos-PI, Campus Professor Barros Araújo, possui atualmente nove cursos de graduação sendo seis do tipo Bacharelado (Administração, Agronomia, Ciências Contábeis, Comunicação Social, Direito, Enfermagem) e quatro do tipo Licenciatura (Ciências Biológicas, Educação Física, Letras Português, Pedagogia).

6.3 Sujeito social da pesquisa

Os sujeitos dessa pesquisa foram compostos por professores do curso de graduação em enfermagem do primeiro ao último período do curso em todos os turnos de funcionamento.

O campus Senador Helvidio Nunes de Barros da UFPI em Picos, oferta curso de Bacharelado em Enfermagem desde o ano de dois mil e seis e atualmente conta com trinta e seis docentes sendo vinte efetivos e dezesseis professores temporários.

O curso de Bacharelado em Enfermagem do campus Professor Barros Araújo em Picos da UESPI, oferta essa graduação em Enfermagem desde 2003 e atualmente possui vinte e dois docentes, sendo quatorze deles, efetivos e oito professores temporários.

Os números de docentes da cada IES foi informado pelo setor de assuntos acadêmicos de ambas as instituições, no que se refere ao segundo semestre letivo do ano de 2017. O quantitativo de professores é variável a cada semestre levando em consideração que o quadro de cada instituição ainda está em construção, além disso, existe uma flutuação na quantidade, uma vez que ambas as universidades oferecem processos seletivos para contratação provisória de professores que atuam com fins de ajustar a carga horária de disciplinas cujos titulares estejam em afastamento por motivo de saúde, licenças, processo de aposentadoria ou em cursos de pós-graduação *Stricto Sensu*.

Seis professores da UFPI encontravam-se afastados (cinco para realização de curso de pós graduação *Stricto Sensu*, todos em nível de doutorado e um afastamento do tipo licença sem vencimento). Na UESPI, três professores estavam gozando de licença (um para tratamento de saúde e os outros dois para curso de pós-graduação *Stricto Sensu*, um em nível de doutorado e outro em nível de mestrado).

Dessa forma, excluindo-se os docentes afastados, obteve-se um total de **vinte e cinco docentes** em plena atividade que foram convidados a participar da pesquisa. Destes, nove

docentes da UFPI e sete docentes da UESPI, devolveram os instrumentos completamente respondidos e com TCLE assinado, totalizando, assim, 16 participantes nesse estudo.

6.4 Critérios de inclusão e exclusão

O critério de seleção dos participantes foi o de ser docente do quadro efetivo, ser graduado em Enfermagem e estar em plena atividade de suas funções; também demonstrar disponibilidade e aceitar participar da pesquisa deixando de forma explícita a anuência e concordância com os termos da investigação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice C).

Foram excluídos da pesquisa participantes que não atenderam aos critérios supracitados, e aqueles que mesmo podendo ser inclusos na amostra, não quiseram participar.

6.5 Coleta e análise de dados

A coleta de dados para esse estudo envolveu a aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas, adaptado do instrumento utilizado por Matias (2013), Apêndice D, e aplicação de um questionário totalmente objetivo, Apêndice E, também adaptado do instrumento usado por Silva (2013).

O questionário segundo Gil (1999, p.28) pode ser definido como uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas.”

Gil aponta entre as vantagens do uso de questionário: “garante o anonimato das respostas, permite que as pessoas respondam no momento que julgarem mais conveniente, não expõe o pesquisador a influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.” (GIL, 1999).

O primeiro instrumento de coleta (apêndice D) é um questionário composto por questões objetivas (contendo dados gerais sobre o sujeito pesquisado) e questões subjetivas que investigaram conhecimento e uso de metodologias ativas por parte dos docentes. Este instrumento foi retirado da Tese de Doutorado de Matias (2013) que investigava sobre Metodologias de Ensino e Práticas Pedagógicas em um curso de Odontologia e foi adaptado para esta pesquisa para investigação sobre Metodologias Ativas especificamente.

O segundo instrumento de coleta é um questionário (apêndice E), foi retirado da Tese de Silva (2013) que investigou docência universitária em um curso de enfermagem,

analisando os saberes docentes dos professores, cujo instrumento de coleta foi denominado de inventário, composto por questões objetivas com frases afirmativas divididas em cinco categorias, das quais, adaptamos e utilizamos três delas nesta investigação, a saber: formação profissional, concepções de ensino aprendizagem e saberes dos docentes por meio da escala de Likert. De acordo Brendalise (2005), essa escala permite mensurar o grau de concordância ou discordância do sujeito pesquisado relativo à atitude que está sendo investigada.

A escala de Likert é usada para medir quantitativamente atitudes, medos, motivos e percepções em diferentes pessoas, sobre determinado objeto. Tal instrumento consiste em afirmações declarativas denominadas itens que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Aos respondentes solicita-se que indique o grau de concordância ou discordância com a opinião expressa pela declaração. A escala Likert permite concisamente fazer boa discriminação entre pessoas com diferentes pontos de vista. (POLIT, BECKER, HUNGLER, 2004).

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa, solicitamos os contatos dos professores à coordenação dos cursos de ambas as universidades e combinamos com cada docente de forma individual, um momento nas dependências de cada campus, no qual pudéssemos apresentar as pretensões do trabalho. O encontro com os docentes ocorreu de forma individual e procedemos com a explicação dos objetivos do trabalho, bem como demais aspectos inerentes ao processo metodológico. Cada docente que optou em participar da investigação recebeu um envelope lacrado, identificado individualmente, contendo impressos os dois instrumentos de coleta e o TCLE, sendo acordado que leriam o conteúdo e confirmariam a participação no estudo por meio da assinatura do TCLE e resposta completa dos instrumentos de coleta.

Também ficou acordado que os participantes do estudo devolveriam o envelope num prazo de no máximo quinze dias deixando na coordenação dos cursos e endereçado à pesquisadora ou escaneados e enviados por e-mail.

A análise quantitativa dos dados de ambos os instrumentos foi feita através da organização das respostas dadas pelos professores por meio de tabelas utilizando o editor de planilhas *Microsoft Office Excel 2010*, que possui ferramentas de cálculos os quais auxiliaram na construção de tabelas que, neste trabalho, explicitaram as frequências relativas e absolutas das respostas dadas pelos docentes. Dessa maneira, os dados foram analisados segundo informações estatísticas de frequência e cruzamentos de respostas.

As perguntas abertas serviram para fundamentar e manter relação com as respostas objetivas e com o conhecimento que os professores possuem sobre Metodologias Ativas.

6.6 Aspectos éticos

As informações éticas estão descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice C) e foi assinado para ser assinado pelos que consentiram participar da pesquisa sem nenhum tipo de coação.

Solicitou-se aos responsáveis das instituições participantes a assinatura do Termo de Anuência, após a apresentação do projeto de pesquisa e das formas como a mesma seria conduzida.

As questões éticas estiveram baseadas na resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012b), uma vez que envolve seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - UECE como o parecer de número **2.335.616** (Anexo 1) e só então foi iniciada a coleta de dados.

Para o estudo ser realizado, obtivemos a anuência das duas instituições envolvidas (Apêndices A e B). Além disso, tivemos o TCLE que foi assinado por todos os participantes da pesquisa garantindo o direito ao anonimato, a preservação da sua identidade, a utilização das informações colhidas somente para fins científicos, o direito de desistir do estudo a qualquer momento, o objetivo da investigação, os riscos e os benefícios do trabalho.

Foram esclarecidos aos participantes no TCLE os riscos da pesquisa que são de natureza não física que poderia residir no constrangimento de ser explanar sobre a sua prática podendo gerar algum desconforto ou fadiga.

Também se apresentou a minimização dos riscos de desconforto por meio da entrega dos instrumentos de coleta em envelope fechado e foi orientado aos participantes que o preenchimento das respostas fosse realizado em momento e local que julgassem mais confortável e adequado sem que se sentissem constrangidos ou coagidos a fazê-lo na presença do pesquisador.

Apresentamos a seguir o processo de análise e discussão dos dados.

7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo refere-se à apresentação de resultados e discussão relativos à pesquisa de campo realizada para esta dissertação por meio dos instrumentos de coleta utilizados, embasados na fundamentação teórica a respeito do tema concepções e práticas docentes sobre as metodologias ativas no ensino de enfermagem. A coleta foi realizada por meio da

entrega de dois instrumentos: um questionário adaptado da Tese de Matias (2013) (Apêndice D) e um inventário adaptado da adaptado da Tese de Silva (2013) (Apêndice E) que avalia o grau de importância através de escala Likert.

Para isso estruturou-se essa seção em três tópicos. Os tópicos I e II tiveram as informações coletadas do Apêndice D composto por questões abertas acerca dos dados gerais dos docentes, para composição de perfil, e perguntas abertas sobre as metodologias ativas. A representação dos docentes foi feita através de codificação alfa numérica de acordo com a ordem de entrega dos questionários. O tópico III foi extraído do Apêndice E com quesitos objetivos avaliando o grau de importância que os docentes atribuem a itens sobre docência, práticas relativas a métodos conservadores e a métodos inovadores, conforme descrição a seguir:

Tópico I- Caracterização dos sujeitos pesquisados que apresentam informações relativas ao sexo, faixa etária, maior titulação, jornada de trabalho como docente e tempo de magistério superior; (APÊNDICE D)

Tópico II - Concepções dos docentes sobre as metodologias ativas por meio de elementos oriundos das respostas dos questionários, afirmando-se que se definiram itens de análise advindos dos dados coletados, focados no contexto das metodologias ativas os quais são apresentados no Quadro 5. (APÊNDICE D)

Tópico III- Correlação estatística sobre a importância dada a aspectos inerentes a currículo, projeto pedagógico de curso, prática docentes, métodos inovadores e métodos conservadores apresentadas e discutidas por meio de tabelas com apresentação de frequência e cruzamento das respostas obtidas. (APÊNDICE E)

Vale anunciar que fizemos que na apresentação uma análise interpretativa sem utilizar categorias de análise. Acreditamos que o conceito de categorias está vinculado à classificação ou agrupamento de elementos com um diagnóstico preliminar antes da pesquisa e identificamos que os professores investigados não aplicavam métodos ativos. Optamos por descrever, classificar e interpretar os dados à luz do discurso de autores sobre metodologias ativas.

Dessa forma, achamos que ao evidenciarmos na pesquisa um conjunto de ideias sobre metodologias ativas, somada à visão dos professores, concepções e práticas sobre a temática, estaremos trazendo contribuições para que esses professores e outros que ainda não tem formação adequada possam tomar como ponto de partida as percepções e práticas evidenciadas nessa investigação.

Vale salientar que para subsidiar nossa interpretação dos resultados nos utilizamos da nossa revisão de literatura acrescida de outros autores que discutem a temática.

7.1 Dados relativos à caracterização dos participantes.

Apresentação de perfil é importante para que se possa ter uma visão geral dos indivíduos pesquisados e também compreender em que contexto e como podem ser classificados os participantes. Tais informações em associação com as demais apontam resultados mais fidedignos à investigação. O quadro 4 apresenta a descrição geral dos docentes de enfermagem investigados nas IES 1 e IES 2 e que foram representados pela letra “P”, seguida de número de ordem de análise dos instrumentos:

Quadro 4 - Perfil docente

Participantes	Sexo	Faixa Etária	Maior Titulação	Jornada de trabalho como docente	Tempo de magistério superior
P1	Maculino	21-30	Mestre	40h	5 anos
P2	Masculino	31-40	Mestre	40h	6 anos
P3	Feminino	31-40	Especialista	20h	4 anos
P4	Feminino	21-30	Doutor	40h	6 anos
P5	Feminino	41-50	Mestre	40h	10 anos
P6	Feminino	31-40	Doutor	40h	9 anos
P7	Feminino	31-40	Doutor	40h	12 anos
P8	Feminino	21-30	Mestre	40h	2 anos
P9	Feminino	41-50	Mestre	20h	4 anos
P10	Feminino	31-40	Doutor	40h	4 anos
P11	Feminino	>50	Mestre	40h	18 anos

(Conclusão)

P12	Feminino	41-50	Doutor	40h	12 anos
P13	Feminino	31-40	Doutor	40h	10 anos
P14	Feminino	31-40	Mestre	40h	10 anos
P15	Feminino	41-50	Mestre	40h	10 anos
P16	Feminino	31-40	Mestre	40h	5 anos

Fonte: elaborado pela autora

Observou-se que a ocorrência do sexo feminino predominou entre os sujeitos pesquisados (87,5%), fato que corrobora com o pensamento de Amorim (2009) ao afirmar que o exercício da enfermagem por mulheres se relaciona ao patriarcalismo da sociedade que determinou durante muitos anos que o cuidado de enfermagem fosse uma ação de caráter essencialmente feminino.

A enfermagem ao ser reconhecida como profissão levou a implementação de seu ensino e a maior frequência de mulheres também se deu na docência mantendo relação com o fato de o cuidado na enfermagem ter sido predominantemente realizado pelo sexo feminino ao longo dos anos. (SOUZA et, al. 2014)

Quanto a faixa etária a maior parte dos pesquisados encontram-se na faixa entre 31 e 50 anos, confirmando o que apontam estudos sobre perfil de docente de ensino superior no Brasil. (SILVA, 2013). É nessa faixa etária que, de acordo com Friedlander; Moreira 2006, profissionais com certa maturidade intelectual e emocional buscam a carreira docente, o que já havia sido observado por Tardif (2002) ao afirmar que o motivo de muitos se aproximarem do ofício docente reside no desejo em socializar suas experiências.

No que concerne ao magistério superior e os pré-requisitos para aderir a profissão, possuir pós-graduação *Stricto Sensu* é uma das exigências da maioria dos concursos para docentes efetivos em IES públicas nos últimos anos, embora em algumas regiões do Piauí ainda surjam editais que abram vagas para docente com pós-graduação *Lato Sensu*, tais certames vêm sendo cada vez mais raros. Dos docentes pesquisados, seis possuem titulação em nível de Doutorado (37,5%), nove em nível de Mestrado (25%) e apenas um docente possui título somente de Especialista (6,25%).

Quanto à jornada de trabalho, 87,5% dos professores trabalham 40h semanais o que demonstrou haver predominância no sistema dedicação exclusiva (DE). Os demais professores com carga horária de 20h semanais acumulam a tarefa de professor com outra função profissional.

O tempo de experiência no magistério em graduação é fundamental para que o êxito do processo ensino aprendizagem alcance níveis satisfatórios (Tardif 2002). Na população pesquisada, 62,5% possuem mais de 5 anos de magistério superior sendo portanto, considerados professores com relativa experiência.

De acordo ainda com Tardif (2002), os saberes experienciais são o núcleo vital do saber docente, logo, pode-se concluir que a experiência traz a destreza necessária para que o docente alcance seus objetivos pedagógicos.

7.2 Dados relacionados à concepção dos docentes sobre as metodologias ativas

Esta parte do estudo refere-se às respostas coletadas junto aos docentes de enfermagem por meio do Apêndice D com fins de verificar as concepções dos mesmos a respeito das metodologias ativas.

Posteriormente a transcrição das respostas dadas pelos docentes, procedeu-se a organização por itens, integração das respostas por meio de codificação e organização de subitens que emergiram dos itens conforme explicitado no quadro 5:

Quadro 5 - Itens, codificações, subitens advindos da análise dos questionários aplicados aos docentes de enfermagem.

ITENS	CÓDIGOS	SUBITENS
Conhecimento sobre Metodologias Ativas	C D	Conhece Desconhece
Entendimento sobre de Metodologias Ativas	EA EI	entendimento adequado entendimento inadequado
Importância das Metodologias Ativas	MR R PR	Muito relevante Relevante Pouca relevância
Viabilidade de aplicação das Metodologias Ativas	V VSC	Viável Viável sob condições

(Continua)

(Conclusão)

Utilização de metodologias ativas	U NU	Utiliza Não utiliza
-----------------------------------	---------	------------------------

Fonte: elaborado pela autora

As respostas dadas pelos docentes permitiram organizar a análise em cinco itens sobre as M.A.: Conhecimento, Entendimento, Importância, Viabilidade de aplicação e Utilização das Metodologias Ativas, estes por sua vez delinearão onze subitens (Conhece e desconhece, Entendimento adequado e Entendimento inadequado, Muito relevante, Relevante e Sem Relevância, Viável e Viável sob condições, Utiliza e Não utiliza).

7.2.1 Item - Conhecimento sobre metodologias ativas

O item **Conhecimento sobre metodologias ativas** está demonstrado na Tabela 1, cuja organização apresenta distribuição dos subitens “Conhece” e “Desconhece”, frequências e percentual dos achados nos dados coletados.

Tabela 1 - Distribuição dos subitens, frequências e porcentagens referentes ao conhecimento de Metodologias Ativas com docentes de Enfermagem .

ITEM– Conhecimento sobre as Metodologias Ativas		
Subitens	Frequências	%
Conhece	12	75
Desconhece	4	25
Total	16	100

Fonte: Elaborada pela autora

No subitem “conhece” são observadas respostas dos professores que já ouviram falar ou tiveram algum contato com as Metodologias Ativas, dos quais todos citaram pelo menos um exemplo relacionado ao tema em questão.

Dos dezesseis sujeitos da pesquisa, doze docentes (75%) afirmaram conhecer as M.A, apresentando algum exemplo delas, conforme transcrições a seguir:

Sim, ensino pela problematização e organização curricular em torno da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP (P1)

Sim. PBL. Problematização. (P6)

Sim, PBL, TBL, metodologia da problematização, espiral construtivista, uso de filmes, estudos de casos (P16)

De acordo com Freire (2009), a educação não pode ser concebida como um processo unilateral na qual o docente é o detentor de informações e o aluno é um mero depósito de conteúdos. O estímulo a autonomia é condição indispensável para que a educação ocorra. Nessa perspectiva, não se concebe mais um saber docente sem o conhecimento e domínio de métodos ativos que tragam ao estudante o estímulo necessário para construção do seu conhecimento de forma compartilhada.

A atual perspectiva de ensino em saúde tem requerido dos docentes uma maior imersão nas formas de tornar o discente de graduação mais engajado no processo ensino aprendizagem de forma a abandonar a passividade e torna-se mais autônomo na construção de seu aprendizado, e os métodos ativos, vem sendo utilizado com muito êxito no alcance desses objetivos. (MITRE, 2008)

Nesse sentido, o conhecimento de novas perspectivas pedagógicas por meio dos métodos ativos, que façam com que a aprendizagem seja concretizada numa vertente problematizadora é a discussão mais atual no ensino superior, já que estamos vivendo numa sociedade cujas demandas têm se modificado de forma rápida e frequente, exigindo habilidades e atitudes diferentes das épocas anteriores. (GEWEHR,2016).

No que se refere ao subitem “desconhece”, 25% dos professores pesquisados afirmaram não saber do que se tratam as metodologias ativas conforme transcrições a seguir:

Não conheço. (P12)

[...] não fiz cursos sobre isso, mas tento utilizar outros recursos além do projetor de slides, como rodas de conversa para discussão de casos, intervenções educativas com material didático elaborado pelos alunos, propondo a discussão de variados temas e recursos multimídia do SIGAA. (P13)

O desconhecimento dos educadores sobre métodos ativos de ensino pode se revelar preocupante, já que a sociedade da informação em que vivemos atualmente é baseada em competências cognitivas, que não são adquiridas de forma convencional, ou por métodos tradicionais de ensino, muito pelo contrário, exigem “proatividade, colaboração personalização e visão empreendedora” (MORAN, 2015)

Almeida e Valente (2012), corroboram o pensamento de Moran (2015) ao afirmar que os métodos tradicionais ou convencionais faziam sentido quando o acesso à informação era difícil. Com o advento da internet, a simples transmissão de informação pelos professores se tornou desprivilegiada. O aluno pode conseguir por vias tecnológicas a aquisição de informação de forma rápida e prática, desobrigando o docente dessa função reducionista.

7.2.2 Item - Entendimento sobre metodologias ativas

A tabela 2 apresenta o item **Entendimento sobre metodologias ativas**, da qual surgiram dois subitens: entendimento adequado e entendimento inadequado sobre M.A.

Tabela 2 - Distribuição dos subitens, frequências e porcentagens referentes ao entendimento sobre Metodologias Ativas com docentes de Enfermagem .

ITEM – Entendimento sobre Metodologias Ativas		
Subitens	Frequências	%
Entendimento adequado	12	75
Entendimento inadequado	4	25
Total	16	100

Fonte: Elaborada pela autora

No subitem “entendimento adequado” apontaram-se as respostas dadas pelos docentes que foram consideradas adequadas ao serem relacionadas ao conceito de Metodologias Ativas. Foram consideradas adequadas 75% das respostas sobre o que são metodologias ativas conforme pode ser observado nos trechos:

conhecimento, bem como pela mudança de uma realidade com base no conhecimento adquirido e observado. (P1)

São modos de organizar o processo de ensino e aprendizagem baseados na interação docente e discente, favorecendo a interlocução direta desses sujeitos, colocando-os em posição que não hierarquize de forma patológica o ensino. As metodologias ativas também são formas de situar o indivíduo em situação de aprendizagem a conflitos com os cenários da prática e à reflexão de soluções práticas e estruturadas para os problemas que se apresentam no mundo real. (P2)

Metodologia ativa, para mim, é um modo de ensino-aprendizagem que, quando colocado em prática, faz o discente perceber que ele é o responsável pelo seu aprendizado, diferente do que ocorre no método verticalizado de ensino, que o docente fala tudo o que acha que o discente deve aprender. A metodologia ativa me parece algo horizontalizado, no qual o discente e o docente discutem sobre uma situação problema, mas essa discussão tem como agente o discente. O docente faz um papel de facilitador. (P4)

O professor 2 apresenta um entendimento adequado a respeito das metodologias ativas, ao tomarmos por base o conceito de Berbel ao dizer que podem ser entendidas como “formas de desenvolver o processo de aprender utilizando experiências reais ou simuladas, visando às condições de solucionar com sucesso desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos”. (BERBEL, 2008).

Para mim as metodologias ativas são como formas de desenvolver o processo de aprender que os facilitadores utilizam na busca de conduzir a formação crítica de futuros profissionais nas mais diversas áreas. (P-10)

O entendimento do professor 10, no tocante à formação através da criticidade, concorda com a fala de Sobral e Campos (2012) que conceituam as metodologias ativas como „uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa e se compromete com seu aprendizado”.

Mostram-se adequadas as falas dos professores 11 e 13 quanto ao estímulo ao protagonismo e autonomia dos estudantes através dos métodos ativos de ensino:

É um processo ensino-aprendizagem amplo em que o estudante é o principal protagonista no seu aprendizado. (P11)

São recursos que estimulam os alunos a ser protagonista no processo de aprendizagem. (P13)

Fava (2016) define como objetivo de formação educacional “a formação do profissional-cidadão, competente, capacitado a entrar e manter-se no mercado de trabalho e desenvolver com eficiência, eficácia e efetividade a ocupação que escolheu.”

Tal modelo apresentado por Fava, de acordo com Debald e Golfeto, tem como princípio básico o protagonismo estudantil e a autonomia do estudante:

[...] o protagonismo e a autonomia do estudante se traduz no estudo independente do conteúdo do componente curricular em casa, a partir da indicação de textos, vídeos e exercícios e da resolução de desafios de aprendizagem. O envolvimento do aluno, realizando tarefas-atividades diversas, através de metodologias ativas, é característica central do modelo. A aprendizagem significativa se instala quando no enfrentamento dos temas em estudo o aluno é instado a fazer atividades, como escrever textos, resolver problemas e desafios, elaborar gráficos, mapas mentais, refletir, comparar, analisar, discutir com os colegas e com o professor e ao final apresentar um resultado de suas atividades. (DEBALD E GOLFETO, 2016)

Ao relacionar as metodologias ativas como o protagonismo estudantil os mesmo autores são categóricos ao afirmar:

O protagonismo, um dos pilares fortes do modelo pedagógico só ocorre pela participação efetiva do estudante nas atividades propostas pelo docente. Nenhum estudante se torna protagonista de seu processo formativo apenas ouvindo aulas expositivas. As metodologias ativas têm a função de envolver o estudante nas etapas da aula. Isso se torna factível quando desafios propostos são interessantes, fizerem sentido e estiverem conectados com a prática. (DEBALD E GOLFETO, 2016)

Berbel (2011) afirma que “educar para a autonomia significa também, um ato político e para o campo de formação profissional [...], um ato político pedagógico.” Concorrem para a promoção da autonomia as atividades de aprendizagem que possibilitam um dado comportamento, no qual haja envolvimento pessoal, baixa pressão e alta flexibilidade em sua execução, e percepção de liberdade psicológica e de escolha. (BZUNECK E GUIMARÃES, 2010).

As metodologias ativas apresentam diversos aspectos que estabelecem relação com a promoção da autonomia do estudante na construção do seu aprendizado. Para Berbel (2011), o engajamento dos alunos em relação às novas aprendizagens, pela compreensão, pela escolha e pelo interesse, é condição essencial para ampliar suas possibilidades de exercitar a liberdade e a autonomia na tomada de decisões.

Já no que se refere à subcategoria “entendimento inadequado”, 25% dos docentes apresentaram em suas respostas divergências entre o que eles julgam ser metodologias ativas e o que se encontra na literatura de referência a respeito do tema, conforme transcrição a seguir:

É uma atividade desenvolvida com o propósito de ensinar (a aprendizagem auto indicativa)
(P14)

Berbel (2011) reitera que “nesse caminho, o professor atua como facilitador ou orientador para que o estudante faça pesquisas, reflita sobre o que fazer para atingir os objetivos de aprendizagem estabelecidos.”

Para o docente, sair da postura de controle do processo não significar dizer que ele deixe de exercer um papel importante, uma vez que compete ao professor ajudar o

discente a reconhecer e encontrar formas adequadas de perceber uma situação problema e desenvolver meios de resolvê-la. Logo, é equivocada a afirmação, no que se refere a Metodologias ativas, que a aprendizagem é auto indicativa, ou seja, que professor ensina o estudante a determinar o que vai estudar. Isso exclui o docente do processo, o que não está alinhado à perspectiva dos métodos ativos.

Observemos o que foi dito por Gemignani (2012) sobre o papel do professor na condução do processo ensino-aprendizagem através das Metodologias Ativas:

[..] o professor/tutor tem um papel importante, que é permitir que o estudante se aproprie do problema de forma independente e autônoma. Essa metodologia requer um esforço dos professores no sentido de propiciar modelos e cenários de ensino que permitam o trabalho e a aprendizagem em níveis adequados de complexidade e relevância.

Outro entendimento considerado inadequado foi o do docente P7 conforme transcrito:

São diretrizes que orientam os processos de ensino e aprendizagem.
(P7)

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) são normas obrigatórias para a Educação que orientam o planejamento curricular das escolas e dos sistemas de ensino. Elas são discutidas, concebidas e fixadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). (MENESES e SANTOS, 2001).

No que se refere a cursos de graduação o estabelecimento das diretrizes gerais para elaboração de currículos é regulado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDB (9394/96). O Plano Nacional de Graduação (PNG) estabelece princípios para as atividades de graduação nas IES apresentando diretrizes, parâmetros e metas para seu desenvolvimento concreto. Algumas dessas diretrizes se referem mais especificamente as diretrizes curriculares, no entendimento que a elaboração dos currículos é a ação básica para o planejamento nacional de ensino. (BRASIL, 2001)

Nesse sentido, se torna equivocada a designação do termo „diretrizes“ para a composição da significação de MA, já que elas estão mais relacionadas com os processos ativos pelos quais o estudante atingirá os objetivos de aprendizagem. Logo, as metodologias, ativas ou não, entram no eixo de composição das diretrizes.

7.2.3 Item – Importância das metodologias ativas

Desde ponto em diante analisaremos o item **Importância das metodologias ativas** de acordo com as respostas dos docentes as quais foram representadas na tabela 3:

Tabela 3 – Distribuição dos subitens, frequências e porcentagens referentes a importância das Metodologias Ativas com docentes de Enfermagem .

ITEM – Importância das Metodologias Ativas		
Subitens	Frequências	%
Muito Relevante	5	31,25
Relevante	10	62,5
Pouco relevante	1	6,25
Total	16	100

Fonte: Elaborada pela autora

Quando indagados a respeito da importância das MA, 31,25% dos professores afirmaram que são muito importantes, 62,5% concordaram que são importantes.

A relevância das metodologias ativas reside no impacto que elas causam na aprendizagem dos estudantes. Considerada por Freire (2006), apud Gemignani (2012) como uma concepção educativa que estimula processos construtivos de reflexão-ação-reflexão em que o estudante tem uma postura ativa em relação ao seu aprendizado, as MA promovem situações práticas através de resolução de problemas que sejam desafiantes, que permitam pesquisar e descobrir soluções aplicáveis à realidade.

A contextualização da aprendizagem no século XXI acontece em cenários de mudança e inovação, assim faz-se necessário que os professores assumam uma nova postura a partir da desconstrução do olhar limitado antes direcionado pela formação tradicional. (DEBALD E GOLFETO, 2016). Nesta concepção estão situados os discursos dos docentes que julgam as MA muito importantes, observado no subitem “muito relevante”:

De fundamental importância... a enfermagem precisa hoje ser bem criativa nas formas do cuidar, e as metodologias ativas dão esse suporte. Aprender de forma leve, mas levando em conta o científico e sua vivência. (P- 5)

Considero de suma importância para que o aluno consiga associar o conhecimento e assim aperfeiçoar suas habilidades e melhorar suas atitudes. (P15)

A valorização da consciência, das vivências e dos conhecimentos prévios na proposta da metodologia da problematização e da aprendizagem baseada em problemas (métodos ativos de aprendizagem) está fundamentada na aprendizagem com significado da qual Freire (1980) afirmou:

[...] A conscientização é um compromisso histórico. É também consciência histórica: é inserção crítica na história, implica que os homens assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo. Exige que os homens criem sua existência com um material que a vida lhes oferece [...] A conscientização não está baseada sobre a consciência, de um lado, e o mundo, de outro; por outra parte, não pretende uma separação. Ao contrário, está baseada na relação consciência-mundo. (FREIRE, 1980, p. 26-27).

A percepção do professor P5 a respeito da valorização da vivência do discente no processo de construção do conhecimento é encontrada em Mitre (2008) que declara haver duas condições para a aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, ou seja, a postura própria do discente que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva.

De acordo com o mesmo autor, a aprendizagem significativa acontece e um movimento de continuidade/ruptura, no qual o estudante é capaz de relacionar o conteúdo apreendido aos conhecimentos prévios, ou seja, o conteúdo novo deve apoiar-se em estruturas cognitivas já existentes, organizadas como subsunçores, estruturas já referidas anteriormente por Ausubel; Novak; Hanesian (1978).

Com relação ao subitem “relevante” encontramos respostas que associam a importância das MA à competências, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas pelos estudantes:

Elas são importantes porque transcendem as do ensino vertical que costumamos colocar em prática. No ensino que eu coloco em prática, da forma como me é oportunizado na universidade, eu me vejo como transmissora de conhecimentos e não vejo esse ensino se transformar em habilidade e atitude. Isso ocorre porque o discente não é agente da busca pelo conhecimento. Ele sempre fica na espera. As metodologias ativas, por oportunizarem ao discente o papel de agente, pode permitir que ele se sinta seguro em tentar sozinho, em se lançar na busca pela conhecimento com autonomia. A repetição desse estímulo favorece a transformação do conhecimento do acadêmico de enfermagem em habilidade e em atitude. (P-4)

É importante no ensino de enfermagem, porque este processo estimula a autoaprendizagem, educação continuada, oferece meios para desenvolver a capacidade de análise e síntese de situações vivenciadas, Trabalha também o perfil de competência de cada aluno. (P-11)

De acordo com Ruthes e Cunha (2008), o conceito de competência ocorre em três dimensões distintas, os conhecimentos, as habilidades e as atitudes, mas especificamente, competência tem haver com o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes interdependentes e necessárias à conclusão de uma determinada tarefa.

O conhecimento, de acordo com as mesmas autoras, corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo que lhe permitem entender o mundo, a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido com vistas à consecução de um propósito definido e a atitude diz respeito aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho. (RUTHES e CUNHA, 2008).

Ao analisar a fala do docente P4, percebemos que apesar do conhecimento sobre metodologias ativas e o reconhecimento dos benefícios advindos de sua utilização no processo educativo, ela admite ser uma „transmissora de conhecimentos“, em virtude das

condições oferecidas pela IES em que leciona. Tal postura docente apresenta-se oposta ao que se discute sobre o papel do docente em enfermagem no Brasil atualmente.

A formação do enfermeiro, pautada nas Diretrizes Curriculares Nacionais enfatizando a perspectiva crítica, reflexiva e as competências, já são realidade em centros de referência no ensino superior como, por exemplo, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), que buscou reformular o projeto pedagógico do curso alicerçando-o em conceitos centrais de políticas públicas de educação e saúde brasileira:

O novo projeto pedagógico da EERP/USP centrado no currículo integrado por competência e metodologia ativa, resultou de demandas internas e externas, explicitadas pela insatisfação com o modelo de ensino disciplinar, desintegração das áreas básica e profissional, valorização da abordagem tecnológica e procedimental na atenção clínica, diante das novas Diretrizes e Bases da Educação Nacional e da Graduação em Enfermagem, frente às políticas públicas da saúde e responsabilidade social da universidade pública. (PARANHOS e MENDES, 2010)

Debald e Golfeto (2016) em seu estudo sobre uma IES no Rio Grande do Sul e a implantação de métodos ativos nas práticas educativas afirmaram obter como consequência direta pelo uso de MA a melhora dos estudantes nos índices de avaliação do ENADE, assim como o comprometimento aos estudos, o desenvolvimento de competências, melhora da comunicação escrita e poder argumentativo:

A introdução da Metodologia Ativa de Aprendizagem, a resolução de problemas reais diagnosticados na comunidade são motivações para a permanência e defesa do modelo pedagógico pelos estudantes. O conhecimento é uma parceria entre docentes e estudantes, impactando positivamente na mudança pedagógica. Estuda-se para aprender e não para fazer provas. Quando confrontamos as entrevistas dos estudantes com a bibliografia, identificamos que o discurso não é livresco, mas provém da vivência no modelo. E a naturalidade com que falam das mudanças e transformações, contribuem para entender que ocorre produção de aprendizagens, pois ao final de cada semestre letivo os estudantes apresentam soluções para os problemas diagnosticados. (DEBALD E GOLFETO, 2016)

Assim, observa-se que as mudanças nos paradigmas de ensino na graduação a fim de romper com o reprodutivismo e mecanização do ensino só ocorrem se estiverem alinhadas com mudanças de ordem curriculares e estruturais o que oportuniza e facilita uma transformação na concepção dos professores a respeito de suas práticas docentes.

7.2.4 Item – Viabilidade de aplicação das metodologias ativas

A tabela 4 apresenta o quantitativo das respostas dos professores sobre considerarem a **Viabilidade de aplicação das metodologias ativas** no seu cotidiano profissional.

Tabela 4 – Distribuição dos subitens, frequências e porcentagens referentes a concepção sobre a viabilidade de aplicação das Metodologias Ativas com docentes de Enfermagem .

ITEM – Viabilidade de aplicação das Metodologias Ativas		
Subitem	Frequências	%
Viável	11	68,75
Viável sob condições	5	31,25
Total	16	100

Fonte: Elaborada pela autora

Dos professores pesquisados, 68,75% consideram totalmente viável a aplicação das metodologias ativas em suas práticas pedagógicas não apresentando nenhuma restrição ou objeção a utilização delas no cotidiano docente. Porém, 31,25% creem que a aplicação dos métodos ativos só podem ser dar diante de certas condições conforme observamos nas falas a seguir:

Sim, é viável, desde que os docentes sejam capacitados para tal. A solicitação dessa aplicação sem orientação de como deva ocorrer pode desvirtuar a ideia principal das metodologias ativas. É preciso capacitar e mostrar como fazer isso em sala de aula. (P4)

Considero viável, porém acredito que os professores requerem capacitação na docência, uma vez que são bacharéis e muitos não conhecem metodologias de ensino com propriedade e acabam reproduzindo modelos tradicionais de ensino que nem sempre são adequados e não acompanham a evolução dos recursos e das novas gerações. (P-13)

A mudança de pensamento nas formas de construir conhecimento não é uma necessidade apenas do aprendiz. O docente precisa estar consciente da urgência da mudança e das formas para atingi-la. Nesse intento, pode-se recorrer ao paradigma da integralidade proposto por Morin (1991) que considera o ensino além dos aspectos cognitivos, situando-o no campo de criação de significações. Em outras palavras, o que está sendo aprendido precisa fazer sentido dentro de um contexto.

Freire (1980) já anunciava a importância de propor ao estudante uma aproximação crítica da própria realidade de forma a possibilitá-lo compreender, refletir, criticar e agir sobre o mundo em que vive. A aprendizagem significativa ocorre a partir da valorização de saberes existentes, mesmo que não sejam percebidos como saberes e correlacionando-os de forma coletiva, dinâmica, democrática, transdisciplinar e participativa. (GEMIGNANI, 2012).

Entendendo a necessidade de ajustar-se as novas configurações da educação superior, cabe ao professor a busca pela formação continuada e a readequação de suas práticas. Entretanto, é frequente encontrar entre os docentes de enfermagem o que foi dito pelo docente P13 ao ressaltar o tipo de formação que receberam na graduação e a dificuldade

em romper com o modo de ensino a que foram submetidos. Isso foi bem observado por Anastasiou e Pimenta, 2010:

Os pesquisadores dos vários campos do conhecimento (historiadores, químicos, filósofos, biólogos, cientistas políticos, físicos, matemáticos, artistas, etc.) e os profissionais das várias áreas (médicos, dentistas, engenheiros, advogados, economistas, etc.) adentram o campo da docência no ensino superior como decorrência natural dessas suas atividades e por razões e interesses variados. Se trazem consigo imensa bagagem de conhecimentos nas suas respectivas áreas de pesquisa de atuação profissional, na maioria das vezes nunca se questionaram sobre o que significa ser professor. (...) dormem profissionais e pesquisadores e acordam professores. (ANASTASIOU e PIMENTA (2000, P.104).

Durante muito tempo foi tido como necessário apenas uma especialização para que o docente fosse considerado apto para atuar no ensino superior, atualmente, o que ocorre é que o professor usa o espaço que ocupa nos curso de mestrado para refletir suas práticas, e aqueles que forem contemplados com bolsa CAPES, irão lecionar durante um semestre do curso, sob a supervisão de um professor universitário, o qual se acredita ser suficiente para o ensino na universidade (NUNES e CABRAL, 2010).

As IES têm requerido dos docentes que além do domínio do conteúdo de suas disciplinas, saibam se adaptar rapidamente às mudanças, pensem criticamente, busquem qualificação, ajam de forma empreendedora, criativa e incitem os discentes a agirem da mesma forma.

No que se refere especificamente às metodologias ativas, Paskulin (2016), enfatiza que as ações manifestas no cotidiano do professor não estão restritas ao conhecimento que o docente possui, mas a um conjunto de habilidades, atitudes e valores necessários para realizar uma docência de qualidade:

Na adoção de metodologias ativas de aprendizagem, cabe ao docente universitário e às IES desenvolverem estratégias adaptativas à nova configuração enfrentada. Dentre as soluções apontadas, destacam-se a formação continuada e a prática reflexiva. (PASKULIN, 2016)

Paskulin (2016) defende que a possibilidade de combinar certas características psicológicas da personalidade ao domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes, eficazes para a nova realidade docente torna o professor alguém com potencial para alcançar resultados profissionais mais altos. Além disso, o mesmo autor afirma a necessidade de formação para o uso dos métodos ativos:

As estratégias de ensino-aprendizagem demandadas a partir do uso de metodologias ativas de aprendizagem exigem tanto sua renovação como inovação. Entende-se que o principal eixo de intervenção seja a formação promovida aos docentes. Assim, concorda-se com este mesmo autor ao defender que a ação docente adequada às necessidades atuais no ensino superior, requer do professor a adoção de uma atitude de investigação sobre a própria prática como uma permanente fonte de

desenvolvimento, a fim de possibilitar o aperfeiçoamento de suas competências, facilitando e qualificando o processo ensino-aprendizagem. (PASKULIN, 2016)

Assim, concorda-se com este mesmo autor ao defender que a ação docente adequada às necessidades atuais no ensino superior, requer do professor a adoção de uma atitude de investigação sobre a própria prática como uma permanente fonte de desenvolvimento, a fim de possibilitar o aperfeiçoamento de suas competências, facilitando e qualificando o processo ensino-aprendizagem.

7.2.5 Item – Utilização das metodologias ativas

A tabela 5 apresenta o item **Utilização das Metodologias Ativas** por parte dos docentes investigados.

Tabela 5 – Distribuição dos subitens, frequências e porcentagens referentes à utilização das Metodologias Ativas com docentes de Enfermagem.

ITEM – Utilização das Metodologias Ativas		
Subitens	Frequências	%
Utiliza	5	31,25
Não utiliza	11	68,75
Total	16	100

Fonte: Elaborada pela autora

A investigação sobre as práticas docentes revelaram que no tocante ao uso de metodologias ativas durante as aulas, apenas 31,25% afirmaram utilizá-las. Conforme podemos observar nas falas abaixo:

Durante muito tempo usava a metodologia tradicional, mas após minha formação na política do SUS uso a metodologia da problematização, trabalho muito o método da roda, leitura de texto e discussão de casos. Atualmente, sem dúvidas, incorporo as metodologias ativas de Ensino- Aprendizagem. (P-11)

Outros docentes afirmaram mesclar as estratégias nas aulas:

Aulas dialogadas e construídas a partir da teoria e do dia a dia do aluno. Gosto da participação do aluno na construção do seu aprendizado. Costumo usar metodologias diversas. (P-5)

Estratégias de ensino tradicional em 60% das vezes e nos outros 40% uso tecnologias ativas como o PBL. Devido à grande quantidade de alunos. (P-6)

Nos discursos analisados pudemos observar que alguns docentes alternam suas práticas, ora inovadoras, ora tradicionais.

Recorremos a Freire para estabelecer correlação ao que foi referido pelo docente P5 e a importância do diálogo na ação docente: o ato de dialogar na prática docente proporciona a paridade entre a ação e a reflexão com fins de entender o que é preciso ser humanizado e

transformado (FREIRE, 2001). O diálogo permite também a exploração dos porquês, que é fundamental para a compreensão dos problemas na área de saúde e para a superação dos mesmos.

Alguns docentes relacionaram suas práticas ao desenho curricular do curso que os motiva ao uso de uma metodologia em detrimento da outra, conforme observado na transcrição:

Atualmente predomina-se a aula expositiva tradicional em virtude do próprio currículo do curso deixar a desejar neste sentido. No entanto, em algumas disciplinas, é possível estimular e orientar pela problematização e desenvolvimento de tecnologias educativas. (P1)

De acordo com Saviani (2010) o currículo deve estabelecer correspondência entre a seleção de conteúdos, distribuição do tempo, métodos de ensino/aprendizagem e materiais didáticos. Ou seja, a organização curricular deve levar em consideração a análise de conteúdos que estabeleçam relação entre a forma e tempo para serem trabalhados.

Os métodos ativos, quando trabalhados de forma adequada, demandam tempo e momentos que não são iguais aos praticados nos métodos convencionais. Os grupos tutoriais da ABP, por exemplo, exigem momentos distintos trabalho, levando a um planejamento que pode necessitar um tempo maior se comparado ao tempo de planejamento para transmissão de informações de uma aula expositiva.

A metodologia da problematização por sua vez, embora possa ser vivenciada em um momento único, requer um preparo do docente a fim de permitir que os estudantes identifiquem o problema, ao invés de trazer o problema pronto para os alunos resolverem. É um método que se diferencia pelo fato possuir sua essência baseada na dialogicidade, na desalienação e na curiosidade como prática libertadora. Tal estratégia requer tempo e esforço por parte do docente. (COLOMBO e BERBEL 2007)

Dos dezesseis professores, 68,75% afirmaram se utilizar prioritariamente de métodos tradicionais de ensino no cotidiano profissional. Observemos as respostas de alguns professores desse grupo sobre as principais práticas que adotam durante as aulas:

Aulas expositivas e dialogadas. Considero melhor a interação aluno-professor e com isso o aluno transforma-se em um receptor de conhecimentos, porém não de forma passiva. (P7)

Para o docente P7, o aluno é um receptor de conhecimentos, logo, as aulas expositivas são consideradas ideais para o objetivo pedagógico por ele proposto que é o de transmitir informações. Oliveira e Copola (2017) ressaltam que muitos professores acreditam que seu papel é aplicar aulas e transmitir conhecimentos, no entanto, quando a preocupação do docente é com uma aprendizagem significativa, a ação docente sobrepuja essa ação de meramente ensinar:

“O professor assume papel de facilitador do processo de aprendizagem, não se limitando ao papel de ensinar e transmitir informações, mas abarcando também a função de auxiliar os alunos a aprender e criar condições para que adquiram informações de maneira e por meios autônomos. (OLIVEIRA e COPOLA 2017)

O docente (P7) quando inquerido se conhecia e que importância atribuía à MA, referiu:

Sim, conheço. A aprendizagem baseada em problemas como recurso didático para uma formação crítica e reflexiva do aluno. (P7)

A importância das Metodologias ativas reside no fato de focar o processo do ensino-aprendizagem na busca da participação ativa de todos os envolvidos (docentes e discentes), centrados na realidade em que estão inseridos. (P7)

Apesar de possuir entendimento adequado e atribuir relevância as MA, o docente opta por métodos conservadores em suas práticas. Mesquita et. al (2016) apontam os motivos para as dificuldades na utilização das metodologias ativas por parte de docentes de enfermagem, entre eles podem ser citados: problemas curriculares como empecilho para aplicação; resistência de docentes na implementação das MA; dificuldade de compreensão da aplicabilidade das MA na prática docente.

Quanto ao currículo, Saviani (2010) ressalta que alguns aspectos devem ser considerados, dentre eles: os conteúdos irrelevantes que muitas vezes só servem para sobrecarregar e tornar as matérias desinteressantes. Isso faz com que o discente enxergue o ensino como uma obrigação carente de sentido, da qual buscam se livrar.

A resistência dos docentes a utilização de MA na realidade investigada foi mencionada em um dos discursos colhidos:

[...] sinto ainda muita resistência e crítica da maioria dos profissionais envolvidos... às vezes acho que falta informação, conhecimento e ousadia (sair da sua zona de conforto) (P5)

Nunes e Cabral (2010) apontam outro fator que dificulta a evolução das práticas docentes no meio universitário: o isolamento e a competição entre professores. Cada professor se fechando e conseqüentemente escondendo suas experiências com medo da acusação dos colegas, apontando para necessidade de um exercício profissional mais coeso e institucional.

Mesquita et. al (2016) apresentaram as dificuldades de docentes sobre a utilização de

M.A. residindo na pouca capacitação pedagógica e na pouca compreensão sobre a necessidade de reajuste nas práticas pedagógicas. Para Cunha (2006) *apud* Mesquita et. al (2016), os sujeitos professores só alteram suas práticas quando são capazes de refletir sobre si e sobre sua formação.

7.3 Correlações estatísticas: formação profissional, concepções do processo ensino aprendizagem e saberes docentes relativos às metodologias ativas em enfermagem.

Ao discutir concepções e práticas acerca de metodologias ativas, é oportuno analisar o grau de importância que os professores dão sobre especificidades da ação docente. Assim, neste tópico destacam-se os dados da pesquisa que avaliam o grau de importância dado pelos docentes sobre os itens relativos à formação profissional, concepções do processo ensino aprendizagem e saberes docentes e suas relações aos métodos ativos.

Tabela 6 - Grau de concordância sobre aspectos inerentes à formação profissional com docentes de Enfermagem

FORMAÇÃO PROFISSIONAL	CONCORDÂNCIA		DISCORDÂNCIA	
	N	%	N	%
1. Ter qualificação para atuar na docência em enfermagem como formação específica.	15	93,75	1	6,25
2. Capacitar-se por meio de titulação	16	100	0	0
3. Realizar aperfeiçoamento pedagógico e a formação continuada	16	100	0	0
4. Realizar cursos de formação específica para professores	14	87,5	2	12,5
5. Refletir e dialogar sobre a avaliação da prática docente por parte da chefia	15	93,75	1	6,25
6. Refletir e dialogar sobre a avaliação da prática docente por parte dos discentes	16	100	0	0
7. Valorizar a prática pedagógica na hora da construção de conhecimentos	15	93,75	1	6,25
8. Ter consciência da formação pedagógica para o exercício da docência.	14	87,5	2	12,5

Fonte: Elaborada pela autora

Os itens 1, 2, 3, 4 e 8 da tabela 6 mantém estreita relação com o que é preconizado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9493/96, no seu art. 61:

Art. 61. A formação de profissionais de educação, de modo a atender aos objetivos de diferentes níveis e modalidades de ensino e às características de cada fase de desenvolvimento do educando, terá como fundamentos: I- a associação entre teorias e práticas, inclusive mediante capacitação em serviço; II - aproveitamento da formação e experiências anteriores em instituições de ensino e outras atividades (BRASIL, 1996)

A lei da educação brasileira refere ainda sobre a capacitação do docente para atuar no ensino superior no art. 66: “a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado” (BRASIL,1996).

Mais de 90% dos professores de enfermagem concordaram ser muito importante a qualificação para atuar na docência com formação específica, todos concordaram que capacitar-se por meio de titulação e fazer aperfeiçoamento pedagógico é muito importante. Entretanto, 12,5% não consideraram que ter curso específico para ser professor ou ter formação pedagógica para o exercício da docência seja tão importante. Vale ressaltar que todos os professores de enfermagem no universo pesquisado são bacharéis.

Nesse sentido recorre-se a Nascimento (2015) sobre o bacharel e a atuação docente:

A ausência de formação específica para a atividade docente remete-nos à ideia de que há uma lacuna importante que deve ser discutida e analisada para que o professor bacharel que atua no ensino superior possa ingressar em sala de aula sabendo muito mais que o conteúdo específico de sua área de atuação no bacharelado. (NASCIMENTO, 2015)

Esta mesma autora defende que a “prática docente do bacharel é muitas vezes orientada por modelos já internalizados seja quando da sua condição de aluno ou mesmo das práticas que observa de seus colegas de profissão” (NASCIMENTO, 2015). Assim, é pertinente a observância da necessidade de formação continuada para o bacharel que atua na docência, observando as lacunas deixadas para essa função durante a graduação e pós-graduação, esta última quando não voltada para a docência.

No que se refere aos itens 5,6 e 7 pode-se observar que o grau de importância atribuído se aproximou do máximo em quase todos os quesitos. Somente um docente não concordou que refletir e dialogar com a chefia sobre suas práticas seja importante e o valorizar a prática pedagógica na construção do conhecimento não foi considerado importante por apenas um docente.

Severino (2013) aponta que três fatores históricos apontam para o desprestígio da função docente na graduação: 1) Ausência da preocupação para o exercício dessa função; 2)

A universidades negligenciando o saber pedagógico e privilegiando a pesquisa como um fim e não como um meio; 3) Ausência de amparo e incentivo na legislação sobre o ensino superior sobre os requisitos específicos para o professor de graduação.

Observação mais incisiva foi feita por Vasconcellos (1998, p.86), apud Severino (2013): “há pouca preocupação com o tema da formação pedagógica de mestres e doutores oriundos dos diversos cursos de pós-graduação no país. A graduação tem sido ‘alimentada’ por docentes titulados, porém, sem a menor competência pedagógica”.

Embora possa parecer um pouco radical a afirmação da autora, em observância com achados nesta pesquisa, que encontrou docentes não valorizando a formação pedagógica para o exercício da função, é oportuno o questionamento que a autora nos convida a fazer: que tipo de professores de graduação estão permeando o ensino universitário no Brasil, a despeito de sua titulação? (SEVERINO 2013).

Nesse sentido, Nascimento (2015) ressaltar a necessidade da construção da identidade do professor que em muitos casos é internalizada ainda na condição de aluno, ou mesmo nas práticas observadas pelos colegas de profissão, mas que ao longo do tempo vai adquirindo um modo próprio de exercer a docência modificando-a diante de situações-problema que exigem alterar a prática.

Para Pimenta (2002), a identidade do professor é construída a partir da significação social dada à profissão, da revisão dessa significação e da revisão das tradições:

Cada significado dado pelo professor acontece em consonância com os significados que cada um dá à atividade docente a partir de seus valores, dos modos de ver o mundo, da sua história de vida, representações, saberes, conhecimentos, angústias, anseios e do sentido que a docência tem na sua vida. (PIMENTA, 2002)

Concordamos com Tardif (2002) ao ressaltar que para a construção da identidade do docente fazem-se necessários saberes específicos cuja produção exige análise e reanálise do próprio processo de ensinar, através das relações estabelecidas pela própria IES que é responsável pela conservação dos saberes e pela atualização e transformação do conhecimento. É o que será discutido a seguir na Tabela 7.

A Tabela 7 apresenta o grau de concordância dos professores sobre o processo ensino aprendizagem inerente às características associadas ou divergentes das MA.

Tabela 7 - Grau de concordância sobre aspectos do processo ensino-aprendizagem com docentes de Enfermagem.

CONCEPÇÕES DO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM	CONCORDÂNCIA		DISCORDÂNCIA	
	N	%	N	%
1. Considerar que o professor deve se preocupar com a variedade e quantidade de noções, conceitos e informações.	14	87,5	2	12,5
2. Considerar que o professor deve aceitar o aluno como ele é e compreender os sentimentos que possui.	10	62,5	6	37,5
3. Considerar que o ensino deve ser baseado no ensaio e no erro, na pesquisa, na investigação, na solução de problemas por parte do aluno, e não na aprendizagem de fórmulas, nomenclaturas e definições.	12	75	4	25
4. Considerar que o ensino deve ser direcionado por meio de uma programação.	12	75	4	25
5. Considerar que se o aluno não aprendeu, significa que o professor não ensinou.	2	12,5	14	87,5
6. Considerar que o centro do processo de ensino-aprendizagem é o professor.	0	0	16	100
7. Considerar que o processo ensino-aprendizagem requer diálogo constante.	16	100	0	0
8. Considerar que o processo ensino-aprendizagem deve predominar ações verbais e de memorização dos conteúdos.	2	12,5	14	87,5

Fonte: Elaborada pela autora

Os itens 1, 5, 6 e 8 se referem a metodologias tradicionais ou conservadoras, dos quais apenas o item 1 apresentou predominância no grau de concordância entre as respostas

dadas pelos docentes (87,5%). Os itens 2, 3, 4 e 7 são característicos das metodologias ativas, dos quais apenas o item 7 apresentou 100% de concordância por partes dos professores.

Na história da didática, houve momentos, em que o ensinar era mais importante que aprender. (PIMENTA, 2005). A predominância do ensino sobre a aprendizagem constitui a essência da chamada metodologia tradicional de ensino. No ensino superior tal modelo quando utilizado é referido por Masetto (2003) da seguinte forma:

A grande preocupação no ensino superior é com o próprio ensino, no seu sentido mais comum: o professor entra em aula para transmitir aos alunos informações e experiências consolidadas para ele por meio de seus estudos e atividades profissionais, esperando que o aprendiz as retenha, absorva e reproduza por ocasião dos exames e das provas avaliativas.

De acordo com Rodrigues et. al. (2011), a lógica do ensino tradicional se centraliza no docente e em sua responsabilidade de como transmitir, comunicar, orientar, instruir, mostrar. “É ele quem avalia e dá a última palavra. Ocupando um lugar central na sala de aula, assume na maioria das vezes, uma postura autoritária em relação a seus educandos.” A esse tipo de pedagogia, Freire (2001) classificou com educação bancária.

Interessa observar que apesar de estudos nos últimos anos relacionados a melhor atuação e métodos docentes na graduação em enfermagem, artigos publicados sobre métodos ativos de ensino aprendizagem para este público e a demonstração de experiências exitosas com MA, conforme foi apontado no capítulo Estado da Questão deste trabalho, muitos docentes na realidade observada (12,5% dos sujeitos pesquisados) ainda concordam que os métodos tradicionais se qualifiquem para serem usados na educação neste milênio.

Rodrigues et. al (2011) destacam que no seio da didática tradicional, o método de ensino é concebido a partir do seu aspecto material. Isso significa que ele acentua a transmissão de conhecimentos, ou seja, a transmissão do saber historicamente acumulado. Ademais, o método de ensino é pensado a partir de uma perspectiva abstrata, formal e universalista.

A maior parte dos sujeitos da pesquisa (87,5%) concorda que as práticas respaldadas nos métodos ativos são adequadas. Destarte, usamos a fala de Freire (2010), apud, Mesquita (2012) sobre esperança na evolução do ensino superior no Brasil: “Há esperança que tanto o docente como o discente possam aprender, ensinar, inquietar-se e produzir juntos e assim, resistir aos obstáculos da alegria de ensinar”.

Vemos nas metodologias ativas a possibilidade de ruptura com o pragmatismo do método conservador, uma vez que elas desestimulam a passividade discente, retira o docente do centro do processo e instiga tanto no professor quanto no estudante a uma nova

visão sobre aquisição de conhecimentos e as formas de atingi-lo. É o que será mais bem discutido sobre os dados da tabela 8 a seguir:

Tabela 8 - Grau de concordância sobre concepções do processo ensino-aprendizagem e MA com docentes de Enfermagem em Picos - PI - 2018.

CONCEPÇÕES DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM E MA	CONCORDÂNCIA		DISCORDÂNCIA	
	N	%	N	%
1. Conhecer o currículo e projeto político-pedagógico do curso de enfermagem.	16	100	0	0
2. Relacionar a construção do conhecimento com o que se propõe o perfil do egresso a que se propõe o PPP do curso.	16	100	0	0
3. Saber estabelecer relações interdisciplinares no processo ensino-aprendizagem.	16	100	0	0
4. Saber motivar os alunos para transformação da realidade.	15	93,75	1	6,25
5. Saber conduzir a construção do conhecimento de forma a valorizar a formação cidadã do aluno.	16	100	0	0
6. Saber conduzir a construção do conhecimento de forma a simular situações de enfrentamento e resolução de problemas.	14	87,5	2	12,5
7. Saber conduzir o cotidiano pedagógico de forma que o aluno seja autônomo na construção do	13	81,75	3	18,25
(Continua)				
Conhecimento			(Conclusão)	
8. Saber conduzir a prática pedagógica, utilizando-se de metodologias ativas de ensino de forma que o aluno desenvolva competências, habilidades e atitudes na sua prática profissional.	15	93,75	1	6,25

Fonte: Elaborada pela autora

Os dados 1, 2 e 3 da Tabela 8 tem relação de concordância dos professores com aspectos inerentes ao currículo e projeto pedagógico do curso (PPC), sobre os quais todos foram unânimes quanto a total importância de conhecer e relacioná-los às suas práticas.

Para Zabalza (2009) é urgente a mudança em toda arquitetura didática da formação para o século XXI. É preciso promover alterações que levem em consideração a análise das necessidades, a definição dos objetivos, seleção e delineamento dos conteúdos, da metodologia, do processo avaliativo e numa ação cíclica, promovendo a reavaliação e o monitoramento constantes.

Os debates sobre currículo e PPC para cursos de graduação ocorrem em alinhamento ao perfil de competência do egresso, para isso recorremos a Perrenoud (1999) sobre esta temática: “A formação das competências é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz”.

Gemignani (2012) afirma que a perspectiva transformadora da educação vai exigir mudanças didáticas nos currículos, “pois estes estão carregados de conteúdo insuficientes para vida profissional”, pois além do conhecimento específico, são necessárias novas competências tais como: colaboração, conhecimento interdisciplinar, habilidade para inovação, trabalho em grupo, educação para o desenvolvimento sustentável, regional e globalizado.

Para Ching, Silva e Trentin (2014), os conteúdos ministrados para terem significado para o estudante não devem estar „fatiados“ em disciplinas: “separá-los em disciplinas é uma operação que tem facilitado a aquisição de conhecimentos, mas que tem, por outro lado, destituídos muitas vezes esses conhecimentos do seu significado” (CHING, SILVA; TRENTIN, 2014).

De acordo com Oliveira (2016), a concepção metodológica de competência na prática:

[...] exige um elevado esforço de toda comunidade acadêmica, especialmente de docentes, demandando uma agenda adicional de encontros formais ou informais para discutirem, alinharem seus planos, projetos, além das aulas cotidianas propriamente ditas.

Os itens de 4 a 8 da Tabela 8 mantém relação direta com as Metodologias Ativas, os quais obtiveram elevado grau de concordância por parte dos docentes sendo que houve unanimidade em relação ao item 5.

Apesar de 31,25% dos professores não utilizarem as metodologias ativas em suas aulas (Tabela 5), a maior parte deles admite que elas sejam muito importantes, como pode ser observado na Tabela 8.

As práticas docentes utilizando as metodologias ativas já são uma realidade em várias IES espalhadas no Brasil e no mundo conforme apresentado nos capítulos 3 e 4 desta pesquisa.

Debald e Golfeto (2016) afirmam sobre as mudanças nas concepções e práticas de ensino-aprendizagem na graduação: “Se os docentes tendem a ser mais reticentes e cautelosos quanto às transformações educacionais, os estudantes, por sua vez são mais favoráveis às inovações e aderem com maior facilidade aos projetos que oportunizam participação.”

Estes mesmos autores relataram a experiência de adesão aos métodos ativos e a capacitação dada aos professores para que pudessem aplicá-las:

Primeiro houve formação docente e após dez meses, as primeiras turmas começaram a implantar o novo modelo pedagógico que centraliza o processo educativo nos estudantes, tornando-os protagonistas da aprendizagem. Para os docentes o modelo foi desafiador, pois não são mais o centro da ação educacional, mas o estudante que faz pré-estudo fora da sala de aula, a partir do material disponibilizado no Ambiente de Aprendizagem, a sala se transforma em espaço de discussão e aprofundamento, mediado pelo docente. O trabalho em equipe, a resolução de problemas reais e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais são diferenças significativas na formação dos egressos da Instituição. (DEBALD E GOLFETO (2016)

Dessa forma, compreendemos que conhecer e concordar não é suficiente para que o professor implemente métodos ativos em suas práticas, faz-se necessário haver domínio do método e assimilação do seu significado. Assim a análise interpretativa dos dados ocorreu a luz dos referenciais teóricos da pesquisa e de outros autores que estudam a temática.

Conclusivamente afirmamos que concepções diversas sobre metodologias foram expressas nesta investigação bem como dimensões práticas.

O levantamento de referências atuais bem como a citação de autores clássicos que subsidiam a temática, aliadas à análise e discussão aqui apresentadas contribuirão positivamente para ampliação dos estudos sobre métodos ativos de ensino e, portanto, podem colaborar com a transformação de pensamento e ações educativas na área da enfermagem. .

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação pedagógica requer uma reflexão constante sobre a prática e a busca pelo aperfeiçoamento. Desta forma, é condição imprescindível ao ofício do professor pesquisar sobre as melhores maneiras de potencializar a construção de saberes. O docente precisa ter clara a sua função de mediador nesse processo, examinando formas úteis de organizar as aulas a fim de que os discentes sejam protagonistas na construção de seu conhecimento.

Este trabalho verificou o conhecimento e as práticas dos docentes de cursos de graduação em Enfermagem sobre metodologias ativas. Os resultados apontaram que os docentes em sua maioria conhecem ou já ouviram falar sobre métodos ativos, entretanto, alguns afirmaram que desconhecem o assunto, estes representaram um quantitativo considerável dada à importância da temática para a docência em Enfermagem. Em termos numéricos, o mesmo se manteve quanto ao entendimento sobre MA, que foi considerado adequado em boa parte do que foi dito pelos professores.

Apesar do entendimento adequado e da concordância sobre as vantagens na aprendizagem significativa através das metodologias ativas, parte dos docentes referiram não utilizá-las ou utilizá-las parcialmente por questões relacionadas a currículo ou resistência por parte dos colegas.

Muitos professores referiram que as MA são viáveis de utilização desde que os profissionais recebam treinamento adequado para desenvolvê-las. Percebe-se, portanto, que as IES têm papel preponderante nesse quesito, uma vez que cabe ao centro de formação proporcionar as condições adequadas para que o professor possa ampliar e melhorar suas práticas e nisso se inserem as alterações no currículo favorecendo a interdisciplinaridade e a adoção dos métodos ativos.

Os resultados apontaram que a maior parte dos professores tem como método predominante a aula expositiva. Isso revela que o modo conservador de ensino ainda perdura no universo observado. Este fato pode se revelar preocupante já que a prevalência de aulas“ centralizadas nos professores reduz o estímulo ao protagonismo estudantil defendido para uma aprendizagem com significado.

Apesar de a maior parte dos professores usarem métodos tradicionais de ensino, alguns referiram usarem MA pelo menos em algum momento de suas aulas destacando o uso da Metodologia Problematização e da ABP, além de estratégias como estudos de caso e simulação. Embora de forma tímida, esses docentes compreendem que modificações no paradigma do ensino superior são necessárias e operacionalizáveis, o que permite afirmar que tanto a UFPI como a UESPI começam a dar os primeiros passos para o alcance das transformações necessárias no cotidiano pedagógico dos cursos de Enfermagem em Picos - PI.

Apesar de não termos um universo maior de professores participantes nessa investigação em virtude de afastamentos ou pelo próprio desinteresse na temática, considerado com fator limitante desse estudo, cremos que esta pesquisa pode trazer benefícios ao evidenciar os conhecimentos e as práticas realizadas pelo contingente observado.

Considerando a abertura por parte dos entrevistados para um aprofundamento acerca da utilização das metodologias ativas, incentivamos a capacitação dos mesmos com fins de convidá-los a refletir sobre o tipo de prática que melhor se adequa ao ensino de enfermeiros, deixando-os assim seguros e convictos de que podem alternar, ampliar ou modificar sua metodologia. A apresentação de novas possibilidades pedagógicas expande o campo de visão do professor e o impulsiona a sair da zona de conforto.

Sugerimos às instituições, por meio dos colegiados de cada curso, uma análise juntamente com a comunidade acadêmica sobre o alinhamento entre o Projeto Pedagógico de cada curso, o currículo e as metodologias usadas pelos docentes a fim de observar se as práticas pedagógicas estão consoantes ao que é preconizado pelas DCN para o ensino de enfermeiros, observando que a existência de desalinhamento foi apontada pelos participantes fator limitante de suas práticas.

Consideramos que o estímulo ao uso de MA através de capacitação de docentes da UESPI e UFPI pode contribuir positivamente para suas práticas. Assim, deixamos como produto técnico desse estudo a proposta de um curso de formação para professores por meio de oficinas (APÊNDICE F) sobre o a importância e uso de metodologias ativas na prática pedagógica em Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ÁLVAREZ, I.et.al. Construir Conocimiento con Soporte Tecnológico. **Revista Iberoamericana de Educación**, v. 5, n. 2, 2005. Disponível em:

<<http://www.rieoei.org/deloslectores/1058alvarez.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

AMARAL, I. B. **O educar pela pesquisa e a aprendizagem significativa crítica: uma união a favor do aluno na construção da autonomia e de conhecimentos**. 2010. 145f.

Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Matemática) – Faculdade de Física, Pontifícia Católica Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-22092016-121953/pt-br.php>>. Acesso em: 06 nov. 2017

AMORIM, R. C. A questão do gênero no ensinar em enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 64-8, 2009. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a12.pdf>>.

Acesso em: 01 mar. 2018.

ANASTASIOU, L.; ALVES, L. P. **Processos de Ensino na Universidade:**

Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 8. ed. Joinville: UNIVILLE, 2009.
ARANTES, I. C. **Didática e interdisciplinaridade**. 4. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

ARAÚJO, J, C.S. Fundamentos da Metodologia de Ensino Ativa. In: REUNIÃO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 36, 2015. Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, 2015. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/sites/default/files/trabalho-gt02-4216.pdf>>.

Acesso em: 06 nov. 2017.

BACKES, D.S. et al . Vivência teórico-prática inovadora no ensino de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 597-602, set. 2012 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2017.

BARBOSA, E.C.V.; VIANA, L.O. A formação do docente de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 339-344, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Ed. 70, 2009.

BERBEL, N.A.N. Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v.28, n.2, p.121-146, jul./dez. 2007. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3733>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BERBEL, N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326/10999>>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BERBEL, N. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. **Rev. Dialogo Educ.**, Curitiba, v. 12, n. 35, p. 103-120, jan./abr. 2012. Disponível em:

<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/dialogo?dd1=5904&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BECKER, F. **O que é construtivismo?** São Paulo: FDE, 1994.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S.K. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto, Portugal: Porto Editora, 1994.

BORDENAVE, J.D.; PEREIRA, , A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

BORGES, M.C.; CHACHÁ, S.G.F; QUINTANA, S.M.; FREITAS, L.C.C. Aprendizado

Baseado em Problemas. **Revista Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 5, n. 2, 2014. Disponível em:

<file:///C:/Users/Windows%207/Documents/MESTRADO%20ENSINO%20NA%20SA%C3%9ADE/TRABALHOS%20%20PBL/8_Aprendizado-baseado-em-problemas.pdf>.

Acesso em: 5 jul. 2017.

BORILE, D.C. et al. Aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados na pesquisa em Enfermagem: relato de experiência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 209-16, 2012. Disponível em: <[http://www.index-](http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-209.pdf)

[f.com/textocontexto/2012pdf/21-209.pdf](http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-209.pdf)>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R. A promoção da autonomia como estratégia motivacional na escola: uma análise teórica e empírica. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R.(Org.). **Motivação para aprender: aplicações no contexto educativo**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 43-70

BRANDALISE, L.T. **Modelo suporte à gestão organizacional com base no comportamento do consumidor considerando sua percepção a variável ambiental nas etapas da análise do ciclo de vida do produto**. 2006. 195 f Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/88386/231201.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

[BRACCIALLI, L. A. D.](#) et al. [Construção de indicadores de avaliação de processo de aprendizagem para um curso de enfermagem](#). **Rev. eletrônica enferm.**, v. 17, n. 1, p. 51-59, 2015, 3101. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-83240>>.

Acesso em: 03 nov. 2017.

BRASIL. Casa civil. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 14 mar. 2018.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação**. Brasília, 2004b. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>> .Acesso em: 31 mar. 2017.

BROFMAN, P.R. A importância das publicações científicas. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 419-21, 2012. Disponível em:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PcXZBJS6yAJ:revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/29281/19029+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

BROWNELL, S. E.; TANNER, K. D. Barriers to faculty pedagogical change: lack of training, time, incentives, and tensions with professional identity? **CBE-Life Sciences Education.**, v. 11, n. 4, 339-346, 2012. Disponível em

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3516788/>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

BUGELSKI, B. R. **Psicologia da aprendizagem**. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1978.

CAMPOS, L.R.G., RIBEIRO, M.R.R. A bricolage na pesquisa em educação em enfermagem: Relato de experiência. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em:

<http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1430>. Acesso em: 17 nov. 2017.

CAPRA F. **O ponto da mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CARACIO, F. C.C. et al . A experiência de uma instituição pública na formação do profissional de saúde para atuação em atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2133-2142, 2014. Disponível e

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702133&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2017.

CARRIJO, A.R. **Ensino de História da Enfermagem: formação inicial e identidade profissional**. 2012. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-15022012-185459/pt-br.php>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

CARVALHO, A. C. O. et al. [O planejar docente: relato sobre uso de métodos ativos no ensino de enfermagem](#). **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 4, p. 1332-1338, abr. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29700>>. Acesso em: 03 nov.2017

CÉSAR, A. M. R. V. C. Método do estudo de caso (Case Studies) ou método do caso (Teaching cases)? Uma análise dos dois métodos no ensino e pesquisa em Administração. **Revista Eletrônica Mackenzie de Casos**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em:

<http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2017.

CHIESA, A. M. et al. A formação de profissionais da saúde: Aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 236-40, 2007. Disponível em:

<<http://lctead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/A%20FORMA%c7%c3O%20DE%20PROFISSIONAIS%20DA%20SA%daDE.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

CHING, H. Y.; SILVA, E. C.; TRENTIN, P. H. Formação por competência: experiência na estruturação do Projeto Pedagógico de um curso de Administração. **Administração: Ensino e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 661-691, 2014. Disponível em

<<https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/2/2>>. Acesso em: 03 abr. 2018.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em:

<<http://faculadabarretos.com.br/wp-content/uploads/2015/11/METODOLOGIA-DA-PROBLEMATIZACAO-7.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2018.

CONSELHO NACIONAL DA EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de nov. 2001^a. Seção 1, p. 37.

_____. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n. 113/2001**. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001b Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/ftp/ces/ces1133.doc>>. Acesso em: 01 abr. 17.

COSTA, R. R. O. et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Espaço. saúde (Online)**, v. 16, n. 1, p. 59-65, 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-763806>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino- aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Saúde Pública**, v. 20, p. 780-8, 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

DAMJANOV, I.; FENDERSON, B.A.; HOJAT, M.; RUBIN, E. Curricular reform may improve students' performance on externally administered comprehensive examinations.

Croat Med J., v. 46, n. 3, p. 443-8, 2005.

DEBALD, B.S.; GOLFETO, N.V. Protagonismo Estudantil e Metodologias Ativas de Aprendizagem em Tempos de Transformação na Educação Superior. **Pleiade**, v. 10, n. 20, p. 05-11, 2016. Disponível em:

<<http://revista.uniamerica.br/index.php/pleiade/article/viewFile/305/265>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

FARIAS, P.A.M; MARTIN, A. L. A.;CRISTO, C.S. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n 1, p. 143-158, 2015.

FAUSTINO, A.M. Aplicação da aprendizagem baseada em problemas na graduação em enfermagem: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 5,n. 2, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23012>>. Acesso em: 17 nov. 2017.

FAVA, R. **Educação para o século XXI: a era do indivíduo digital**. São Paulo: Saraiva, 2016.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 1980.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 18. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREIRE, A.M.A. (Org.). **A pedagogia da libertação em Paulo Freire**: São Paulo: UNESP, 2001

[FREITAS, K. F. da S. et al. Novas possibilidades para o ensino de enfermagem em saúde mental: uma experiência de monitoria. **Rev. RENE**, v. 15, n. 5, p. 898-903, 2014.](#)

Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-27518>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

FRIEDLANDER, M.R. MOREIRA, M.T. de A. Formação do enfermeiro: características do professor e o sucesso escolar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.1, v. 59, jan./fev, p. 9- 13, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672006000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

[71672006000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672006000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 06 mar. 2018.

FUJITA, J.A.L.M. et al. Uso da metodologia da problematização com o Arco de Maguerez no ensino sobre brinquedo terapêutico. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 29, n. 1, p.

229-258 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpe/v29n1/v29n1a11.pdf>>.

Acesso em: 16 nov. 2017.

GALLEGUILLOS, T.G.B.; OLIVEIRA, M.A.C. A gênese e do desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 1, p. 80-7, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/568.pdf>>. Acesso em: 28 mar.

2018.

GEMIGNANI, E. Y. M. Y. Formação de Professores e Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem: Ensinar Para a Compreensão. **Revista Fronteira das Educação**, Recife, v. 1, n. 2, 2012. Disponível em:

<<http://www.frenteiradaeducacao.org/index.php/fronteiras/article/view/14>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Didática do ensino superior**. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

_____. **Metodologia do ensino superior**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GODOI, C. BANDEIRA-DE-MELO, R. SILVA, A. B. **Pesquisa Qualitativa em Organização: paradigmas, estratégias e métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.

GOMES, R. et. al. Aprendizagem baseada em problemas na educação médica e o currículo tradicional da medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev.Bras. Educ. Med.**, v. 33, p. 444-51, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/14.pdf>>. Acesso em: 1abr.

2017.

GEWEHR, D. et al. Metodologias ativas de ensino e de aprendizagem: uma abordagem de iniciação à pesquisa. **Ensino & Pesquisa**, v. 5, n. 2, 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/ensinoepesquisa/article/view/843>>. Acesso em: 27 mar. 2018.

KANE, L. Educators, learners and active learning methodologies. **International Journal of Lifelong Education**, v. 23, n. 3, p. 275 – 286, maio 2004. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1080/0260/37042000229237>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A.. **Fundamentos da Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

LE BOTERF, G. Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Repensando a Pesquisa participante**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

LEFRANÇOIS, G. R. **Teorias da aprendizagem**: o que o professor disse. 6. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2016.

LOPES, J. L. et al. Metodologia da Problematização: estratégia de ensino para aprendizagem do procedimento de terapia intravenosa. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 15, n. 1, p. 187-193, 2016. Disponível em:

<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/26436>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

MAIA, E. R. et al. Validação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na promoção da saúde alimentar infantil. **Rev. Nutr.**, v. 25, n.1, p.79-88. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000100008>. Acesso em: 02 nov. 2017

MAMEDE, S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processos e racionalidade. In: MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Org.). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001. p. 25- 48.

MARQUES, M. D. et al. O ensino de primeiros socorros sob a ótica de um currículo de orientação problematizadora. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, v. 6, n. 4, p. 1485-1495, out./ nov. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-25824>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

MARTINS, J. A Pesquisa Qualitativa. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia da Pesquisa Educacional**. 11. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

MARTINS, P. L. O. **Didática teórica/Didática prática**: para além do confronto. São Paulo: Loyola, 1991.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus Editorial, 2003.

MATIAS, K.K. **Metodologias de ensino e práticas pedagógicas em um curso de graduação em Odontologia**. 2013. 215f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Goiás, Goiás, 2013. Disponível em:

<<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/3734/5/Tese%20-%20Karolina%20Kellen%20Matias%20-%202013.pdf>>. Acesso em 12 abr. 2017.

MEIRA, M.D.D. **Avaliação de um curso de graduação em enfermagem por egressos, empregadores e docentes**. 2012. 145f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-11102012-172554/pt-br.php>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

MELO, L. de A. et al. Diálogo sobre a construção de um mapa conceitual como recurso para aprendizagem: relato de experiência. **Rev. iberoam. educ. invest. enferm.(Internet)**, v. 5,

n. 4, p. 50-58, 2015. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=29354&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2017.

MENEZES, E. T. de; SANTOS, T. H. dos. **Verbetes DCNs (Diretrizes Curriculares Nacionais)**. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em:

<<http://www.educabrasil.com.br/dcns-diretrizes-curriculares-nacionais/>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

MESQUITA, S. K. da C. **Abordagens pedagógicas na formação de enfermeiros: compreensão de docentes de enfermagem**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do rio Grande do norte, Natal, 2012. Disponível em:

<<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/14754>>. Acesso em: 13 mar. 2018.

MESQUITA, S. K. da C.; MENESES, R. M. V.; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de Enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 473-486, ago. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200473&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2017.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200473&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 nov. 2017.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2008.

MITRE, S. M.; et. al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2133-44, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2017

MORAN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. **Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**, v. 2, n. 1, 2015. Disponível em:

<http://www2.eca.usp.br/moran/wp-content/uploads/2013/12/mudando_moran.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2017.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Lisboa: Instituto Piaget, 1991.

NASCIMENTO, E.F. do. O bacharel e sua formação docente: algumas reflexões frente a complexidade humana e seus contextos. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 12., 2015. [S.l.]. **Anais eletrônicos...** [S.l.:s.n.], 2015. Disponível em:

<http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/20268_8313.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2018

NUNES, J.D. dos S.; CABRAL, C. L. de O. A prática pedagógica dos professores de ensino superior: algumas considerações. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 3., 2010, Teresina. **Anais eletrônicos...** Teresina, PI: [s.n.], 2010.

OLIVEIRA, W. A. de; COPOLA, N. A importância das metodologias ativas na formação do enfermeiro no Brasil. **Revista de Saúde da Faciplac.**, Brasília, v.4, n.2, 2017.

Disponível em: <<http://revista.faciplac.edu.br/index.php/RSF/article/download/409/188>>. Acesso em: 01 abr. 2018

PARANHOS, VD; MENDES, MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 5, n. 2, jan./fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_17.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

PASKULIN, M. **Competências docentes para o uso de metodologias ativas de aprendizagem**. 2010. Disponível em:

<<http://www.linhadireta.com.br/publico/images/pilares/3165d1fcd64685bb2bf-6721b47a95a> 15.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2018.

PACHECO, J. A. **Políticas curriculares: referenciais para análise**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PERRENOUD, P. **Avaliação da excelência à regulação das aprendizagens: entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PEDROSA, J.I. dos S. et. al. **Ensino na Saúde: narrativas, experiências e invenções de caminhos**. Teresina: Livraria Nova Aliança, 2015.

PERRENOUD, P. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 1999. PETRAGLIA, I. **Olhar sobre o olhar que olha**. Petrópolis: Vozes, 2001.

PIMENTA, S.G. (Org.). Formação de Professores: identidade e saberes da docência. In:

_____. **Saberes Pedagógicos e Atividade Docente**. São Paulo: Cortez, 2002

_____. **Saberes pedagógicos e atividade docente**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L.G.C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUSHEL, V.A.A. **A mudança curricular do bacharelado em enfermagem da Escola de Enfermagem da USP: análise documental e vivência dos participantes**. 2011. 146f. Tese (doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-03072014-093555/pt-br.php>>. Acesso em: 01 abr. 2017.

RODRIGUES, L.P; et. al. O tradicional e o moderno quanto à didática do ensino superior.

Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.4, n.3, 2011. Disponível em:

<<https://assets.itpac.br/arquivos/Revista/43/5.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018

[ROSA, R. S.](#) et al. Estratégias baseadas em metodologias ativas no ensino-aprendizagem de primeiros socorros: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 798- 803, fev. 2017. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30538>>.

Acesso em: 03 nov. 2017.

RUTHES, R.M; CUNHA, I.C.K.O. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 109-12, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/17.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

SAMPAIO, F.C. **A formação do enfermeiro na visão dos acadêmicos de enfermagem: ultrapassando fronteiras entre saberes teóricos e práticos**. 2011. 145f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Gestão Social Educação e Desenvolvimento Local) - Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2011. Disponível em:

<<http://www.mestradoemgsedl.com.br/wp-content/uploads/2010/06/Disserta%C3%A7%C3%A3o-finalizada.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

SANTANA, F.R. et al. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem: uma visão dialética. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/904/1101>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

[SANTOS, A. D. B. dos](#) et al. [Estratégias de ensino-aprendizagem do processo de enfermagem na graduação e pós-graduação de enfermagem](#). **Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online)**, v. 6, n. 3, p. 1212-1220, jul./set. 2014. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-719763>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

SAVIANI, D. **Interlocuções pedagógicas**: conversa com Paulo Freire e Adriano Nogueira e 30 entrevistas sobre educação. São Paulo: Autores Associados, 2010.

SEVERINO, A.J. A docência no ensino superior: condições e exigências. **Comunicações**, Piracicaba, Ano 20, n. 1, p. 43-52, jan./jun. 2013. Disponível em:

<<http://sites.uepg.br/prograd/wp-content/themes/PROGRAD/assetsDes/artigos/Artigo%20Severino.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2018.

SILVA, A. N. **Metodologias Ativas no processo de ensino em saúde no ambiente hospitalar**: o Estado da Questão. 2014. 148f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmepes/index.php/dissertacoes-cmepes/2014>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

SILVA, M.P. **Docência universitária no curso de enfermagem**: formação profissional, processo de ensino aprendizagem, saberes docentes e relações interpessoais, associados ao princípio da integralidade. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Saúde pública) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2013. Disponível em:

<<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/13670/1/DocenciaUniversitariaCurso.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2017.

SCHILLING, C. **Domínios do conhecimento, prática educativa e formação de professores**: a construção do conhecimento escolar. São Paulo: Ática, 1998.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2017.

SOUBHIA, Z.; RUFINO, M.C. Aprendizagem significativa e suas implicações para o ensino de enfermagem. **Semina: Ci.Biol./Saúde**, Londrina, v.13, n.2, p.81-83, jun. 1992. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oNF-orR67AQJ:www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/6973+&cd=4&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

SOUSA, S. O. **Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL - Problem-Based Learning)**: estratégia para o ensino e aprendizagem de algoritmos e conteúdos computacionais. 2011. 187f. Dissertação (Mestrado em Saúde) - Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2011.

SOUZA, L.L. de et. al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, v. 1, n. 2, p. 218-232, 2014 Disponível em:

<<http://www.cienciasecognicao.org>> .Acesso em: 01 mar. 2018.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis:Vozes, 2002

TEIXEIRA, E. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica - resenha . **Rev. enferm. UFPI**, v. 4, n. 3, p. 99-100, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31293>>. Acesso em: 03 nov. 2017

THERRIEN, J.; NÓBREGA-THERRIEN, S. Os trabalhos científicos e o estado da questão: reflexões teórico-metodológicas. **Estudos em avaliação educacional**, v.15, n.30, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://jacquestherrien.com.br/wp-content/uploads/2014/06/Estado-da-Quest%C3%A3o-reflex%C3%B5es-te%C3%B3rico-metodol%C3%B3gicas.pdf>>.

Acesso em: 03 Nov. 2017

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ. **Projeto Pedagógico do curso de Enfermagem**. 2017. Disponível em: <<http://tdasuporte.com.br/uespi/dados-gerais-do-curso>>. Acesso em: 06 de abr. 2018.

VASCONCELOS, Maria Lúcia M. Carvalho. Contribuindo para a formação de professores universitários: relatos de experiências. In: MASETTO, Marcos (Org.). **Docência na Universidade**. Campinas, SP: Papirus, 1998. p. 77-94

VERÁSTEGUI, R. L.A. Dewey e a proposta democrática na educação. **Revista Redescições - Revista on line do GT de Pragmatismo**, Ano 3, n. 4, 2012. Disponível em:

<<https://revistas.ufrj.br/index.php/Redescicoes/article/view/104/97>>. Acesso em: 11 mar. 2017.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

VIEIRA, M.N.C.M.; PANÚNCIO-PINTO, M.P. A metodologia da Problematização (MP) como estratégia de integração ensino-serviço em cursos de graduação na área de saúde.

Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, v. 48, n. 3, p. 241-8, 2015. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n3/simp5_A-Metodologia-da-Problematizacao.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

VILLELA, J. C.; MAFTUM, M. A.; PAES, M. R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. **Texto & contexto enferm.**, v. 22, n. 2, p. 397-406, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-678464>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman. 2005. ZABALA, A. **A prática educativa: como ensinar**. Porto Alegre: ArtMed, 1998

ZABALZA, M. A. Retos de la escuela del siglo XXI: desarrollo del trabajo por competências. **Revista HISTEDBR On-line**, n. 34, p. 3-18, 2009. Disponível em:

<http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/34/art01_34.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2018.

CAPÍTULO 5

FUNDAMENTOS E PRÁTICAS NO EXERCÍCIO DA DOCÊNCIA DO ESTÁGIO CURRICULAR OBRIGATÓRIO NO INTERNATO DA MEDICINA

*FUNDAMENTALS AND PRACTICES IN THE EXERCISE
OF TEACHING IN THE MANDATORY CURRICULAR
INTERNSHIP IN THE MEDICINE INTERNATIONAL*

Jaime Alencar Benevides Filho
Jean Carlos Souza Silva
Cleide Carneiro
Meirecele Caliope Leitinho

RESUMO

Este estudo objetivou analisar os fundamentos teórico-práticos dos médicos preceptores assistencialistas que orientam o exercício da docência no estágio curricular obrigatório de internato dos Cursos de Medicina, justificando-se pela contemplação de linha de pesquisa Ensino na Saúde do CMEPS ofertado pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, associado à motivação política e social baseada no interesse de conhecer e contribuir para a melhoria na formação dos alunos egressos de medicina no estágio curricular de internato, através do aprimoramento das práticas de ensino-aprendizagem. O ensino médico tradicional tem levado à formação de profissionais despreparados para responder dentro da realidade e necessidade os agravos à saúde mais encontrados na população. Muitos professores de Medicina consideram a docência uma atividade secundária à profissão médica, não configurando, assim, uma profissão. Um fator que contribui para a secundarização é o critério de contratação por concurso público, baseado no desempenho em uma área técnica de atuação, não se exigindo uma formação sistematizada que instrumentalize a maneira de conceber e desenvolver o processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de um estudo de caso, exploratório e descritivo com uma abordagem qualitativa realizada em um hospital público de Fortaleza, que recebe estudantes do estágio curricular obrigatório, em sistema de Internato, de cursos de Medicina. Fizeram parte do estudo investigatório os médicos assistencialistas concursados (alguns desses também professores de suas respectivas Faculdades/Universidades), que através de suas ações no trabalho rotineiro, são responsáveis pela preceptoria-tutoria do estágio curricular obrigatório, em sistema de Internato, nas diversas clínicas desse campo de prática. Como vimos ao longo do trabalho, os fundamentos e práticas no exercício da docência do estágio curricular obrigatório no internato da medicina no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) trazem ambiguidade e contradições. Revelam que a prática educacional continua enraizada na concepção bancária da educação, porém os sujeitos apresentaram certo anseio de transformá-las, aprofundar seus conhecimentos para poder desvelá-las para melhor compreender o seu papel como agente social que poderá contribuir para transformar a atual realidade do ensino médico, aproximando-o das reais necessidades nacionais.

Palavras-chave: Internato. Docência. Ensino médico.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the theoretical and practical fundamentals of medical assistentialist preceptors who guide the exercise of teaching in the compulsory curricular internship of Medical Courses. This is justified of the line of research Teaching in Health, of the Professional Master's Degree Teaching in Health (CMEPS) offered by the State University of Ceará (UECE), associated with political and social motivation based on the interest of knowing and contributing to the improvement in the training of medical students in the internship curricular stage, through the improvement of teaching-learning practices. Traditional medical education has led to the training of unprepared professionals to respond to the reality and necessity of the most frequent health problems in the population. Many Medical professors consider the teaching an activity secondary to the medical profession, but not configuring the profession. A factor that contributes to

secondary education is the criterion of hiring by public contest, based on performance in a technical area of activity, not requiring a systematized training that instrumentalize the way of conceiving and developing the teaching and learning process. This is an exploratory and descriptive case study with a qualitative approach carried out in a public hospital in Fortaleza-Ce, which receives students from the compulsory curricular traineeship, in an Internship system, of Medical courses. Some of the professors of their respective Faculties/Universities, which through their actions in routine work, are responsible for the preceptor-mentoring of the compulsory curricular traineeship, in the Internship system, in the various clinics in this field of practice. As we have seen throughout the work, the fundamentals and practical's theory in the practice of teaching the compulsory curricular internship of the medicine in the General Hospital of Fortaleza (HGF) bring ambiguity and contradictions. They reveal that educational practice remains to be rooted in the banking conception of education, but the subjects presented a certain desire to transform them, to deepen their knowledge in order to unveil them to better understand their role as a social agent that could contribute to transform the current reality of the medical education, bringing it closer to real national needs.

Keywords: Internship. Teaching profession. Medical teaching

1 INTRODUÇÃO

A relação dos professores com os conhecimentos teórico-práticos que ensinam é essencial para a atividade docente e fundamental para a configuração da identidade profissional. Pode-se afirmar que a especificidade da ação educativa contribui para o desenvolvimento de uma epistemologia da prática docente, que reflete-se na busca de uma concepção que identifique o ensino na área de saúde e de modo especial, na Medicina.

Torna-se desta forma fundamental a identificação de quais são os conhecimentos teórico-práticos que servem de base no ofício do professor- supervisor do estágio curricular obrigatório de internato dos Cursos de Medicina, isto é, quais são os conhecimentos, associados às habilidades e atitudes que devem mobilizar a fim de realizar concretamente suas funções como facilitador da aprendizagem. Trata-se dos conhecimentos específicos, de caráter estritamente cognitivo ou argumentativo adquiridos através de uma longa experiência de trabalho? Estes conhecimentos se apoiam em crenças, valores e subjetividade dos professores? Quais práticas estão presentes nesse espaço de formação profissional e são necessários a essa atividade? E talvez mais do que isso: quais os valores presentes nos professores-supervisores do estágio curricular obrigatório de internato que os estudantes

precisam internalizar para tornarem-se médicos? A resposta a essas questões e realidades dos campos de prática tem sido sistematicamente colocadas em discussão e tornam-se conseqüentemente um dos principais desafios dos egressos das escolas de Medicina do país.

É fundamental reconhecer que a educação médica na graduação é apenas o começo de uma longa jornada que deverá perdurar ao longo de toda a vida. Encorajar os estudantes a assumirem a responsabilidade pelo seu próprio aprendizado, identificando os meios efetivos para conseguir atingir esse objetivo em relação à cada aluno, é tarefa primordial do educador médico. Um dos desafios principais é a integração das disciplinas clássicas da formação básica do médico com as novas áreas do saber e conhecimento, além do extraordinário avanço tecnológico presente principalmente nos grandes centros formadores. Como pano de fundo para o desenvolvimento e aplicabilidade de estratégias inovadoras, faz-se mister o contato precoce e consistente com os princípios da pesquisa científica.

Integrá-los ao ensino clínico ao longo do currículo, proporciona que os estudantes aprendam a pensar e agir cientificamente enquanto exercem a prática clínica, modelo essencial no entendimento dos problemas clínicos e eficiência na elaboração de condutas e propostas terapêuticas.

No atual contexto educacional brasileiro, os professores são descaracterizados de sua identidade e deles são exigidos saberes complexos, associados à sensibilidade, afetividade e subjetividade, que nem sempre são por eles internalizados no processo de sua formação acadêmico-profissional. Diante das variadas exigências contextuais, urge a necessidade de fazer um resgate dos fundamentos da prática profissional docente, norteados por uma ação reflexiva, onde o professor passe do simples estado de executante para intelectual crítico e autônomo, diante das relações coletivas estabelecidas durante o processo de ensino-aprendizagem. Recursos pedagógicos modernos, como aprendizagem baseada em problemas (PBL), ensino fundamentado em evidências e individualmente assistido (onde diferenças pessoais dos alunos requerem atenção especial para o aprendizado significativo), vão sendo introduzidos como metodologias ativas nos cursos de saúde, inclusive na Medicina. Como esses saberes inerentes à prática docente devem e são adquiridos? Qual sua origem? Como são exercitados?

Este projeto investigativo busca respostas a estas questões que têm marcado a problemática da profissionalização do ofício docente no ensino da Medicina, no campo do estágio curricular obrigatório do Internato Médico, ciente da reduzida formação pedagógica e didática desses profissionais, relacionadas a conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser efetivamente mobilizados e utilizados para um modelo de ensino significativo

com aprendizagem de qualidade. Propõe-se então a investigar os fundamentos e práticas dos médicos assistencialistas no exercício da docência do estágio curricular obrigatório em serviço do internato dos cursos de Medicina.

Na atualidade, segundo a Resolução CES/CNE nº3 de 20 de junho de 2014 que institui as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, os cursos deverão ter carga horária mínima de 7.200 (sete mil e duzentas) horas e prazo mínimo de 6 (seis) anos para sua integralização.

A mudança proposta pelo Governo Federal, com prazo para ser implementado pelas faculdades de Medicina existentes no país até o fim de 2018, visa, dentre outros objetivos, melhorar a formação acadêmica que, segundo as Diretrizes Curriculares, deve desenvolver competências gerais para a atenção à saúde, na tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento da força de trabalho, dos recursos físicos, materiais e de informação e ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática.

O ensino da Medicina é tradicionalmente dividido em ciclo básico e ciclo clínico ou profissional, contendo o estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes (tutores) da própria escola/faculdade, com destinação mínima de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina.

As práticas pedagógicas empregadas no período de estágio curricular obrigatório em serviço devem relacionar-se com as realidades históricas, culturais, sociais, institucionais e políticas, da atenção básica e em serviço de urgência e emergência do SUS (abrangendo 30% do total), na Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Ginecologia-Obstetrícia, Pediatria e Saúde Coletiva, devendo incluir atividades no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção em cada área e não somente com problemas meramente técnico e pedagógicos (BRASIL, 2014). Neste sentido, torna-se importante a reflexão sobre o trabalho docente para compreensão da efetividade na aprendizagem dos discentes egressos, sem que se fundamente na busca de atalhos ou na ideia de economizar esforços e sim, na interação que subsidia a reflexão sobre as reais necessidades de aprendizagem neste estágio da formação.

As DCNs recomendam que a formação do médico seja generalista, humanista, crítica e reflexiva, pautada em princípios éticos, onde na anamnese supõe-se sensibilidade e percepção, o exame físico exige respeito e delicadeza, a elaboração do diagnóstico e prognóstico e a definição da conduta a ser adotada compreendem lucidez e espírito judicioso, tornando-o capaz de atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis

de atenção, com responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Talvez os pontos mais importante seriam o comportamento diante do doente, envolvendo atitudes formadas por discrição, paciência, dedicação, desprendimento e tolerância, além da necessidade de respeito às opiniões dos colegas, mesmo quando divergentes, assim como elevado espírito de colaboração, inclusive interprofissional. Indicam também que os treinamentos desenvolvam-se em diferentes cenários e nos três níveis de atenção, que se promovam iniciativas articulando os campos de saber específicos e as questões de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase especial na atenção básica, especialmente nas ações que diretamente afetam os assuntos, os problemas ou as necessidades identificadas nas comunidades (JESUS, 2012).

Estudos já realizados com professores de Medicina revelam que a docência é considerada como uma atividade secundária na profissão médica, exercida de modo geral, por aqueles considerados bons profissionais em sua área específica laboral e o critério de contratação dos docentes nos cursos médicos centra-se geralmente na qualidade de seu desempenho em sua área técnica de atuação (BATISTA; BATISTA, 2004). Vários autores reconhecem a necessidade de mudanças na prática docente em saúde e discute-se a necessidade de formação de um professor reflexivo em cursos da área da saúde com mais longa tradição de debates sobre ensino (LAMPERT, 2009).

Ao optarmos nesse projeto pela investigação dos fundamentos das práticas docentes no estágio de internato dos cursos de Medicina, visando contribuir para as transformações necessárias na prática docente dos profissionais assistencialistas responsáveis pela supervisão do estágio curricular obrigatório em serviço, encontramos algumas raízes históricas na preocupação com o preparo do professor para desenvolver suas atividades de ensino no âmbito da graduação em Medicina.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação¹ situa os cursos de Mestrado e Doutorado como espaços privilegiados para a formação do professor do ensino superior, destacando em seu art. 66: “[...] a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de Mestrado e Doutorado” (BRASIL, 1996, p. 72). No âmbito da pós graduação *stricto sensu*, o Parecer nº 576/70 do Conselho Federal de Educação (BRASIL, 1970), o qual estabelece normas complementares para o credenciamento de cursos na área médica determina, em seu art. 5º, que seus currículos deverão incluir as disciplinas Pedagogia Médica e Didática Especial. As mencionadas disciplinas são recomendadas também na Resolução nº 011/77, em seu art. 8º (BRASIL, 1977). Desde então, essas disciplinas passaram a ser trabalhadas de maneira integrada em algumas universida-

des, como é o caso da Universidade Federal de São Paulo que incluiu a disciplina Formação Didático-Pedagógica em Saúde (FDPS) (BATISTA, 1997; BATISTA; SILVA, 1998).

Entendemos ser importante investigar a formação pedagógica de professores de Medicina em relação à realização, tipo, pontos positivos e negativos¹ saberes presentes na sua formação, além da valorização dada pelas instituições à formação pedagógica do professor de Medicina inerente para o ensino no executado Estágio Curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato.

A justificativa pedagógica desse estudo relaciona-se à contemplação de linha de pesquisa Ensino na Saúde do CMEPS ofertado pela Universidade Estadual do Ceará-UECE, associado à motivação política e social baseada no interesse de conhecer e contribuir para a melhoria na formação dos alunos de Medicina no estágio curricular de internato, através do aprimoramento das práticas de ensino- aprendizagem.

A partir da observação e constatação de que algo mais poderia ser feito visando melhorar o ensino no Internato Médico e como justificativa pessoal, sendo um desses profissionais concursados junto à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), lotado há 14 anos no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e um dos responsáveis pela preceptoria de internato no hospital, na área específica de Ginecologia, além de supervisor do internato nessa mesma área, acredito que tal assunto desperta grande inquietude e interesse em todos os envolvidos e responsáveis pelo ensino no campo de prática dos últimos dois anos da graduação, no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento desses fundamentos e práticas de ensino, sempre visando a otimização na formação profissional desses discentes, além da iniciação como pesquisador acadêmico.

2 QUESTÕES DA PESQUISA

Esse estudo, fundamentado em duas etapas de coleta de dados, se propôs a identificar como questão central, quais são os conhecimentos teórico- práticos da formação dos médicos assistencialistas concursados que servem de base para o exercício da função de preceptoria no estágio curricular obrigatório de Internato dos cursos de Medicina, visando a organização de um diagnóstico sobre sua atuação no HGF?

As questões específicas foram formuladas a partir das seguintes indagações:

- 1.2 Quais os tipos e processos de formação para os saberes docentes dos médicos preceptores assistencialistas que influenciam suas práticas?
- 1.3 Quais são as formas e metodologias de ensino utilizadas?

1 Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996) sancionada pelo presidente da República Fernando Henrique Cardoso em seu capítulo IV e VI.

1.4 Quais dessas metodologias de ensino predominam em suas práticas?

Quais práticas docentes são desenvolvidas e de que forma poderiam ser aprimoradas?

3 DADOS DE CONTEXTO

3.1 CONTEXTO SÓCIO HISTÓRICO

Para o estudo do ensino na medicina é importante entender a história da evolução desta ciência. É a filosofia que inicia, à partir de Hipócrates (460 a.C. a 370 a.C.), nascido na ilha de Cós, Grécia, com a análise e valorização do equilíbrio entre corpo, alma, natureza e sociedade, pela observação e intervenção clínica em estudo de quase dois mil e setecentos anos. Seus cuidados se restringiam a ar fresco, à boa dieta, a purgativos suaves, à sangria moderada e mingaus e sopas de aveia, mistura de mel com vinagre e a massagens e a banhos (ECO, 2011). Sua importância deve-se à época iluminada também por seus contemporâneos (GONÇALVES, 2002), tais como Sócrates (470 a.C) na filosofia, Sófocles (406 a.C) na poesia, a historiografia de Heródoto (480 a.C.) e esculturas de Fídias (490 a.C.).

Na história do Império Romano²(no apogeu da sua extensão territorial exercia autoridade sobre mais de cinco milhões de quilômetros quadrados em volta do mar Mediterrâneo na Europa, África e Ásia e uma população de mais de 70 milhões de pessoas, à época 21% da população mundial) encontra-se relatos de cura de Galeno, que se apoiava na “teoria dos 4 humores corporais” dos Gregos (de Hipócrates: sangue, fleugma, bÍlis amarela e bÍlis negra), desenvolvendo a cura baseada na medicina psico-somática e cujo conhecimento dominou até o século

XVIII. Ainda, nesta época, com advento do cristianismo (nascidos na Palestina), são recuperados aspectos antropológicos e espirituais da medicina clássica, porém apresentando dificuldades na explicação de alguns processos nos planos teóricos e doutrinários da saúde e da doença. Em relação à percepção corporal, as crenças no cristianismo trazem a implantação do ascetismo e da abstinência sexual, voltado para um regime de vida equilibrado, no qual o espírito deve controlar as manifestações físicas. O estado doente que até então era considerado um estado contrário à natureza, combatido pelo médico com a ajuda do doente, passa a ser atribuído à fragilidade causada pelo pecado original, uma oportunidade de provação, cujas curas estão relacionadas com milagres (MEDICI, 1992).

A partir do século VI, por influência e iniciativa de religiosos europeus, surgem as primeiras estruturas hospitalares, porém ainda bem diversas do que conhecemos hoje.

² Império Romano, período pós republicano da antiga civilização romana (estado existente entre 27 A.C. a partir da outorga do título de Augusto, “o venerado” ao imperador Otávio e 476 D.C.)

Instituições caritativas, voltadas aos mais pobres, vêm atender aqueles membros mais fracos das comunidades, assim como os doentes e desassistidos (MEDICI, 1992). Pode-se afirmar que o Cristianismo, devido as suas concepções de caridade, estrutura os “hospitais” como fundações devotas e com ordens religiosas dedicadas a servir as pessoas, permanecendo influente durante a Idade Média³ (Alta Idade Média verifica-se a continuidade dos processos de despovoamento, regressão urbana, e invasões bárbaras iniciadas durante a Antiguidade Tardia). No período da Inquisição (incluindo a Inquisição Episcopal de 1184-1230 e mais tarde a Inquisição Papal em 1230), por razões religiosas, a cirurgia foi relegada ao plano inferior e abominada. Pavorosas epidemias assolaram toda Europa, até porque não se conheciam os preceitos elementares de higiene. Também contribuiu para toda a sorte de desordens o grande fanatismo religioso que imperava nos espíritos da época.

O feudalismo (sistema econômico, político e social fundamentado na propriedade sobre a terra, onde a economia sofreu uma retração das atividades comerciais,

as moedas perderam seu espaço de circulação e a produção agrícola ganhou caráter subsistente) que surgiu à partir das invasões bárbaras e a posterior queda do Império Romano do Ocidente (Século V), transformou toda a estrutura política e econômica da Europa Ocidental, descentralizando-a. Os povos bárbaros, ao ocuparem parte dessas terras, contribuem com o processo de ruralização e o surgimento de diversos reinos. Passou por uma grave crise decorrente da catastrófica redução demográfica que dizimou entre 25 e 35 milhões de pessoas (cerca de 35 à 40% de toda a população europeia) causada pela Peste Negra, nome pela qual ficou conhecida, durante a Baixa Idade Média (século XI ao XV), a pandemia de peste bubônica que assolou a Europa, principalmente o século XIV, e pela fome que assolava o povo. Entretanto, a elevada taxa de natalidade em toda a Europa permitiu o aumento progressivo da população, que já em 1500, era de aproximadamente 70 milhões de habitantes, significando a recuperação dos níveis anteriores ao início da doença. Embora o povoamento fosse majoritariamente rural, havia ligeira tendência à migração da população para as cidades. No início do século XVI, algumas delas, como Nápoles, Paris, Sevilha e Lisboa, contavam com cerca de 200 mil habitantes.

Com o advento do capitalismo na Europa (desde a baixa idade média- século XI ao XV) caracterizado pela migração do centro da vida econômica, social e política dos feudos para as cidades, nasce uma nova organização da Medicina enquanto prática coletiva nas instituições religiosas e/ou nos governos.

³ Idade Média (a Idade Média é o período histórico que vai do século V ao XV, transição para Idade Moderna, tendo início com a queda do Império Romano do Ocidente em 476 D.C. e terminando em 1453 com a Tomada de Constantinopla, capital do Império Bizantino, pelos turcos otomanos).

Nas cidades, o desejo de união pelo matrimônio da nobreza com a recém formada burguesia (classe social que buscava o lucro através de atividades comerciais, sem a interferência do estado), representada por comerciantes, cambistas, banqueiros e funcionários governamentais, os verdadeiros embriões do capitalismo (caracterizado por atividades que visavam lucro, acúmulo de riquezas, controle dos sistemas de produção e expansão), paulatinamente fez surgir a organização de clientelas privadas, através de uma ação individual voltada para um mercado de compra e venda de serviços. Os detentores do saber e da técnica em Medicina passaram a refletir sobre sua própria prática, ou mais precisamente, passam a identificar que os fatos novos descobertos a partir de experimentos vinculados a esta prática podem ser acumulados e utilizados numa perspectiva de progresso. (MÉDICE, 1992).

Até o final do século XV, ainda na Idade Média, as primeiras escolas de medicina tinham como ensino basicamente o estudo e a recitação dos textos de Galeno pela manhã e de Hipócrates à tarde. Até então, eram feitas apenas por um “lente”, método assim denominado pelo fato dos professores (lentes) apenas lerem aqueles textos, não associados à prática de ensino e nem à supervisão. Geralmente, eram atribuídos aos religiosos, até que alguns leigos, na grande maioria judeus, passaram a se interessar por aquela formação.

No oriente, a fama dos médicos árabes com práticas diversas despertou interesse e, a partir de 1540, foi introduzida a leitura desses manuscritos. Nesta época, a medicina era denominada “física” e os médicos eram chamados de “físicos”. A medicina era embasada pelos conhecimentos advindos da Metafísica, os seja, o corpo era composto por várias almas; estas possuíam funções específicas quanto ao seu funcionamento. A partir de 1562, foi introduzida a prática hospitalar semelhante ao que conhecemos hoje, modificando, portanto, o modelo baseado apenas na leitura de textos.

Com o desenvolvimento da anatomia, que ocorreu principalmente no século XVII, a medicina passou a ser curativa e, ao mesmo tempo, preventiva, com o objetivo de prolongar a vida, passando a existir, assim, a preocupação de manter em perfeito estado o funcionamento interno do corpo humano (MARQUES, 1993). Afasta-se a concepção humoral da doença, que passa a ser localizada nos órgãos (FOUCAULT, 1980), além de trazer o dualismo mente-corpo das concepções desenvolvidas por René Descartes (ou Renatus Cartesius, seu nome latino; 1596 - 1650), que influenciou o modo de fazer ciência. Filósofo, matemático e físico francês, além de vários estudos em epistemologia e metafísica, é considerado o pioneiro no pensamento “filosófico moderno, além do pai da matemática moderna”.

O modo de pensar cartesiano deixou como herança uma dicotomia mente- corpo e seus desdobramentos levaram a uma filosofia que secciona corpo- mente, cérebro-mente, mente-comportamento, natureza-cultura, ou seja, todos os aspectos que implicam uma relação mente e corpo, o corpo em suas partes, o corpo em relação ao ambiente são seccionados. A medicina, partilhando também a herança cartesiana, assume a mesma postura: isola o corpo, secciona-o em partes e ocupa-se das partes doentes” (CALDER, 1976, p.75).

Na formulação cartesiana do dualismo de substância, o homem é composto por duas substâncias de natureza e lógica de funcionamento distinto: o corpo, dotado de materialidade e a mente, a qual seria imaterial, isenta da temporalidade (DESCARTES, 2000). Assim, os estudos do Método Cartesiano (ou Ceticismo Metodológico), no qual defende que só se deve considerar algo como verdadeiramente existente, caso possa ser comprovada sua existência, seguem o princípio de que devemos duvidar de todos os conhecimentos que não possuem explicações evidentes. Este método, também se baseia na realização de quatro tarefas: verificar, analisar, sintetizar e enumerar e irão conduzir-se através da procura em conseguir algum conhecimento da natureza, do qual a medicina viesse tirar regras mais acertadas do que aquelas que existiam naquele século (AIUB, NEVES, 2005).

Segundo Foucault (1979), até o século XVIII não havia preocupação com a comunidade como um todo, mas sim, uma grande atenção à saúde dos mais favorecidos na sociedade. Neste período, que marcou o nascimento da medicina moderna, o capitalismo estabeleceu uma nova organização da medicina como prática coletiva nas instituições religiosas ou nos governos e, paulatinamente, onde os pobres, considerados indigentes, eram assistidos, na maioria das vezes, somente em caso de extrema urgência, como os de epidemia por exemplo.

É no século XVIII que a medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século onde a doença se dá em uma experiência “histórica”, por oposição ao saber “filosófico”, encontrando no corpo formas visíveis (NUNES, 2006).

Foi esta reorganização “*formal e em profundidade*”, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica (NUNES, 2006, p.148).

Neste momento, a medicina como ciência clínica aparece sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. Estando a filosofia dos séculos XVII e XVIII inaugurando um modo de pensar a questão da linguagem a partir de sua relação tanto com a realidade quanto com o pensamento, Foucault (1980) discute sobre o discurso, o da experiência médica, associando o duplo fundamento da palavra, onde ela se encontra em uma identidade consigo mesma

que se supõe mais próxima de sua verdade: trata-se de, enunciando “o que foi dito, redizer o que nunca foi pronunciado”.

A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala, etc. A clínica, incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença (NUNES, 2006, p.149).

Assim, é organizada uma medicina positiva (a partir de uma corrente filosófica cujo mentor e iniciador principal foi Auguste Comte, 1798-1857, francês fundador também da Sociologia), onde a “saúde substitui a salvação”, tomando, a partir deste momento, com uma densidade filosófica comparável talvez a que tivera antes o pensamento matemático. Propõe a ideia de uma ciência sem teologia ou metafísica, baseada apenas no mundo físico e material e onde o discurso é direcionado mais à saúde do que à normalidade, transformando o pensamento que se torna especializado e seccionado, focando na doença (SILVEIRA, 2002). O cuidado, que antes era do corpo e da alma, dirige-se agora à doença, à patologia (MÉDICI, 1988; LOWY, 1994; NUNES, 2006). Através do conhecimento do homem saudável é possível a regência das relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade procurando o conhecimento do homem natural e social, sendo que até o final do século XVIII, a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade (NUNES, 2006).

A fragmentação intelectual observada ainda no final do século XVIII apresentava grande ineficácia nos procedimentos médicos. O modo de pensar da Modernidade vai desenvolver o pensamento especializado e seccionando, focando a doença. O cuidado, que antes era do corpo e da alma, dirige-se agora à doença, à patologia (MÉDICI, 1988). Entre os historiadores das ciências podem-se distinguir aqueles que aceitam a existência de cosmologias e visões de mundo e a presença de estruturas sociais relativamente sólidas, e outros que pautam suas abordagens em atitudes históricas e filosóficas a partir da existência de uma ordem social e natural reconstruída (LOWY, 1994).

O poder político da burguesia, emergente no final do século XVIII, promove diferentes tipos de intervenção estatal sobre a questão da saúde das populações. Na Inglaterra, o movimento hospitalário e o assistencialismo precedem uma medicina de força

de trabalho, isto é, uma medicina socializada, onde o corpo torna-se força de produção, força de trabalho, já parcialmente sustentada pelo Estado em áreas urbanas. O desgaste da classe trabalhadora deteriorava profundamente suas condições de vida e de saúde, segundo demonstram relatórios dos discípulos de Louis René Villermé (1782-1863), médico e epidemiologista na França e Edwin Chadwick na Inglaterra (1800-1890) (ROUQUAYROL, 2003).

Esta visão do tratamento pela experiência será dominante até meados do século XIX. Fundamental importância na modificação do estudo da medicina foram as contribuições em estudos de ciências básicas de Anatomia Patológica com Morgagni (1682-1771) e Virchow (1821-1902), da Microbiologia com Robert Koch (1843-1910) e Louis Pasteur (1822-1895), além dos estudos em Fisiologia com Claude Bernard (1813-1878), fundamentais nessas modificações e quebras de paradigmas, o que representou o nascimento da clínica e do método anatomoclínico, com a descoberta de microrganismos causadores de doenças, fato que representou um grande fortalecimento da medicina organicista (FERREIRA, 1993). A persistência e o desenvolvimento de uma atitude moderada de cepticismo terapêutico e o advento da fisiologia como disciplina, vem definir os novos caminhos da medicina. Os historiadores costumam exaltar a nova concepção de medicina a qual vem explicar cientificamente a enfermidade, passando da observação passiva hipocrática para a experimentação ativa (FERREIRA, 1993).

Esses estudos, ao incorporarem recentes conhecimentos, embasaram novas práticas e dão início ao que podemos chamar da nascente “medicina científica”, que rompia com muitas das antigas concepções. Havia obstáculos a serem vencidos pelos médicos inovadores, como a autoridade dos antigos, o temor do sacrilégio, a incompreensão e o cepticismo (MEDICI, 1992). A evolução da astronomia e da física permitiu compreender os aspectos da medicina, afirmando a superioridade do método científico (PINTO, 2009). Daí em diante, a medicina passou a ter um enfoque curativo e ao mesmo tempo preventivo, com o objetivo prolongar a vida, passando a existir assim, a preocupação em manter em perfeito estado, o funcionamento interno do corpo humano (MARQUES, 1993).

No século XIX, com a propagação das doenças, a medicina até então das epidemias se opôs à medicina das classes, que se organizou buscando a percepção coletiva de um fenômeno global. O doente deixa de ser percebido em sua singularidade para formar uma consciência coletiva de todas as informações que se cruzam, criando a necessidade da promoção de diferentes intervenções estatais em um cenário de desgaste da classe trabalhadora (FOUCAULT, 1980; ROUQUAYROL, 2003)

Neste período, até meados do século XIX estabelece-se uma fase assistencialista, voltando a atenção para a saúde das populações mais empobrecidas e carenciadas. Em seguida surge a fase previdencialista, que se estende da segunda metade do século XIX até finais da primeira metade do século XX e em seguida, pela fase universalista, onde a saúde deixa de ser um atributo dos trabalhadores para ser direito do cidadão, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho e de sua condição social (MÉDICI, 1988).

Desenvolveu-se paralelamente uma organização privada caracterizada por ação individual voltada para um mercado de compra e venda de serviços. Com o advento do capitalismo, nasce uma nova organização da medicina enquanto prática coletiva nas instituições religiosas ou nos governos e, paulatinamente, a organização de clientela privadas foi desmantelando sua lógica e tornando-a uma ação individual, voltada para um mercado de compra e venda de serviços. Os detentores do saber e da técnica em medicina passaram a refletir sobre sua própria prática, ou mais precisamente, passam a identificar que os fatos novos descobertos a partir de experimentos vinculados a esta prática podem ser acumulados e utilizados numa perspectiva de progresso. (MÉDICE, 1992).

Sua organização se confronta com eventos da crise econômica de alcance mundial em 1929 (A Grande Depressão)⁴, com todas as consequências que a crise trouxe, como elevadas taxas de desemprego, a diminuição da produção industrial de diversos países, assim como as drásticas quedas dos PIB's e dos preços, provocando uma redução de seu alcance social com incapacidade de atendimento à maioria das populações (ROUQUAYROL, 2003). Assim, na modernidade, cresce a chamada industrialização da saúde.

Este conhecimento da história da evolução da medicina no contexto político, econômico e social é importante para o entendimento no que tange às mudanças na formação médica e às melhorias dos sistemas de saúde.

A implantação das diversas instituições nacionais manteve relações com o desenvolvimento do Brasil que fundamentou o discurso dos projetos pedagógicos das instituições educacionais e a prática, tanto na forma quanto no conteúdo, do que é ensinado. Embora esta questão seja uma realidade nacional, também vem sendo discutida em outros países, sintonizada com as necessidades das populações e dos sistemas de saúde.

⁴ Depressão 29: grande crise econômica mundial que persistiu até a Segunda Guerra Mundial(1939- 45), após um crescimento americano entre 1918 e 1928, cenário com muitos empregos, preço baixo, elevada produção na agricultura e a expansão do crédito que incentivada o consumismo desenfreado sendo considerado como o pior e mais longo período de recessão econômica do século XX.

3.2 ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Desde Platão (428-347 A.C.) em seu escrito “A República”-360 a.C.(diálogo socrático escrito por Platão, de argumentação dialética, todo narrado em primeira pessoa, imaginado numa república na cidade de Calípole, *Kallipolis*, que significa “cidade bela”, tendo como tema central da obra a justiça), já era possível observar uma preocupação com “o que ensinar” e “como ensinar”. Até o século XIX na Inglaterra, o currículo continha basicamente: o conteúdo a ser estudado, o método de ensino a ser empregado e eventualmente a duração do curso (BOLLELA, 2010).

A origem da medicina no Brasil é portuguesa. Inicialmente, antes da criação das Escolas Médicas Brasileiras (EM), a maioria dos médicos brasileiros formavam-se em Portugal, principalmente oriundos da Faculdade de Medicina de Coimbra. A despeito dessa formação, os médicos que chegaram ao Brasil vinham impregnados pelo obscurantismo religioso que dominava a Península Ibérica.

A migração da família real Portuguesa e sua corte para o Brasil, motivada pela ameaça de invasão de Portugal pelas tropas napoleônicas, propiciou, além da criação de uma complexa estrutura para administrar as possessões portuguesas, a fundação de instituições necessárias ao governo do império e à europeização da corte nos trópicos. É nesse contexto que surgem instituições importantes como a Biblioteca Nacional, o Jardim Botânico e a Imprensa Régia.

A primeira faculdade de Medicina do Brasil foi criada em Salvador (BA), por ato de D. João VI, em 18 de Fevereiro de 1808. A escola foi instalada no Hospital Real Militar da capital baiana e oferecia, no início de suas atividades, apenas duas disciplinas: “*Cirurgia especulativa e prática*” e “*Anatomia e operações cirúrgicas*”. O curso funcionou nesses moldes até 1815, quando foi transferido para a Santa Casa de Misericórdia e transformado em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia (LIMA, 2008) resistindo ao tempo, sendo ainda localizada no Largo do Terreiro de Jesus, no Centro Histórico de Salvador (PEREIRA). O documento, enviado por D. Fernando José de Portugal e Castro, ministro de D. João VI, dirigido ao Conde da Ponte é considerado a certidão de nascimento do ensino médico no Brasil, e ilustra esta questão:

Deus guarda a V. Ex.^a.
Bahia, 18 de fevereiro de 1808.

“Ao Ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte

Corrêa Picanço (1745-1824), Cirurgião-Mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao Exercício da Arte, tem cometido ao

sobretudo Cirurgião-Mor a escolha dos professores, que não só ensinam a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte útil como necessária, o que participo a V.Ex. .por ordem do, para que assim o tenha entendido e contribua para tudo o que for promover este importante Estabelecimento.”

D. Fernando José de Portugal e Castro
Ministro do Senhor Príncipe Regente.

(Picanço, apud, Gonçalves, 2000, p. 6)

De acordo com Gonçalves (2000, p.6) no mesmo ano, em 08 de março, com a mudança da corte imperial para o Rio de Janeiro, nova capital do Brasil, o príncipe regente criou poucas semanas depois, através de decreto, a segunda Faculdade de Medicina no país: a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro, tendo a nomeação do cirurgião Joaquim da Rocha Mazarém (1775-1849) para a cadeira de anatomia no Hospital Militar da corte em 2 de abril de 1808. (SANTOS FILHO, Apud LIMA 2008).

Em 1812, ocorreu a primeira reforma do ensino médico brasileiro, quando o curso passou de quatro para cinco anos. Os cursos médico e cirúrgico eram separados e em 1884 foram unificados, sofrendo grandes alterações. Foram realizadas mudanças no nome, tornando-se o Curso de Ciências Médicas e Cirúrgicas.

A Lei de 9 de setembro de 1826 outorgou às escolas brasileiras o direito de conferirem cartas de cirurgião e de médico aos alunos por ela formados. Em 1828, esta lei foi ampliada determinando que só médicos diplomados podiam clinicar, desaparecendo as “cartas de licenciamento”. Em 1832, por ato da Regência Trina (lei de 3 de outubro), normatizou-se o reconhecimento das atividades médicas, unificando as atividades de cirurgião, boticário e físico, mudando as condições de formação médica e mudando os médicos, havendo o fortalecimento da corporação. A “arte de curar” passa a ser de competência exclusiva dos médicos formados nas agora denominadas Faculdades, (respectivamente Faculdade de Medicina da Bahia e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) ou por elas legitimados (SANTOS, 1995, apud LAMPERT, 2009). A Faculdade Livre de Medicina e Farmácia-1898, em Porto Alegre (RS), foi o terceiro curso de Medicina criado no Brasil, de forma que no início do século 20 tínhamos apenas três faculdades de Medicina no País. Os cursos de graduação foram estendido para seis anos.

As escolas médicas no Brasil eram isoladas até 1912, quando foi criada a primeira universidade brasileira, no Paraná, mas que durou somente três anos. Somente em 7 de setembro de 1920 o decreto de nº 14.343, oficializa a Universidade Brasileira. Surge a Universidade do Rio de Janeiro, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro, que reunia os cursos superiores da cidade, a saber: a Escola Politécnica, a Faculdade de Medicina e a Faculdade

de Direito - que surgira a partir da fusão da Faculdade Livre de Direito e da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais (MEC).

Ocorrendo a organização da profissão médica no início do século XIX, sua evolução formou uma forte corporação. Hoje, apesar de fragmentada em especialidades e com serviços intermediados por empresas seguradoras, prevalece o discurso social de uma profissão única, o que abre o espaço de competência para o modelo ideológico mais valorizado, o da prática liberal, o modelo ideal da profissão. (LAMPERT, 2009).

Foi o Relatório Flexner⁵ que deflagrou um processo de transformações na educação médica à partir das informações reunidas sobre as 155 escolas médicas que visitou na América do ⁵Norte (USA e Canadá) entre dezembro de 1908 e abril de 1910, fortalecendo mudanças já em curso e que levaram à consolidação de um modelo cujos rastros chegam ao presente: o de escolas médicas integradas a universidades, ligadas a hospitais-escola, e onde a experimentação, o ensino das ciências básicas e a prática clínica têm lugar proeminente. Uma estrutura com a qual se trabalha predominantemente o modelo individualista, biologicista, hospitalocêntrico e com ênfase nas especializações. Considerado por estudiosos como a mais influente e citada referência sobre o tema “Ensino Médico”, foi o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas na América do Norte e em outras partes do mundo, inclusive no Brasil. É, até os dias de hoje, foco de debates entre defensores e detratores de suas propostas (PAGLIOSAI e DA ROSII, 2008).

Assim, o modelo de Flexner passou a ser associado ao rígido ensino médico que privilegiava a formação científica de alto nível, baseado no modelo moderno, estimulando a especialização profissional, mas muito criticada por Camargo, por causa do seu enfoque cientificista e ao descaso com a abordagem humanista, fragmentando o conhecimento e dificultando a visão do paciente no seu conjunto. O modelo da reforma aludida é o modelo tecnicista e centrado no hospital, que privilegiou a criação das especialidades, o qual é incompleto, porque exclui as ciências humanas do processo e a visão do ser humano como um todo, um ser bio- psico-social, com sua rede de relações e sua diversidade. Surgiu, então, o paradigma da integralidade, buscando contrapor-se ao paradigma flexneriano tecnicista, e enfatizando mais a saúde do que a doença, buscando analisar o doente e não a doença e agregando valores para a humanização da Medicina (LAMPERT, 2003).

O período compreendido entre 1933 e 1955 é considerado como o período de regime de cátedra com a inauguração do Hospital São Paulo, sendo o primeiro hospital escola inaugurado no país (BORGES et al.,2008). O modelo universitário brasileiro era baseado no modelo europeu e foi oficialmente reformulado em 1968, com a imposição da reforma uni-

versitária (Lei 5.540 de 1968), iniciativa da época do governo militar. As cátedras foram substituídas pelos departamentos e o ensino ficou dividido em dois ciclos principais, o básico, nos dois primeiros anos, e o ciclo profissionalizante, nos quatro anos subsequentes (nesse momento, os estudantes passam a frequentar as aulas nos hospitais universitários, aqueles com vínculo administrativo com a universidade ou de ensino ou por meio de convênio com as faculdades ou universidades).

A criação do Conselho Federal de Medicina (Lei 3.268 de 30 de setembro de 1957)⁵ e dos Conselhos Regionais, que juntamente com o Conselho Federal de Educação do então Ministério da Educação e da Cultura (MEC) em 1969 passou a ditar as diretrizes para a revisão dos currículos tradicionais e estabeleceu o currículo mínimo.

Novos modelos do ensino médico vêm sendo elaborados, desde a década de 60, na tentativa de formular um novo paradigma que possa se contrapor ao modelo hospitalocêntrico, compondo uma abordagem dialética assimilando contribuições de várias ciências, com enfoques interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais, alinhado aos mais novos preceitos na educação moderna. O modelo do novo paradigma, recentemente denominado paradigma da integralidade, considera as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população, o que conduz à construção de um novo modelo pedagógico, visando à interação e ao equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Trata-se de adotar um modelo curricular diametralmente oposto à ideia hegemônica de que primeiro se aprende para depois trabalhar, defendendo-se a radical substituição dessa lógica por outra centrada no *aprender a aprender*, em que a experimentação e a problematização do pensar-agir-perceber caminham juntas, indissociáveis da produção de conhecimento desde o início da graduação (CECCIM, 2004, apud JESUS, 2012).

Das características do sistema de educação médica dependerá o fluxo de pessoal qualificado para a oferta laboral. Entre as características, podem-se distinguir as quantitativas (vagas, duração, custo, locais de treinamento, desistências) e as de caráter qualitativo (conteúdos, métodos pedagógicos, capacitação docente). Todas dependem da ação de uma multiplicidade de fatores, entre eles a demanda social de educação médica (Lampert, 2009). Frenk et al. (1980, apud BELMARTINO et al., 1990) distinguem três níveis sobre os quais se manifesta dita determinação: 1- resulta da adoção de um determinado currículo em resposta às demandas das instituições assistenciais por um determinado tipo de médico; 2- depara-se na capacidade do sistema assistencial para tornar ou não viáveis as reformas propostas pelo sistema educativo; 3- o sistema de educação médica imprime suas modalidades específicas

⁵ Conselho Federal de Medicina (CFM) é uma Autarquia Federal, regida pela resolução CFM 1998/12, que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da boa prática médica, do exercício profissional ético e uma boa formação técnica e humanista, além de atribuições como o registro profissional do médico e a aplicação de sanções do Código de Ética Médica (último em 2009).

aos programas educativos ao prover os espaços para a prática dos estudantes. Segundo Machado, o projeto profissional fundamenta-se na dimensão do conhecimento abstrato, passível de aplicabilidade, e no mercado de trabalho determinado pelas condições socioeconômicas e pelo corpo de ideias que o sustentam.

A Declaração de Edimburgo⁶, com World Summit on Medical Education, em 1993 assim como o Encontro Continental de Educação Médica, em 1994, em Punta Del Leste, no Uruguai, determinaram que as escolas de medicina deveriam: “organizar os programas de ensino e os sistemas de avaliação de modo a garantir a aquisição das competências profissionais e dos valores sociais e não somente a memorização da informação”. Esta ideia estimula a reflexão e a conscientização dos problemas sociais contextualizados aos quais estamos submersos.

As aproximações das instituições prestadoras de serviços com as IES são ainda muito tênues, com prejuízos tanto para a implementação das políticas de educação para a saúde, quanto para a efetivação das políticas e a prestação de serviços de saúde (Travassos et al., 2000, p. 135). A partir da Constituição Brasileira de 1988⁷, e a aproximação inédita entre os Ministérios da Saúde e da Educação, foi entre os Ministérios da Saúde e da Educação, foi lançado o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed), voltados à formação da graduação em direção ao atendimento das políticas de saúde. Esses fatos contribuíram para criar no cenário brasileiro motivações e novas visões de um mercado de trabalho promissor para o profissional médico com formação generalista, conferindo a possibilidade de recuperar a humanização do ato médico em âmbito intersectorial, multiprofissional e interdisciplinar, resgatando o princípio dos homens como irmãos (LAMPERT, 2009). As mudanças na organização e concepções da Medicina como resposta às exigências e necessidades sociais de um novo tempo, voltadas para o caráter social em torno da promoção e assistências à saúde determinam a importância de discutir a graduação médica com vistas a adotar uma formação adequada à realidade do sistema de saúde.

No Brasil, as Diretrizes Curriculares (DCN) para os cursos de graduação em Medicina vêm acompanhando o contexto mundial de transformação de referenciais da educação e das políticas de saúde. Buscando uma nova orientação que possa contribuir para a formação do profissional que a sociedade contemporânea exige, as discussões sobre a formação médica, além de se voltarem para a revisão dos conteúdos curriculares, também vêm repensando

6 Declaração de Edimburgo: Conferência Mundial sobre Educação Médica, patrocinada pela OMS e promovida pela Federação Mundial para a Educação Médica em Agosto de 1988 na Escócia, onde considera-se a matriz sobre a qual assentam as linhas orientadoras para o desenvolvimento de um programa susceptível de alterar em substância o ensino e a educação médicas, no sentido destes se enquadrarem nas verdadeiras necessidades da sociedade atual.

7 Constituição Brasileira de 1988: Seção II DA SAÚDE Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

as metodologias de ensino no sentido de torná-las mais adequadas ao perfil do profissional que se quer formar (GOMES e COL, 2009).

O mercado de trabalho médico é considerado a relação entre oferta e a necessidade de profissionais qualificados para o exercício da Medicina. Dita relação depende das características que assumam em cada sociedade os processos sociais complexamente articulados: o processo de produção da capacidade de trabalho médico (a formação médica) e o processo de produção de serviços de saúde (a prática médica) (BELMARTINO et al., 1990). Embora intimamente relacionados, esses dois processos, uma vez que a educação médica tem por finalidade exclusiva a formação de recursos humanos para atender às necessidades de saúde da população, são independentes e estão submetidos a um conjunto de determinantes sociais, políticos, econômicos e ideológicos. Dessa forma, nem sempre o recurso humano resultante do processo formativo se adapta ajustadamente às necessidades da produção de serviços.

Desde 1995, a OMS vem propondo uma reorientação nas escolas médicas, no que diz respeito a melhor servir às necessidades dos indivíduos e da comunidade, brilhantemente resumida na frase do médico canadense defensor da reflexologia Willian Osler (1849-1919): “tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem é conhecer o homem que tem a doença”.

Neste sentido, surgiu o conceito “social accountability” que, segundo a OMS são medidas de uma organização de bem estar atenta às preocupações sociais emergentes e às prioridades das partes interessadas, internas e externas (comunidade, funcionários, organizações governamentais e não-governamentais, gestão e proprietários), que refletem-se no compromisso verificável das organizações com certos fatores (que podem ou não estar diretamente ligados a seus processos), tais como: cumprimento voluntário das leis de emprego, saúde, higiene, segurança e meio ambiente; direitos civis e direitos humanos, e melhoria da comunidade e do entorno. Um programa de conformidade social geralmente é baseado na adesão as regras de responsabilidade social, estabelecidas pela conformidade certificada a padrões, que pode ser entendido como a obrigação de direcionar o ensino, a pesquisa e a assistência para as prioridades de saúde da comunidade, região ou nação. Estas prioridades devem ser definidas pelos governos, comunidades e profissionais de saúde. (BOELEN, C., HECK, J.E., 1995).

Somente em 1997, o edital do MEC-SESu, definiu as competências e habilidades necessárias para a formação do médico e, em 2001, foi homologada a Resolução do CNE-CES

pelo MEC, instituindo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina.

O processo de reflexão crítica tem como base a pedagogia crítica de Freire (1970) que parte da premissa que uma formação crítica deve conduzir ao desenvolvimento de cidadãos que sejam capazes de analisar suas realidades social, histórica e cultural, criando possibilidades para transformá-la, conduzindo alunos e professores a uma maior autonomia e emancipação. Possui como uma de suas grandes características a preocupação com as consequências éticas e morais de suas ações na prática social, concebendo aos alunos, agentes críticos, o conhecimento problemático, o diálogo crítico e afirmativo e os argumentos a favor de um mundo melhor para todas as pessoas.

Para Silva e Araújo (2005), “a reflexão para a ação é a reflexão desencadeada antes da realização da ação pedagógica, através da tomada de decisões no momento do planejamento da ação que será desenvolvida”. O professor reflexivo traz em si a satisfação de formar e mudar, como ser humano que detém o conhecimento, denominado pelo um antropólogo, sociólogo e filósofo francês judeu de origem sefardita Edgar Morin (pseudônimo de Edgar Nahoum-1921), “conhecimento pertinente e pensamento complexo”, e que é capaz de multiplicá-lo através de uma relação de troca com seus pares e, principalmente, com seus alunos (LEITE e PELUCIO, 2004).

Desde a metade da década de 1960 até o início dos anos de 1970, na Universidade Mc Master no Canadá, Cidade de Hamilton, estado de Ontario, o ensino na medicina incorpora os fundamentos do construtivismo em sua base teórica e prática à ocorrência de uma mudança curricular no Curso de Medicina através da “Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP” (Problem-Based Learning – PBL). Esta metodologia adota o princípio de aprendizagem em pequenos grupos e autogerida que visa estimular o trabalho em equipe, de modo colaborativo e cooperativo, buscando desenvolver pensamento crítico, habilidade criativa, motivação para estudar, habilidades para resolver problemas e acima de tudo, capacidade de transferir conhecimentos para outras situações ainda não vivenciadas. Seu surgimento seria atribuído à insatisfação dos estudantes diante da grande quantidade de conteúdos abordados, considerados como pouco importantes à prática médica (SCHUNEMANN, 2010).

As primeiras experiências de adoção do PBL no Brasil são de 1990, nos currículos de educação médica da Universidade de Marília, no estado de São Paulo e da Universidade de Londrina, no Paraná. O curso médico da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA adotou a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), e implementou o novo currículo de forma gradual, série a série. Em 2002, graduou-se a primeira turma de estudantes de

Medicina formada completamente por essa metodologia (BATISTA et al., 2005; COELHO FILHO, SOARES e SÁ, 1998 apud DECKER E BOUHUIJS, 2009; GUIMARÃES, 2005). A partir daí, os conceitos em educação médica tem-se desenvolvido e aprimorado concomitantes à evolução da Medicina em si, culminando com a necessidade cada vez maior nos dias atuais de um processo de ensino preferencialmente reflexivo e analítico.

Em 1997 Gallagher aponta como propósitos da implementação do método de ABP a necessidade de ajudar os estudantes a aprenderem as habilidades de especialistas em tomar decisões corretas e rápidas e resolver problemas (KARAKAS 2008, p. 65). Até fins do século XX, o método de ABP desenvolveu-se e diversificou-se com taxonomias semelhantes e se propagou por todo o mundo, numa ampla variedade de estudos. Diversas escolas passaram a orientar seus cursos por ABP, tanto na forma considerada mais efetiva, que envolve todo o currículo do curso, quanto no âmbito restrito a uma disciplina (nesse caso, com inúmeras limitações e sendo considerada uma estratégia de ensino). O modelo de ABP tem sido adaptado a muitos contextos educacionais e ao ensino de diversas áreas de conhecimento (história, pedagogia, engenharia, arquitetura, direito, economia, administração de empresas, etc.), resultando em formatos e abordagens alternativas ao modelo McMaster original. Graaff e Cowdroy (1997, p. 168); Gil (2009, p. 176-7); Graaff e Cowdroy (1997, p. 168); Ribeiro (2008, p. 25).

Na primeira década do século XXI, novas adaptações trazem uma redefinição da ABP para uso numa ampla variedade de disciplinas; estudos comprovam que, nos casos onde o método foi implementado, é possível verificar resultados significativos, mas a escassez de iniciativas mostra a necessidade de pesquisas envolvendo o ABP no contexto brasileiro. Diversas adaptações para adoção vêm ocorrendo, tendo em vista que as soluções objetivas dos problemas no ensino de cada área apresentam complexidades peculiares e normalmente resultam em mais de uma solução. No entanto, existem controvérsias na literatura sobre a propriedade de serem classificados como ABP, uma vez que são diferentes do original (DUFFRIN, 2003, p. 2; KALATZIS, 2008, p. 22; RIBEIRO, 2008).

Entendemos que o corpo docente é o alicerce fundamental sobre o qual devem ser instituídas as bases das mudanças necessárias à formação de profissionais da área da saúde, e a prática pedagógica tem constituído tema relevante de pesquisa. Apenas recentemente os professores universitários começaram a perceber que a docência, como a pesquisa e a prática de qualquer profissão, demanda capacitação específica, para além do domínio de uma área do conhecimento; o domínio pedagógico e o exercício da dimensão política do ensino (COSTA, 2010), existindo uma necessidade de mudanças na prática docente em

saúde e discutindo a necessidade de formação do professor reflexivo em cursos da área da saúde. Desta forma, a prática reflexiva, como orientação fundamental para formação continuada de professores, vem sendo pesquisada e estudada por diversos teóricos, como Freire (2001), Perrenoud (2002), Alonso (1999), Pimenta e Ghedimn (2002), Imbernón (2001), Alarção (2003), Gracia (1999).

Em pleno século XXI, os alunos necessitam receber informações que contribuam para sua inserção no mundo globalizado, para que possam estar preparados a enfrentar as incertezas geradas pelas mudanças que ocorrem de forma acelerada. Nos planos de ensino devem estar especificados como se desenvolvem as competências profissionais relacionadas à tomada de decisões, à comunicação, à liderança e ao profissionalismo, conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina – DCN – CM, além das metodologias de ensino sócio individualizante (como o método de solução de problemas, de simulação e de dramatização). A utilização dessas metodologias requer formação continuada de docentes para sua utilização.

Sabemos que a parte prática de alguns cursos de Medicina é supervisionada por médicos assistencialistas dos hospitais conveniados. A maioria sem qualquer vínculo formal com as faculdades-universidades, ainda que em algumas vezes a responsabilidade pelas disciplinas seja de docentes do curso. Esta situação é vista em algumas universidades brasileiras, como é o caso da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Esses professores, aqui doravante denominados tutores (se professores com atuação no campo de prática) ou preceptores(médicos assistencialistas) são na maioria das vezes, selecionados entre aqueles que tenham realizado residência na área da prática médica em questão, concursados com vínculo federal, estadual ou municipal, ou terceirizados e que, no exercício de suas atividades fim, tenham alguma vocação ou disponibilidade, ou até mesmo intenção, de compartilhar seus conhecimentos, experiências e vivências com o corpo discente. Nesse momento, percebe-se a necessidade de desenvolver práticas pedagógicas condizentes com as reais necessidades de formação pessoal e profissional daqueles alunos, além do convívio com os profissionais assistencialistas experts em suas áreas.

Segundo o levantamento “Radiografia das Escolas Médicas do Brasil (REMB)” do Conselho Federal de Medicina (CFM), de 2003 à 2015, a quantidade de cursos particulares de medicina no Brasil mais do que dobrou em relação aos ritmo de abertura de estabelecimentos públicos. O número de escolas privadas passou de 64 para 154, enquanto as unidades de gestão estatal aumentaram no mesmo período de 62 para 103, servindo de alerta para o crescimento desgovernado e sem qualidade que afeta o sistema formador

de futuros médicos no país. Em números totais, o volume de escolas médicas mais do que dobrou, passando de 126 públicas e privados para os atuais 271, distribuídos em 158 municípios do Brasil (69% na região sudeste e nordeste, sendo um terço nos estados de São Paulo e Minas Gerais) responsáveis pela formação de cerca de 23 mil novos médicos ao ano em todo o território nacional. No entanto, essa realidade poderá mudar até o final de 2017, pois recentemente foram aprovadas 36 novas escolas em municípios brasileiros “não capitais” que foram selecionados pelo governo federal, totalizando 293 escolas médicas, sendo que a maioria desses novos projetos não atendem às necessidades atuais, às diretrizes curriculares e nem aos pressupostos de uma mínima formação médica. Existe ainda outro edital aberto com chamamento para outros 22 novos municípios, o que nos faria chegar ao alarmante e perigoso número de 315 (mais do que o dobro das 145 escolas americanas para uma população atual de pouco mais de 326 milhões - 2017) até o final de 2018 (o Brasil para uma população atual é de 203,2 milhões de habitantes - Pnad 2014 - IBGE -, quinta maior do mundo é o segundo país em quantidade de escolas médicas, perdendo apenas para a Índia, com 1,3 bilhão de habitantes - 2017). E o que ainda pior, sem possuírem hospitais locais para a prática, sem atenderem a exigência de um mínimo de cinco leitos no Sistema Único de Saúde (SUS) para cada aluno, além de não contemplarem outra exigência primordial de três discentes matriculados por cada equipe de saúde do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Esse crescimento sem qualquer planejamento e desordenado se acentuou em grande escala durante os anos de gestão do anterior governo federal (considerando o início de 2011 até julho de 2015), com alegada falácia populista de universalizar o ensino superior, abdicando de critérios técnicos e de qualidade, em detrimento de quantidade. Em apenas 5 anos, 79 novas autorizações para abertura de escolas médicas foram expedidas (um adicional de 6.190 novas vagas). Para se ter uma idéia desse crescimento frenético, no período de 1808 e 1994, portanto quase 190 anos, foram abertos 82 estabelecimentos de ensino médico no Brasil.

Especialistas em educação médica (ARRUDA, 2015) destacam a necessidade de priorizar a qualidade na formação dos alunos, uma vez que as vagas atuais já garantem uma expansão de médicos que ultrapassará os padrões europeus e muito além do que defende a Organização Mundial da Saúde (OMS) de uma relação aproximada de 1:1000. Os atuais quase 450 mil médicos nos colocam numa condição mais de 2 vezes o mínimo recomendado por aquele órgão mundial. Portanto, não temos deficiência de médicos no Brasil, como defende o discurso oficial e sim, uma distribuição irregular e deficiente entre as cidades e regiões mais pobres, principalmente no Norte e Centro-Oeste.

O momento atual exige das EM a formação de um profissional com visão holística, capacitação ética, técnica e científica, ciente da sua relevância social e, principalmente, que acredite que a saúde e o ato de curar não são privilégio e muito menos caridade, mas sim um direito. Conforme Chauí (2001, p. 12), ao discutir a formação de recursos humanos para o SUS, essas reflexões obrigatoriamente deverão ser remetidas para as relações existentes entre os setores Saúde e Educação, dentro das práticas do Direito e da Democracia.

Ainda, segundo a autora, apesar de as EM serem fundamentais no sistema de promoção à saúde para as comunidades, estas têm sido pouco ativas em avaliar as prioridades de saúde e em organizar programas de pesquisa e ensino que produzam melhorias no funcionamento do sistema de saúde, e em última análise, nas condições de saúde da população. As EM têm missões bem definidas e compromissos institucionais de servir às populações, porém há uma grande disparidade entre o discurso teórico e a prática.

Em 2004, o MS instituiu a Política Nacional de Educação Permanente e, em 2007, definiu “novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde” adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. De forma geral, essa política estabelece que as práticas educativas em saúde devem proporcionar: interlocução da educação e trabalho, partindo dos problemas cotidianos que os profissionais e os serviços enfrentam; transformação das práticas da saúde, com base na reflexão crítica a respeito do processo de trabalho dos profissionais; transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Ao fundo, essa política tem preconizado a integração teórico-prática como elemento fundamental para a promoção das mudanças e aperfeiçoamento na forma de ensinar e aprender saúde no Brasil.

Nesse contexto, apenas a inserção dos estudantes nos níveis de atenção não garante a ele uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Os profissionais preceptores com quem os alunos se relacionam podem estimular ou não esse processo, tendo especial relevância na função de promover a articulação do conhecimento teórico com a prática em sua área de atuação.

3.3 O INTERNATO MÉDICO

A preocupação em utilizar o treinamento em serviço como prática do ensino médico surgiu no modelo de formação brasileiro durante a década de 1940, quando nossos currículos passaram a se espelhar no modelo americano de formação (modelo Flexner). No início dos anos 50, iniciaram-se programas destinados à prática pré-profissional supervisio-

nada no sexto ano, como complemento ao conteúdo predominantemente teórico das fases anteriores (CHAVES, GROSSEMAN 2006).

O Internato Médico foi oficializado apenas em 1969, quando se normatizou a obrigatoriedade de um período prático com características especiais no final da formação acadêmica dos cursos de graduação em Medicina (GROSSEMAN, 2007). Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), o Internato ou estágio curricular é o “último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde vinculada ou não à escola médica”. E, enquanto Garcia o caracteriza como uma fase de transição entre a condição de estudante e a de médico, Marcondes e Mascaretti preferem conceituá-lo como uma “metodologia de ensino baseada no aprendizado em serviço, em tempo integral, obrigatório nos quatro últimos semestres de graduação”.

As escolas médicas devem, também, deixar claro, em todos os momentos do curso, que um médico deve ter uma alta competência técnica, mas deve também ter uma formação humanística e ética, e atuar de forma socialmente responsável (MARTINS, 2006). Os médicos com quem os estudantes convivem devem ter claro que jamais estarão ensinando apenas sua área de conhecimento, mas estão sendo modelo técnico-ético de atendimento aos pacientes.

É importante analisar a experiência de articulação ensino/serviços, diferentes nos tipos de instituições realizadas (públicas, filantrópicas ou privadas) distinguindo os campos de práticas do internato dos cursos de Medicina quando realizados em hospitais universitários e de ensino de outras instituições de diferentes naturezas, onde se utiliza uma metodologia de ensino baseada no aprendizado em serviço, com atividades teóricas e práticas obrigatórias nos últimos 4 semestres de graduação (MARCONDES; MASCARETTI, 1998). Esses hospitais desfrutam de maior possibilidade de controle de qualidade de desempenho, uma vez que tratam-se de instituições mais familiarizadas com os procedimentos de avaliação e acompanhamento das atividades do internato, geralmente já presentes com cursos de graduação e programas de residência médica. Não podemos negar que existem instituições particulares perfeitamente capacitadas para exercer os devidos controles e habilitadas à garantir a qualidade dos programas nos melhores hospitais do país, mas ainda são exceção. Há necessidade de encontrar novas propostas que venham ao encontro da formação de um profissional ético-crítico e reflexivo, com capacidade de atender às necessidades da população, dentro de um contexto sócio-cultural prevalente naquele local.

Os hospitais universitários brasileiros, à medida que se integram cada vez mais ao Sistema Único de Saúde, estão se tornando hospitais de alta complexidade. O ensino de

graduação não pode mais ser baseado exclusivamente ou principalmente nas enfermarias desses hospitais. A diversificação dos cenários de aprendizagem é urgente, incluindo treinamento junto à comunidade, em unidades básicas de saúde, ambulatórios, serviços de emergência e enfermarias de hospitais comunitários.

Estratégias de ensino que exigem a participação ativa do estudante, baseados nos estudos de Freire, de que a prática é o grande motivador do aprendizado, estimulam a busca de soluções para problemas reais ou construídos com objetivos pedagógicos claros (aprendizado baseado em problemas) que têm contribuído para a conquista da autonomia intelectual do estudante. Afinal, na tradição das escolas médicas, o período do internato justamente é uma busca por parte do interno da solução dos problemas médicos que seus pacientes apresentam.

Um dos desafios principais é pensar a formação médica como um todo integrado e não como mera soma de conteúdos das diversas disciplinas e especialidades médicas. As diretrizes curriculares estabelecem, corretamente, que existem competências gerais que devem ser adquiridas durante os cursos de graduação: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento e educação permanente. Quase como senso comum que o tempo de internato deveria ser aumentado. Para alguns, até mesmo a palavra “Internato” se tornaria obsoleta se, no dia-a-dia da formação acadêmica, a prática estivesse associada à teoria desde a sua entrada na universidade e campo de prática, tornando o acadêmico um aprendiz teórico-prático em todo o seu curso de graduação.

Precisamos superar diversos obstáculos que se impõem; entre eles, nós mesmos. É preciso ainda romper as barreiras do preconceito e dos núcleos de poder existentes na academia e entre os profissionais de saúde. A luta pela transformação do ensino médico deve caminhar em conjunto com a luta por um ensino de qualidade para o País e em conjunto com a luta pela concretização de um sistema de saúde de qualidade que supra as necessidades de saúde de toda a população brasileira (CHAVES, 2006).

Para Botti e Rego (2008), sendo os preceptores referências e modelos para os estudantes, no ensino têm como uma das funções primordiais auxiliar os graduandos na construção de soluções para os problemas com os quais eles se deparam em suas práticas de saúde diárias, além da articulação dos conhecimentos e valores da escola e do trabalho, sempre priorizando uma formação ética e responsável.

Outro desafio para o século XXI é o currículo médico se adequar à visão moderna de saúde, que envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, hábitos e estilo de vida e acesso aos serviços de saúde. A promoção da saúde, a prevenção, a busca da

qualidade de vida, a reabilitação e a reintegração à sociedade passam a ser tão importantes como o diagnóstico e tratamento das diversas enfermidades (MARTINS, 2006).

O Hospital Geral de Fortaleza, objeto desse estudo, recebe alunos de internato das diversas Universidades Brasileiras e até mesmo do exterior há muitos anos porém, apenas em 13 de novembro de 2008 o Ministério da Saúde(MS) e o Ministério da Educação(MEC), através de suas comissões de certificação, emitiram parecer favorável ao HGF como hospital de ensino, garantindo um incentivo financeiro adicional ao orçamento, vinculado ao ensino e à pesquisa. Possui 26 programas de Residência Médica⁸ (no Brasil estão regulamentadas 53 especialidades médicas), Residência Multiprofissional, Internato Médico e não médico, Estágios Curriculares e Bolsistas de diversos Cursos de Graduação de diferentes Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas, acolhendo atualmente, em processo formativo em todas as áreas do ensino da saúde cerca de 1.115 alunos. Estabelece parcerias com Universidades através de convênios firmados com a Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA), para concessão de estágios curriculares da graduação que possibilitem o aprimoramento dos saberes nas práticas assistenciais, administrativas e técnicas.

A Seção de Ensino, Aperfeiçoamento e Pesquisa (SEAP) tem como missão promover, coordenar, supervisionar e divulgar as atividades científicas e culturais relacionadas ao Ensino, Pesquisa e Capacitação. É responsável pelo planejamento, supervisão, orientação e execução das ações de ensino, aperfeiçoamento e pesquisa relacionadas à formação e capacitação de recursos humanos, nas áreas da saúde, administração e serviços de apoio e está inserido na Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde - REBRATS, na Rede Nacional de Pesquisas Clínicas - RNPC e na Rede Universitária de Telemedicina - RUTE.

O internato hospitalar está estruturado em cinco grandes áreas: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, tendo o acompanhamento dos serviços de coordenação geral, supervisão, preceptoria e orientação acadêmica nas sub especialidades de anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia digestiva, cirurgia plástica, cirurgia vascular, clínica médica, endocrinologia, endoscopia, gastroenterologia, hematologia, mastologia, medicina intensiva, nefrologia, neurologia, obstetrícia e ginecologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pediatria, neonatologia, neurocirurgia, reumatologia pediátrica, radiologia, reumatologia, urologia e transplante renal, dentre outros.

⁸ Lei 5540/68: fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola médica. O ensino superior tem por objetivo a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, letras e artes e a formação de profissionais de nível universitário.

4 REFERENCIAIS TEÓRICOS DA PESQUISA

As mudanças, para serem legitimadas, devem ser percebidas pela sociedade como necessidade de progresso (MACHADO, 1995). As comunidades científicas, segundo Kuhn, são caracterizadas por sequências de entendimentos tácitos compartilhados, denominados paradigmas. O verdadeiro progresso científico é descontínuo e só se produz quando um paradigma é substituído por outro, que supera o anterior. Na saúde da América Latina, esse termo *lato sensu* vem sendo usado para designar o modelo dominante de educação médica influenciada pelo relatório FLEXNER de 1910.

As escolas médicas brasileiras, onde predominava a influência da medicina francesa, à partir da Reforma Universitária de 1968⁹, passam a adotar oficialmente o modelo americano. As cátedras são substituídas por departamentos contendo disciplinas e o ensino fica dividido em dois ciclos: o ciclo básico (disciplinas básicas) e o ciclo profissionalizante (correspondendo às especialidades e ao estágio denominado Internato Curricular), tendo como consequência uma baixa interação entre essas disciplinas. Em decorrência, com o tempo, chega-se ao ponto em que as escolas médicas oferecem cursos de graduação em Medicina que, apesar de eficaz do ponto de vista técnico-científico, são altamente questionados em suas finalidades e quanto a sua capacidade de formar o profissional adequado para o mercado de trabalho. Isso provocou debates desde a década de 60 e 70, já ampliados no restante do mundo, à partir da Inglaterra, com as experiências clássicas do psicanalista húngaro Michael Balint (em húngaro Bálint Mihály 1896- 1970, sobre relação médico-paciente) e enfatizando a necessidade de mudanças estruturais na formulação de um novo paradigma, para a formação médica.

Surgia a proposta do enfoque da medicina preventiva, reforçada a partir da Conferência de Alma-Ata (República do Cazaquistão, ex URSS, 6-12 de setembro de 1978) sob o lema "*Saúde Para Todos no ano 2000*", que visou alcançar a realização da atenção primária em saúde para todos, indistintamente, até o final do século XX. As mudanças se iniciaram na Conferência de Ottawa, Canadá¹⁰(1986), que tratou-se de uma carta de intenções que buscou contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal, em decorrência das expectativas mundiais por uma saúde pública eficiente, focalizando em especial as necessidades dos países industrializados e estendendo tal necessidade aos demais países. Defendeu a promoção da saúde como fator fundamental

9 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde-1978, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento, e da comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo, tendo formulado a declaração que enfatiza a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social; não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade até então prevalente.

10 Carta de Ottawa: primeira CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE em novembro de 1986, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que ocorreu em todo o mundo, promovendo a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

de melhoria da qualidade de vida, assim como a capacitação da comunidade nesse processo, salientando que tal promoção não deveria ser de responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas responsabilidade de todos, visando o bem estar global. Formulou-se então, oficialmente, a proposta de Promoção da Saúde, ampliando o entendimento de que “saúde é qualidade de vida”.

No Brasil, o modelo de medicina preventiva e da promoção da saúde teve no movimento da Reforma Sanitária (o movimento nasceu no início da década de 70 no contexto da luta contra a ditadura, como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época), defendendo “o conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde” e na VIII Conferência Nacional da Saúde (CNS) (17 à 21 de março de 1986 em Brasília-DF, durante o governo José Sarney) seus dois marcos históricos fundamentais. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população.

A CNS, primeiramente resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS, criado pelo regime militar em 1974, pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, apenas aos empregados de carteira assinada e os governos estaduais. Mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988, marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. A evolução do sistema, que aconteceu de forma gradual à partir do SUDS e com a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde¹¹ de 19 de setembro de 1990 (Lei 8.080/90) estabeleceu os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, resultou na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo era alterar a situação de desigualdades na assistência da saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão do país. Esse fundamenta-se à partir das diretrizes de universalidade da atenção, equidade no atendimento, integralidade das ações em todos os níveis de atenção, descentralização do

¹¹ Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990): dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamentando em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado, sendo a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

sistema e da participação social. Fez-se necessário repensar os modelos tecno assistenciais e, por conseguinte, a formação dos profissionais da área da saúde, onde a integração ensino-serviço-comunidade aponta como uma estratégia com potencial transformador.

O princípio da integralidade busca assegurar ao usuário uma atenção que inclua ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, ou seja, o atendimento necessita se direcionar também para a saúde e não apenas para a doença. As ações preconizadas formam um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas. Do mesmo modo, as unidades prestadoras de serviço, em diferentes graus de complexidade, também constituem um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Outros significados têm sido adicionados a estes, ampliando a concepção de integralidade. Mattos em 2006 salienta três grandes grupos de sentido para a integralidade, relacionados com: 1) atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se define como uma boa prática, ocorra ou não no âmbito do SUS; 2) atributos da organização dos serviços; e 3) respostas governamentais aos problemas de saúde.

A integralidade se relaciona com o movimento da chamada medicina integral, tendo início nos EUA na década de 60, com o questionamento da atitude fragmentária e reducionista dos médicos frente aos pacientes (contrapondo-se ao pensamento predominante defendido no paradigma Flexneriano). Para a formação de profissionais do SUS na perspectiva da integralidade é preciso ousar e ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como se encara o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade que o rodeia. Implica também em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas, assim como buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, que então se tornam explícitas (CONZE, 2009).

Pode-se afirmar que, com a criação do SUS, na década de 1980, surgiu a necessidade de organizar a formação dos recursos humanos na área da saúde com competência para atuar em diferentes níveis de atenção com o envolvimento dos profissionais trabalhadores, denominados preceptores, nas atividades de supervisão/orientação de estudantes de graduação da área da saúde. A Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, nos itens III e IV do artigo 5º define como privativos de médicos, respectivamente, o ensino de disciplinas especificamente médicas e a coordenação dos cursos de graduação em Medicina, dos programas de residência médica e dos cursos de pós-graduação específicos para médicos.

A partir desta nova organização do SUS, a educação médica passa por modificações na doutrina e na prática da formação profissional, conectada à contemporaneidade

do mundo globalizado. Aumenta o interesse de diferentes sujeitos em relação ao ensino médico, devido aos aspectos políticos e comunitários e com repercussões nas mudanças nos serviços de saúde. Na grande maioria das escolas médicas brasileiras, o modelo de Internato Médico hospitalar é ainda o tradicional, baseado em rodízio nas principais áreas médicas, e geralmente incluindo um período eletivo. Suas limitações são: ênfase na especialização, predomínio de estágios no hospital, descontinuidade e falta de integração dos conhecimentos. Entre as experiências com este modelo, na tentativa de superar algumas de suas limitações, foram citados o Internato Rural e as práticas junto à comunidade. Quanto ao modelo ideal, mencionou-se a necessidade de ampliar o tempo em atividades práticas, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem (também), e de inserir os estudantes no sistema de saúde desde o início da formação, com responsabilidade crescente de complexidade, nos diversos níveis de atenção, e até considerando a extinção do nome Internato em um futuro aparentemente ainda longínquo (CHAVES, GROSSEMAN, 2006).

4.1 Aspectos pedagógicos do ensino e da formação docente na área médica

O Ensino Médico tradicional tem levado à formação de profissionais despreparados para responder dentro da realidade e necessidade os agravos à saúde mais encontrados na população. Verifica-se a necessidade de mudança no Projeto Político-Pedagógico (PPP), das escolas médicas que possa permitir uma maior participação dos estudantes na construção do conhecimento, promovendo a contextualização dos constructos teóricos adquiridos por meio de buscas individuais e do compartilhamento do conhecimento, à partir das novas DCNs de 2014 (CEZAR *et al.*, 2010).

É possível que mudanças possam ocorrer através do desenvolvimento de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, entre as quais se destaca a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), que permite ampliar os cenários de aprendizagem mudando a forma de ensinar-aprender, onde o aluno deixa de assumir um papel menos passivo. Segundo Freire (1999) é necessário que o estudante crie relações sociais importantes com seu professor e com os cenários de aprendizagem, tornando mais efetiva a construção de conhecimentos.

As atividades de tutoria também contribuem para a construção do conhecimento cognitivo e legitimação da proposta de ensino-aprendizagem. Faz-se necessária uma mudança de paradigma da postura do docente diante do compromisso e responsabilidade do ensinar e do aprender, sensível a mudanças de concepções e atitudes, que possam atuar em conjunto e como facilitadores do processo de formação de futuros médicos. Nesse

sentido, a instituição deve comprometer-se com a capacitação e qualificação docente, bem como com a valorização de sua dedicação ao trabalho (ALMEIDA; BATISTA, 2013).

Estas mudanças devem estar expressas nos currículos das escolas médicas à medida que as DCN vão sendo implementadas e reconfiguradas (novas DCN para os cursos de Medicina de 2014), tornando-se necessário que os professores, na posição de mediadores na construção do conhecimento, revisem e atualizem suas concepções e práticas no campo da educação médica.

Rodrigues (2014), defende que o professor é coautor do processo de aprendizagem dos alunos, construindo e reconstruindo o conteúdo continuamente, devendo promover a interdisciplinaridade além de contribuir significativamente para a construção de um novo perfil dos estudantes.

As mudanças nas funções do docente implicam modificações em sua maneira de conceber e desenvolver as práticas pedagógicas. Várias são as dificuldades relativas ao processo na utilização dos métodos ativos de ensino- aprendizagem, tendo em vista que os conteúdos e atividades são integrados em temas e/ou em necessidades de saúde e não mais em disciplinas isoladas, como nos currículos tradicionais, exigindo maior envolvimento/ conhecimento do professor e do aluno.

Muitos professores de Medicina consideram a docência uma atividade secundária à profissão médica, não configurando-a como uma profissão. Um fator que contribui para essa secundarização é o critério de contratação baseado no desempenho em uma área técnica de atuação, não exigindo ao professor uma formação pedagógica sistematizada que instrumentalize a maneira de conceber e desenvolver o processo de ensino-aprendizagem. Muitos, ancorados no modelo clássico de ensino tecnicista, não sentem a necessidade de se desenvolverem como docentes, para atuarem com as diversas modalidades de metodologias ativas, uma vez que julgam seus conhecimentos técnicos específicos suficientes para atuar na multiplicação do conhecimento (ALMEIDA; BATISTA, 2011).

Segundo Gomes e Rego (2011), a precária disponibilidade de profissionais docentes generalistas, dotados de visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos, com resolutividade (possui como dimensões: a efetividade do serviço, a integralidade, o acesso universal, a satisfação dos usuários, a intersetorialidade, as tecnologias utilizadas pelo serviço e as demandas e necessidades dos usuários) na comunidade tem impactado negativamente no ordenamento da atenção básica de saúde e a reorganização das redes assistenciais com base na hierarquização e integralidade essenciais ao funcionamento do SUS. Para o Portal da Saúde do MS, objetivando “saúde mais perto de você”, por favorecer

uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como um de seus pilares a alta resolutividade, onde poderiam, segundo estudos nacionais, serem resolvidos de 75 à 85% das demandas da população nesse âmbito; apenas 15 a 25% dos usuários atendidos necessitariam de encaminhamento a serviços especializados (nível secundário e terciário), seja para a realização de exames complementares ou consultas com especialistas ou procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Essa problemática é encontrada em todo o país, quando constata-se que o grande desinteresse dos egressos pela atenção básica/saúde da família determina uma sobra de cerca de 65% das vagas destinadas aos programas de residência médica no Brasil nessa especialidade. Argumentam como principal fator a falta de valorização desses especialistas, assim como a falta de garantias de uma remuneração digna e justa, condições adequadas de trabalho, suporte laboratorial e de imagem, que poderia ser contemplada com um programa de carreira de estado federal e estadual, proposta há muito defendida pelas entidades médicas.

De acordo com estudo de revisão literária nos últimos 20 anos, os autores verificaram a ABP como uma proposta curricular que poderia ser capaz de mudar o perfil do egresso da escola médica; porém os resultados encontrados nas avaliações não comprovaram os ganhos cognitivos esperados. Afirmaram que a diferenciação do perfil do egresso encontrado foi resultado de mudanças curriculares em que se usaram outras estratégias de mudança, como a inserção no serviço de saúde e na comunidade desde o início do curso, além da inserção da estrutura curricular com base na ABP, o que pôde funcionar como viés importante da avaliação (GOMES e REGO, 2011).

Assim, defendem que lacunas importantes permanecem:

- a) mudança pedagógica (metodológica) do tradicional para metodologias ativas propiciará a formação de um novo profissional, quando realizada de forma isolada no currículo?
- b) a mudança para um currículo baseado em ABP pode ter êxito na formação de um profissional crítico e reflexivo e com inserção social? E esse maior compromisso social poderia levar, apenas por si, a uma maior procura e adesão a carreira de médico generalista?
- c) é justificável mudar a metodologia de ensinar/aprender medicina sem associá-la a outras mudanças, já que há um quadro de diversidade de necessidades para formar um profissional competente e inserido no contexto social do País? (GOMES; REGO, 2011, p.563)

Leon e Onofrio (2015), ao revisarem os artigos originais publicados nos últimos dois anos sobre o tema, na graduação médica, concluíram que a aprendizagem baseada em

problemas é um método efetivo na melhoria do desempenho das habilidades e no raciocínio crítico, porém não descartando a possibilidade de utilização do método tradicional de ensino, que poderá ajudar o aluno a adquirir conhecimentos. As autoras defendem que ambos os métodos devem ser mesclados, para melhor efetividade do ensino, até que talvez mudanças estruturais e de comportamento possam permitir a implantação de um modelo puro.

Segundo Costa (2010), existem duas concepções de formação docente universitária: a não profissional e a profissional. A primeira considera que “ensinar se aprende ensinando”, numa visão simplista que reduz a formação docente à mera reprodução de modelos existentes anteriormente. A segunda defende que o “ensino efetivo é tarefa complexa e grande desafio social”, com altas exigências intelectuais e que ensinar consiste em uma série de habilidades básicas que podem ser adquiridas, melhoradas e ampliadas por meio de processo consistente de formação.

Por muito tempo, a formação médica era realizada pela transmissão dos conhecimentos práticos sem muita ênfase na parte teórico-pedagógica. Era “sábio” e valorizado aquele que dominava a praticidade dos conhecimentos médicos, não ocorrendo discussões e reflexões acerca do ato de ensinar (FRANCO, et al, 2013). Basicamente, a atuação docente na área médica se desenvolve a partir da reprodução de modelos considerados válidos até então, aprendidos anteriormente, que juntando-se à prática médica cotidiana, levaria a um modelo de simples reprodução. Essa forma de atuação reflete a formação não profissional, adquirida de forma não reflexiva e crítica, como algo natural, chamado “senso comum”, e é aceita largamente por docentes, pois escapa ao julgamento refinado e se transforma num conceito espontâneo e generalizado sobre o que seja ensinar.

Os preceptores precisam demonstrar comportamentos interpessoais, além daqueles no âmbito profissional. Avaliar o binômio formação-ação constitui-se pilar central, buscando o compromisso com a educação e transformação nos processos de trabalho, através da problematização das práticas em saúde, incluindo aspectos técnicos-éticos, políticos, sociais e afetivos. Necessário fazerem-se estudos e projetos de intervenção aplicáveis nos possíveis contextos de atuação no âmbito de suas governabilidades.

Os docentes das instituições formadoras e também os preceptores assumem questões de ordem pedagógica, na medida em que pressupõe um trabalho de mediação entre teoria e prática. A função docente apresenta vários problemas no que concerne às políticas de pessoal, às condições de precarização vividas no ambiente de trabalho e à inexistência de oportunidades para a educação continuada, não encontrando apoio institucional ou oferta de oportunidades de acesso a cursos de formação especializada (RIBEIRO, 2011).

Há hoje uma crescente preocupação relativa à prática de preceptoria, quer no sentido de formação continuada e permanente, quer no aperfeiçoamento através de capacitação em pós graduações *sensu estrito*, buscando contemplar uma maior exigência na formação pedagógica para além das funções técnicas que lhe são atribuídas, característica predominante dos mestrados profissionais.

Rocha e Ribeiro (2012), na avaliação da prática dos preceptores egressos do Curso de Formação Pedagógica para Preceptores do Internato Médico de uma universidade pública verificaram a aquisição de novo conceito de educação, rompendo com padrões tradicionais de ensino e passando a atuar como protagonistas de mudanças que viabilizam um ensino médico inovador. Concluem que essa tipo de iniciativa representa uma ferramenta para alcançar aqueles que atuam na formação/capacitação do profissional médico, que passam a ter como compromisso assumir sua prática como educadores, e colabora para reverter a lógica reinante no ensino superior, de que não há necessidade de formação pedagógica para o exercício profissional docente. Sugerem que a formação pedagógica para profissionais docentes do ensino deve ser um compromisso das instituições de ensino, que devem tomar para si a responsabilidade da capacitação docente.

Missaka e Ribeiro (2011) também defendem a importância do apoio institucional além de uma estratégia educativa que favoreça a reflexão crítica sobre os processos de trabalho, numa perspectiva emancipadora, através da realização de cursos de formação pedagógica para preceptores do internato médico, uma vez que podem proporcionar a apropriação do campo da educação em saúde, ampliando o olhar destes profissionais para questões de educação, trabalho e saúde.

Ribeiro et al (2015) apontam como um dos desafios o contato com o preceptor com objetivo de incentivá-los; ouvi-los e descobrir neles seus desejos. Outro desafio é pensar como incluir o trabalho com inovações tecnológicas e pedagógicas, na direção de chamar todos os protagonistas para o processo; assumindo uma postura mais de escuta sobre como é a prática desse professor. Esse novo olhar sobre o ensino médico tem despertado cada vez mais interesse naqueles profissionais assistencialistas, que passaram a perceber a possibilidade de melhorar a formação daqueles egressos dos cursos de medicina sob suas responsabilidades no campo de práticas. As IES através de parcerias com governos federal, estadual e municipal, precisam estar atentas a esse momento de possíveis e significativas mudanças.

4.2 Hospitais universitários: hospital escola e de ensino

Pela primeira vez na história, a autonomia da universidade brasileira é elevada ao texto constitucional na Constituição Brasileira de 05 de outubro de 1988, dispondo: “Art. 207 - As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Como se vê, desde logo, nossa Carta Maior preocupa-se em definir o conteúdo da autonomia (autonomia na capacidade de autodeterminação e de a instituição universitária criar, pesquisar, ordenar e transmitir o conhecimento como elementos essenciais para difundir a educação e fomentar a cultura dentro dos limites fixados pelo poder que a instituiu e que a soberania lhe tenha prescrito) das universidades, que abrange “a autonomia didático-científica” porque é da essência ou seja, suas atividades-fim e a “autonomia administrativa e financeira”, suas atividades-meio. (MELLO, 2005). Essa autonomia constitui uma garantia institucional das universidades e representa um “mínimo intangível” à proteção reforçada contra o arbítrio e a invasão dos entes legislativos inferiores (FERRAZ, 2010). “A universidade deve nascer, viver e conviver sob o signo da autonomia, que é um conceito multilateral”. Esta missão básica da universidade pressupõe, no entanto, a disponibilidade de meios flexíveis e satisfatórios à plenitude da concreção de seus fins (TÁCITO, 1999).

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 285, 24 MARÇO DE 2015

Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE).

Art. 2º Para fins desta Portaria, considera-se:

- I - Hospitais de Ensino (HE): estabelecimentos de saúde que pertencem ou são conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES), pública ou privada, que sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde e que sejam certificados conforme o estabelecido nesta Portaria;
- IV - complexo hospitalar: conjunto de estabelecimentos hospitalares gerais ou especializados, que possuem complementariedade e interdependência de atuação, sediados ou não no mesmo local, reunidos sob uma administração centralizada própria, com o mesmo CNPJ desdobrado em filiais, podendo manter nomes de fantasia e número de Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em cada estabelecimento que o compõe;
- V - estágio curricular: procedimento didático-pedagógico que deve proporcionar ao estudante a participação em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino, colaborando no processo educativo;
- VI - internato médico: processo específico de formação médica voltada à formação eminentemente prática nos últimos 2 (dois) anos dos cursos de graduação em medicina, regulamentado pelas diretrizes curriculares dos cursos de medicina;

Hospitais de ensino são tão antigos como o conceito de saúde que surgiu com o renascimento. Segundo o Ministério da Educação (2010), os hospitais universitários (hospi-

tal-escola ou hospital de ensino) “são centros de atendimento hospitalar mantidos ou que colaboram com universidades, com os objetivos de participar nas atividades de formação e de investigação no domínio do ensino dos profissionais de saúde, formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde”. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação permanente oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos.

Na maioria dos países, os hospitais universitários são entendidos, antes de tudo, como um centro de atenção médica de alta complexidade que: têm importante papel no atendimento médico de nível terciário; apresentam forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensam; atraem alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e exercem um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos. (MÉDICI, 2001).

Em todo o mundo, ainda que a importância dos hospitais universitários tenha alguma relação com o nível de desenvolvimento, algumas características destes estabelecimentos são mais ou menos gerais. Os HU representam uma parcela importante do gasto total com saúde, que pode variar de 4,5% (Colômbia) até 21% (Coréia). A média dos países europeus onde foram levantadas as informações se situa entre 7% e 12%. Os leitos dos HU representam entre 5% (Japão) e 21% (Coréia) do total de leitos do país e a participação no total de gastos hospitalares pode variar de 9% (Colômbia) a 40% (Coréia). Assim, ao utilizarem alta tecnologia e envolverem ensino e pesquisa, seu peso na despesa com saúde é o dobro de sua participação no volume de atendimento, sendo portanto, hospitais caros. Como porcentagem do PIB, os gastos dos hospitais universitários podem variar de 0,1% no Marrocos a 1,4% do PIB na Coréia. (MÉDICI, 2001).

Os serviços públicos de saúde das universidades públicas brasileiras são gastos com saúde destinados aos cidadãos e que têm uma tríplice fonte de financiamento: os recursos públicos dos órgãos de educação, os recursos públicos transferidos pelo SUS (com o plus dos Hospitais Universitários) e os recursos privados resultantes da venda de serviços a privados, diretamente, e a planos, seguros e outros. Acrescente-se a isto a questão as Organizações

Sociais prestadas por instituições privadas muitas delas ligadas a universidades. Estima-se com dados de 2009 que os recursos arrecadados, depois das transferências constitucionais, fiquem: 60% com a União, 24% com os Estados e 16% com os Municípios. O gasto totais com saúde foram de R\$ 270 bi, sendo R\$127 bi de recursos públicos e R\$143 bi do privado. Pelo quadro acima o recurso público representa 47% do total do gasto em saúde no Brasil, ficando o recurso privado com 53%. A soma dos recursos públicos e privados representam 8,5% do PIB, sendo 4,5% de gasto privado e 4% do gasto públicos. (CARVALHO, 2009). Não existem dados consistentes quanto aos gastos dos HU no Brasil.

Para 2016, os dados disponibilizados pelo Ministério do Planejamento dão claros sinais de que a participação do Estado Brasileiro nas despesas com saúde no país continuarão abaixo das expectativas. Entre janeiro e maio do ano passado, a União dispensou R\$ 44,8 bilhões (37,7%) dos 118,7 bilhões previstos no orçamento do Ministério da Saúde, totalizando uma contribuição de apenas 47% no gasto sanitário total do país, a menor entre as nações com modelos de assistência à saúde com caráter universal (OMS, 2016). O gasto público per capita no Brasil é de U\$ 523 frente aos U\$ 1,816 realizado pela nação americana. Há um déficit orçamentário crônico e insustentável dos últimos 12 anos de R\$ 137 bilhões, autorizados e disponíveis ao Ministério da Saúde (Jornal Medicina, 2016, p.3).

A concepção tradicional define um hospital universitário (HU) como uma instituição que se caracteriza: (a) por ser um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) por prover treinamento universitário na área de saúde; (c) por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) por propiciar atendimento médico de maior complexidade (geralmente nível terciário) a uma parcela da população (MÉDICI, 2001).

Os HU são responsáveis por uma atenção médica basicamente curativa, em nível secundário ou terciário, havendo pouca preocupação com a prevenção. O fato de dispor de pessoal mais qualificado ou mais recursos físicos e equipamentos não leva necessariamente os HU a prestar uma atenção médica de melhor qualidade. Há um certo consenso de que os HU deveriam mudar suas estratégias e se integrarem mais com as comunidades onde se baseiam, definindo novas formas de tratamento e visitas domiciliares, aumentando o atendimento ambulatorial e se integrando aos programas de estratégia de saúde da família. A vantagem desta integração estaria no fato de que, como instituições preocupadas com o ensino e a pesquisa, os HU poderiam experimentar, de forma pioneira, novas formas

de micro-gerenciamento da saúde, as quais poderiam ser incorporadas para os demais hospitais.

O argumento é basicamente de natureza econômica, isto é, seria um desperdício de recursos utilizar estruturas pensadas para oferecer atividades de alta tecnologia como prestadoras de serviços básicos. Essa posição, no entanto, não equaciona questões fundamentais como a formação prática de médicos e equipes de saúde que vão trabalhar em atenção primária e prevenção. Dada a tendência internacional à crescente des(h)ospitalização da saúde, os HU passam a ter que se adaptar a novas formas de cuidado como a internação domiciliar, postos avançados em pequenas cidades, acomodações especiais para familiares, no caso de hospitais pediátricos e uso de estratégias de ajuda voluntária em hospitais. (MÉDICI, 2001).

Ainda que os HU sejam as principais instituições que complementam, em termos práticos, o ensino acadêmico nas profissões de saúde, vem crescendo rapidamente o número de hospitais e outros estabelecimentos não-universitários que exercem estas funções. A realidade mostra que HU não são imprescindíveis. Ao contrário, seriam cada vez mais “dispensáveis”, quando se pensa que as atividades de saúde passam crescentemente pela interdisciplinaridade das profissões e campos de conhecimento e pela mudança radical nas formas de atenção médica, as quais se distanciam crescentemente do conceito tradicional de hospital? A prática do setor saúde é muito mais rica e diversificada que o mundo dos HU. Os altos custos do desenvolvimento científico e tecnológico e os limites dos orçamentos públicos para a pesquisa fazem com que os HU tenham cada vez menos capacidade institucional para se envolverem em processos complexos de pesquisa básica e aplicada em saúde. Prevalece quase que totalmente a visão assistencialista.

Várias IES, sobretudo as particulares, não dispõem de hospitais próprios (hospital escola), que obedeçam aos pré-requisitos para serem considerados unidades de ensino. Portanto, estabelecem convênios com instituições de saúde públicas ou filantrópicas, no sentido de oferecer cenários e campo de práticas para seus alunos. Pelas Portarias Normativas do Ministério da Educação e da Saúde, em especial a de no 2.400/2007, esses requisitos foram divididos em cinco dimensões: atenção à saúde, ensino, pesquisa, tecnologia e gestão. No art. n 7 dessa mesma Portaria, essa certificação, com validade por dois anos, que deverá ser renovada posteriormente, dentre outras exigências, têm como cláusula pétrea os seguintes incisos (ZOLLNER, 2014):

- I- Oferecer, em caráter permanente e contínuo, pelo menos uma área integral do Internato para todos os alunos de um curso de Medicina, além de atividades curriculares para alunos de pelo menos dois outros cursos de graduação na área de saúde. Os hospitais especializados que não dispuserem de Internato,

deverão oferecer curso de pós graduação *stricto sensu* devidamente reconhecido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)....

II- Oferecer programas de Residência Médica pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com número mínimo de vagas para novos Médicos Residentes em pelo menos duas áreas básicas (Cirurgia Geral, Clínica Médica, Ginecologia/Obstetrícia, Medicina de Família e Comunidade ou Pediatria).

XII- Dedicar um mínimo de 60% da totalidade dos leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao Sistema Único de Saúde e os hospitais públicos devem assumir o compromisso de ampliar gradualmente este número de leitos (no mínimo 100 leitos exclusivos para o curso e número de leitos disponíveis por aluno igual ou maior que cinco) até atingir 100%, num prazo de até dois anos.

No Brasil, o SUS perdeu cerca de vinte e três mil e quinhentos leitos de 2010 até o ano passado (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2016). Com essa importante retração na estrutura de atendimento, associado ao crescente número de faculdades de Medicina no país (cerca de vinte e três mil egressos anuais) e ao crescente aumento populacional, existem muitas vantagens ao se estabelecerem esses convênios:

- a) Para os pacientes: melhor atendimento, pois o Interno e Médico Residente permanecem por no mínimo seis horas diárias no hospital; discussão de casos clínicos e tomadas de decisões com Docentes e Preceptores das diversas áreas, permitindo um acompanhamento do paciente por toda a equipe e maior possibilidade de interdisciplinaridade;
- b) Para os hospitais, possibilidade de receber certificação e aumentar o faturamento como hospital de ensino nos termos das Portarias Ministeriais (sobretudo a 2.400/2007); permitir acesso de todos os servidores ao banco de dados existente na biblioteca da IES, e melhoria na orientação para elaboração de trabalhos e pesquisa científica; professores das faculdades de Medicina poderão abordar temas relacionados à Bioética, Ética Médica, Metodologia Científica, Epidemiologia e Bioestatística para Médicos Residentes, bem como participar da educação continuada dos preceptores e elaboração de protocolos baseados em evidências científicas.
- c) Para as IES: atendimento às exigências legais sobre autorização, reconhecimento dos cursos de Medicina e ampliação de vagas nos já existentes; permitir o conhecimento e a integração dos alunos (em especial durante o Internato Médico) com as equipes de saúde nos cenários locais de mercado de trabalho futuro, com potencial para absorvê-los após a conclusão; permitir que os alunos compartilhem do treinamento em serviço junto aos Médicos Residentes e outros profissionais, estimulando a interprofissionalização na saúde;
- d) Para alunos e Médicos Residentes: possibilidade de estudo detalhado, de acordo com especificidades e complexidades detectadas, considerada a hierarquização dos conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em cada nível do aprendizado; possibilidade de vivenciarem na prática a relação médico-paciente, pilar básico da Medicina.

A tendência é que os hospitais universitários possam participar como parceiros em experimentos científicos, auxiliando os Institutos de Pesquisa ou sendo financiados parcialmente por indústrias. Mas cada vez mais estão longe de se envolver isoladamente em linhas de desenvolvimento científico e tecnológico, sendo que a maioria dos países participantes não considera que os HU devam ser orientados para a solução de problemas sociais. Eles em essência não são instituições filantrópicas nem se orientam diretamente para cumprir atividades voltadas a mitigar a pobreza e melhorar a distribuição de renda. Mesmo assim, eles podem oferecer serviços gratuitos a populações carentes que não poderiam, regularmente, pagar por serviços de saúde de alta complexidade.

Os HU deveriam ser unidades de venda ou garantia de serviços de alta tecnologia em saúde para o Governo, os planos de saúde e as pessoas físicas e jurídicas, especialmente nas atividades onde funcionam como centro de referência ou são monopolistas na oferta dos serviços. Esta deveria ser a maneira pela qual poderiam financiar em parte seus orçamentos, de forma complementar às funções de ensino e pesquisa, as quais poderiam ser remuneradas através de outras formas de relacionamento com o setor público ou privado. As próprias universidades ou faculdades de medicina deveriam ser encaradas como “clientes” dos HU e não como órgãos controladores ou gestores dos mesmos. São instituições caras, por concentrarem atendimentos de alta complexidade, além de atividades que mesclam atos médicos com procedimentos didáticos. (MÉDICI, 2001). O grande debate nos dias de hoje é como tornar os HU instituições que, na plena realização de suas atribuições, possam verdadeiramente se integrar à rede de saúde e contribuir para a eficiência e maior racionalidade no funcionamento desses sistemas, expandindo sua atuação também à atenção primária, integralizando e universalizando a assistência à saúde.

4.3 O internato médico atual

O Internato Médico, como Estágio Curricular obrigatório em serviço, atualmente é vivenciado nos quatro últimos semestres (vinte e quatro meses), de um total de seis anos do curso de Medicina.

Vivemos um momento de grandes discussões no Brasil quanto ao Internato Médico.

Uma delas se refere à sua carga horária. A partir da promulgação da Lei do Estágio (LEI nº 11.788 de 25 de setembro de 2008), assinada pelo então presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva, que dispõe dentre outros o limite de carga horária do estágio curricular obrigatório, onde se entende que estaria inserido o Internato Médico dos últimos dois anos de graduação, há um conflito com as DCNs do curso de Graduação em Medicina de 2014.

Segundo a LEI Nº 11.788 é determinada uma jornada de até 40 (quarenta) horas semanais, desde que isso esteja previsto no projeto pedagógico do curso e da instituição de ensino. Já as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina de 2014 determinam que a carga horária mínima do estágio curricular será de 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina com o mínimo de 30% (trinta por cento) da carga horária prevista para o internato médico da Graduação em Medicina sendo desenvolvida na Atenção Básica e em Serviço de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o mínimo de dois anos deste internato. Os 70% (setenta por cento) da carga horária restante do internato incluirão, necessariamente, aspectos essenciais das áreas de Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia Obstetrícia, Pediatria, Saúde Coletiva e Saúde Mental, em atividades eminentemente práticas e com carga horária teórica que não seja superior a 20% (vinte por cento) do total por estágio, em cada uma destas áreas.

Outro ponto importante de discussão se refere à prática pedagógica. Para Bollela (2010) é verificado que os professores do internato são pouco sensíveis a tópicos e conceitos em pedagogia, tais como, desenho curricular, teorias educacionais, princípios de aprendizagem de adultos, etc (BOLLELA, 2010).

Existe uma enorme lacuna na organização curricular das IES, que convivem com um movimento de modernização das práticas pedagógicas nos quatro primeiros anos, utilizando metodologias inovadoras de ensino e aprendizagem, centradas no estudante, e aprendizagem baseada em problemas e com inserção precoce na comunidade, e aquelas observadas durante o internato médico, onde predominam práticas no ambiente hospitalar e nas diversas subespecialidades, com ensino centrado na figura do professor, e tendo a avaliação do estudante atribuída ao final do estágio, geralmente não estruturada e dependente de uma nota de conceito. Bollela desde 2010 propõe que, a partir da capacitação docente e de preceptores que atuam no internato, seja possível desenhar e implementar um currículo baseado nas competências das Diretrizes Curriculares Nacionais (ainda referente a DCN 2001) e assim construir uma ponte (“bridging the gap”) que diminuiria a distância entre esses dois importantes momentos e conseqüentemente melhor qualificando a formação médica nas escolas brasileiras. Conclui que existe uma deficiência na formação em atenção primária, limitação no treinamento para atuar em equipes de saúde e restrito conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro, geralmente temas não contemplados nos planos de ensino dos estágios de internato da maioria das escolas médicas brasileiras.

A maioria dos educadores médicos do estágio supervisionado de internato não é treinada para o desenho nem para a implementação de uma matriz curricular que leve

em consideração teorias de aprendizagem, teorias de prática profissional, valores sociais, expansão constante da base de conhecimento, profissionalismo, desenvolvimento dos serviços e do sistema de saúde, abrangendo aspectos políticos, transparência e responsabilidade. A partir disso, devemos estar cientes de que a escolha do “desenho ou modelo da matriz” é uma construção social, política, acadêmica e profissional (BOLLELA, 2010). Para tanto precisa estimular uma atuação interdisciplinar multiprofissional por meio da construção de um novo modelo pedagógico que equilibre a excelência técnica e a relevância social, com métodos de ensino-aprendizagem centrados no estudante e desenvolvidos como processo permanente, com base nas relações de parceria da universidade com os serviços de saúde, com a comunidade, com as entidades e outros setores da sociedade civil. (BOLLELA, 2010 apud CAMPOS et al. 2001). De maneira simplista, talvez um dos principais fatores impeditivos para o ensino centrado no estudante seja o tempo. Conciliar as necessidades de cada estudante, planejar ações específicas e avaliar seus resultados demanda bastante tempo e energia do preceptor, responsável prioritariamente pela assistência.

O internato médico de dois anos no modelo ABP deveria ter em seu PPP as diretrizes para um processo contínuo e articulado em que as competências desenvolvidas se complementam progressivamente de um menor para um maior grau de complexidade. No início de cada estágio, preceptores e estudantes devem rever os objetivos para aquele rodízio e ter clareza sobre proposições de aprendizagem, estratégias de ensino [aulas teóricas, prática clínica, análise de vídeos ou filmes, casos clínicos virtuais, seminários, simulações, “journal club”, projetos individuais e em grupos, projetos de pesquisa, mentoring, autoaprendizado, tutoriais em pequenos grupos-Problem Based Learning ou Case Based Learning-, feedback, conferências, etc, métodos de avaliação do desempenho esperado (conhecimento, habilidades e atitudes)] e como será avaliado e poderá ser melhorado. Os objetivos devem responder à seguinte pergunta: QUEM deverá fazer O QUE, QUANDO e ONDE, e sempre que possível com referência ao padrão de qualidade desejado.

Steinert et al. 2006 em uma extensa revisão sistemática sobre desenvolvimento docente afirma que “mesmo assumindo que um médico assistencialista clínico ou cirurgião pode naturalmente ser um professor efetivo, não existem dúvidas de que o treinamento e desenvolvimento para a docência é essencial”. Acreditamos que cada vez mais será necessário que os educadores médicos aprofundem seus conhecimentos e suas capacidades para a assistência, a pesquisa e, fundamentalmente, o ensino.

O Internato em Saúde Coletiva tem por objetivo incluir a participação do estudante junto a uma nova realidade de trabalho, tentando contemplar o modelo de saúde preconizado

para o País, com integralidade na atenção e promoção à saúde, num sistema hierarquizado de referência, contra-referência e de trabalho em equipe. Vários estudos demonstram que estes estágios conseguem transmitir uma visão menos fragmentada da atenção à saúde, oportunizando o trabalho em equipe e ampliando a visão sobre a formação, a responsabilidade do profissional e os espaços da comunidade em que ocorrem (CHAVES, GROSSEMAN, 2001).

Médici (2001) afirma que os hospitais universitários se distanciaram do perfil epidemiológico das populações e tornaram-se meios de utilização de novas tecnologias médicas de interesse das especialidades, facilitando o fortalecimento social e econômico de médicos “superespecialistas”, que também se utilizam dos mesmos para recrutamento ideológico de novos quadros.

É também importante que os métodos de avaliação dos estudantes sejam adequados às mudanças que estão sendo feitas nos cursos de graduação. Hoje, existem várias formas de avaliar não só conhecimentos como habilidades e atitudes, e as escolas médicas têm que se capacitar para aperfeiçoar seus sistemas de avaliação. A mudança no processo de avaliação do estudante de medicina tem como determinantes a maior pressão da sociedade por uma maior responsabilização melhoria da qualidade do profissional formado pela escola médica, concomitante a uma crescente conscientização dos educadores médicos a respeito do grande número de médicos graduados com deficiências substanciais tanto em conhecimento quanto em habilidades clínicas (BOLLELA, 2010).

O modelo de avaliação para cada situação, proposto por John J. Norcini¹⁴ (President and CEO of the Foundation for Advancement of International Medical Education and Research-FAIMER) et al. em 2008 leva em consideração e são avaliados três dimensões: 1- conjunto de competências que serão avaliadas independente do modelo utilizado para defini-las; 2- o nível de avaliação que é requerido para aquela competência, tal como é apresentada na “pirâmide de Miller” que contém quatro níveis: saber; saber como; demonstrar e fazer (Miller, 1990). 3- o estágio de desenvolvimento do indivíduo que será avaliado: iniciante, iniciante avançado, competente, proficiente e especialista. (BOLLELA 2010 apud DREIFUS, 2001).

O nível mais básico (saber) utiliza métodos que avaliam o conhecimento que pode ser recuperado a partir da memorização; por ser o nível mais baixo da pirâmide dá suporte à construção de capacidades mais complexas. Se elaborarmos questões de múltipla escolha focadas em ética e princípios de confidencialidade, estaremos avaliando o que o estudante “sabe” sobre a competência profissionalismo, porém insuficiente para ser um bom médico.

É importante também “saber como” usar esse conhecimento para obter as informações clínicas, analisar e interpretar os achados e desenvolver um plano terapêutico no manejo do paciente (BOLLELA, 2010). Essa situação avalia o “saber como” do profissionalismo. É necessário uma integração de modo a resultar em um bom desempenho para com o paciente, mesmo que o estudante tenha o conhecimento e saiba como usá-lo; isso ainda é insuficiente.

Para explicar seu desempenho de fato, é necessário por exemplo ter um paciente padronizado e um desafio sobre ética médica. Ele poderia demonstrar como *f a r i a* para responder essas questões, avaliando a competência do profissionalismo.

Por fim, o último nível da pirâmide é o “fazer”. A questão aqui é a seguinte: não importa o quão bom é um método de avaliação, ainda ficará a questão sobre como seria o desempenho do estudante caso aquela situação não fosse controlada, mas sim a vida real com pacientes reais.

Mesmo com a ampliação no número e qualidade das novas metodologias de avaliação que suportem a educação médica, especialmente na prática clínica, essas metodologias dependem de docentes que de modo geral tem pouca ou nenhuma experiência na sua utilização. Por isso devemos manter a perspectiva de que as estratégias de desenvolvimento docente nas novas metodologias de avaliação são tão importantes quanto a própria disponibilidade destes recursos (BOLLELA, 2010). Além disso, os preceptores deveriam avaliar e lançar as notas do internato semanalmente, para que o estudante pudesse acompanhar seu desempenho durante (avaliação progressiva ou formativa) e não somente ao final do estágio(somativa).

Quanto ao modelo pedagógico, além de colocarem a prática como subsídio aos conhecimentos teóricos que devem ser abordados, lembraram também a necessidade de integração entre as áreas de conhecimento e o ensino junto a equipes multiprofissionais. Buscar a interdisciplinaridade ajudaria na integração teórica e entre a equipe, pois, segundo Batista(2004), contribui com a crítica ao paradigma disciplinar e é um dos constituintes de uma aprendizagem interprofissional, ajudando também na superação de preconceitos e na ruptura da prática centrada na doença.

Blank (2006) considera inapropriada a postura em que o estudante determina a conduta a ser adotada pelo paciente e, sendo assim, considera fundamental que o estudante conheça e assimile, desde cedo, a visão moderna da relação médico-paciente, em que ocorra o respeito às decisões compartilhadas.

5 ESTADO DA QUESTÃO

Com o objetivo de conhecermos os estudos publicados e as visões do tema, efetivamos o Estado da Questão da nossa temática de investigação, objetivando também evidenciar as possíveis lacunas no conhecimento sobre o assunto. Para a realização do Estado da Questão do nosso objeto de investigação, fizemos um mapeamento bibliográfico de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados nas bibliotecas virtuais de bases de dados Scielo, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Pubmed. Na busca pelos periódicos, foi utilizada a palavras-chave “internato médico ensino” para mapear a produção. O levantamento dos periódicos nacionais e internacionais possibilitou o acesso aos periódicos reconhecidos pela credibilidade de suas publicações. O espaço temporal, então, foi definido após a finalização da busca. Desse modo, foram definidas, como interstício temporal, as publicações entre 1990 e 2016. Esse período foi delimitado visto que encontramos uma maior quantidade de publicações sobre ensino no internato médico. O Quadro 1 ilustra os achados e a relação entre o que foi encontrado e a quantidade de trabalhos disponíveis sobre a temática.

Quadro 1 - Trabalhos encontrados em periódicos indexados pela CAPES sobre a temática de investigação no período de 1990-2016

Bibliotecas virtuais de bases de dados	Artigos encontrados	Artigos sobre a temática	%
SCIELO	19	04	21,05
BSV - LILACS	173	33	19,07
PubMed	18	0	0
BSV - MEDLINE	68	21	30,88

Fonte: elaborado pelo autor

Conforme percebemos no Quadro 1, a quantidade de trabalhos publicados sobre a temática, nos periódicos pesquisados, é limitada, haja vista o volume de publicações encontradas quando da busca por meio das palavras-chave apresentadas.

A realização do Estado da Questão oportunizou, portanto, a reflexão sobre o que está sendo pesquisado na atualidade e o enfoque priorizado pelos estudos encontrados com relação ao nosso tema de interesse. Assim, podemos relacionar os achados com a nossa intenção de pesquisa, identificando pontos semelhantes, convergentes e divergentes, encontrados nos estudos mapeados, identificando perspectivas plurais de teóricos sobre o

tema, e, ainda, as contribuições que a nossa proposta investigativa poderá trazer para essa área do conhecimento.

Os estudos mostram que as mesmas dificuldades expostas anteriormente em nosso estado também são compartilhadas nas outras unidades da federação, alguns apresentando peculiaridades, dificuldades ou facilidades principalmente relacionados ao seu nível de desenvolvimento social e poderio econômico (a região sudeste do Brasil responde por mais da metade do PIB brasileiro). As dificuldades e deficiências na formação pedagógica dos médicos assistencialistas preceptores estão postas quase que de forma universal em todo o território nacional.

6 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A escolha de determinada metodologia requer a aproximação com o objeto de estudo, excluindo-se a ideia de superioridade de um determinado método ou abordagem.

Pesquisas sociais que privilegiam a subjetividade individual e grupal requerem uma metodologia que congrega o espectro singular nelas incluso. Assim, uma das etapas mais determinantes para quem pretende realizar uma pesquisa é a definição exata das técnicas de coleta e das técnicas de análise dos dados (CÂMARA, 2013)

Explicitado o aporte teórico que referencia a pesquisa ora apresentada, cabe detalhar como ocorreu a prática da investigação. Os procedimentos a seguir orientaram a nossa inserção empírica no campo de estudo.

6.1 Campo social da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital público de Fortaleza, que recebe estudantes do estágio curricular obrigatório, em sistema de Internato, de cursos de Medicina. O Hospital Geral de Fortaleza, localizado na Rua Ávila Goulart nº 900, Bairro Papicú na cidade de Fortaleza/CE, é o maior hospital público terciário da rede hospitalar estadual e que oferece serviços de média e alta complexidade. Conta com mais de 1100 estagiários das diversas áreas, inclusive cerca de 160 internos dos cursos de Medicina das diversas Faculdades e Universidades do Ceará (Universidade Federal do Ceará- UFC, Universidade Estadual do Ceará- UECE, Universidade de Fortaleza- UNIFOR, Faculdade de Medicina - UNI-CHRISTUS, Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte-Estácio/FIC), de outros estados através de convênios com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e até de alunos de outros países, que vêm realizar parte de sua formação em nossa cidade. Tem como missão

promover a recuperação da saúde da população, com qualidade, além de contribuir para a pesquisa e formação de profissionais da área da saúde.

6.2 Sujeito social da pesquisa

Fizeram parte do estudo investigatório os médicos assistencialistas concursados (alguns desses também professores de suas respectivas Faculdades/Universidades), que através de suas ações no trabalho rotineiro, são responsáveis pela preceptoria-tutoria do estágio curricular obrigatório, em sistema de Internato, nas diversas clínicas desse campo de prática.

Esses médicos, segundo dados da Diretoria Administrativa do HGF para o mês de Fevereiro/16, são em número de 502 profissionais, distribuídos da seguinte forma: 436 médicos vinculados à SESA (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará), 60 médicos do Ministério da Saúde (MS) e outros 6 vinculados à outras Instituições Públicas.

6.3 Critérios de exclusão

Não foram incluídos no estudo os médicos assistencialistas com atuação na área de abrangência do estágio curricular obrigatório, em sistema de Internato, que prestam serviço através de contratos temporários e através das Cooperativas de Serviço Médico, os concursados que se negarem a participar voluntariamente, além daqueles que não concordarem ou não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, ou ainda aqueles que não responderam ou não devolveram os questionários de suas respectivas clínicas apresentados pelos internos que coletaram.

6.4 Características do estudo

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso, exploratório e descritivo com uma abordagem qualitativa que “objetiva dar uma explicação geral sobre determinado fato, através da delimitação de um estudo, levantamento bibliográfico, leitura e análise de documentos”, com a classificação e interpretação desse objeto de estudo. (OLIVEIRA 2014, pg. 65).

A abordagem qualitativa tem sido mais utilizada, principalmente nos estudos culturais, educativos e sociológicos, por proporcionar uma interpretação e análise explicativa do caráter humano e subjetivo. Trabalhar com o universo de significações, aspirações, crenças, valores e atitudes, contribui para uma compreensão adequada de certos fenômenos que aqui, neste estudo, estão envolvidos com aspectos subjetivos da prática pedagógica dos

médicos assistencialistas concursados envolvidos com o estágio curricular obrigatório de quinto e sexto anos (4 últimos semestres), em sistema de Internato, dos diversos cursos de Medicina que adotam o hospital como campo de prática.

Conforme Minayo (2000), esta abordagem possibilita aos participantes da pesquisa expressar suas percepções e representações, valorizando o conteúdo apresentado pelos sujeitos.

Diante das possibilidades de pesquisa social, na perspectiva qualitativa, destacamos o método de pesquisa do estudo de caso por possuir relevância significativa no meio acadêmico. Embora existam controvérsias sobre sua cientificidade e sua rigorosidade, é uma estratégia de pesquisa utilizada de forma extensiva em ciências sociais (Yin, 2005). O estudo de caso focaliza uma situação, um fenômeno particular, o que o faz um tipo de estudo adequado para investigar problemas práticos. A característica da descrição significa o detalhamento completo e literal da situação investigada, sendo esse tipo de método o que melhor se adéqua aos objetivos da pesquisa, já que a mesma buscou estudar quais são utilizadas e a qualidade das práticas pedagógicas dos médicos assistencialistas do estágio curricular obrigatório, em sistema de Internato.

Este trabalho descritivo foi realizado através de pesquisa bibliográfica e de campo, como forma de subsidiar as ideias nele desenvolvidas. Segundo Prestes (2008, p.26), “a pesquisa bibliográfica é aquela que busca adquirir conhecimentos a partir de informações provenientes de materiais gráficos ou de outras fontes”. No caso deste trabalho, foram pesquisadas fontes que abordem a temática estudada, como livros, artigos, documento, de modo a complementar o estudo que foi reforçado com a pesquisa de campo, que segundo Andrade (2009), recebe esse nome por ser realizada no local em que ocorre o problema. Desse modo, pode-se explorar melhor o objeto de estudo, através do contato maior entre pesquisador e ambiente a ser pesquisado, favorecendo a realização da pesquisa.

6.5 Procedimentos de pesquisa

Os dados foram coletados por dois instrumentos: um formulário aplicado aos médicos assistencialistas concursados do HGF responsáveis pelo ensino no campo de prática do estudo, através dos internos das respectivas clínicas; alguns desses médicos também professores de suas respectivas Faculdades/Universidades (instrumento I – APÊNDICE A); e uma entrevista, utilizando um questionário aberto aos cinco supervisores de área (Clínica Médica, Ginecologia, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia) do Internato que compõem o

colegiado responsável pela organização e supervisão do Internato do curso de Medicina, no HGF (instrumento II- APÊNDICE B), aplicado pelo pesquisador.

Com o intuito de facilitar a compreensão e a leitura, optou-se por dividir a coleta em duas partes de forma a respeitar a ordem e o conteúdo dos dois estudos, mas também aproximar as temáticas convergentes.

Na primeira etapa foram coletadas informações a fim de compreender o perfil dos médicos assistencialistas concursados do HGF responsáveis pelo ensino no campo de prática do estudo, através dos internos das respectivas clínicas; alguns desses médicos também professores de suas respectivas Faculdades/Universidades sujeitos a serem pesquisados.

A segunda etapa, realizada através da técnica de entrevista aberta teve como objetivo obter informações acerca das práticas pedagógicas desenvolvidas pelos cinco supervisores de área que compõem o colegiado responsável pela organização e supervisão do Internato do curso de Medicina, no HGF, e suas implicações na educação dos graduandos em medicina. A escolha por este tipo de técnica de obtenção de dados se deu pela sua facilidade em adquirir informações acerca do problema estudado, enaltecendo o aspecto qualitativo dessa pesquisa. Conforme diz Marconi e Lakatos (2009, p.278), “o objetivo da entrevista é compreender as perspectivas e experiências dos entrevistados”. Deste modo, por meio da entrevista será possível explorar melhor os sujeitos da pesquisa, buscando entender seu posicionamento acerca das práticas pedagógicas desenvolvidas.

6.6 Análise de dados

Os dados coletados estão apresentados em tabelas e quadros seguidos de comentários interpretativos do pesquisador utilizando sempre referenciais teóricos pertinentes ao nosso objeto de estudo.

A análise dos dados foi de natureza interpretativa/descritiva sobre os conteúdos, que se constitui de várias técnicas onde busca-se descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos (CAVALCANTE, 2014), sendo, desta forma, composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não) permitindo a realização de inferência de conhecimentos.

O percurso de análise deste trabalho tomou como referência a obra de Laurence Bardin, literatura de referência atualmente em análise de conteúdo. A análise de conteúdo surge do positivismo, que usa como base a metodologia das ciências exatas para estudar as ciências humanas. Seguindo esse princípio, teorias sobre a vida social deveriam ser

formuladas de forma rígida, linear e metódica, com base em dados verificáveis. Sendo assim, dados não-quantificáveis, como intenções, são evitados. Estes métodos têm sofrido uma evolução, favorecida pelos progressos em linguística, ciências da comunicação e da informática, e devido à preocupação com rigor e profundidade.

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Aceita-se que o seu foco seja qualificar as vivências do sujeito, bem como suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos (BARDIN, 1977). Entretanto, a análise de conteúdo também pode ser utilizada para o aprofundamento de estudos quantitativos, e, portanto tem uma visão matemática dessa abordagem.

A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas (OLIVEIRA, 2008, p.570).

Para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, a análise de conteúdo deve ter como ponto de partida uma organização. Possui diferentes técnicas que podem ser abordadas, dependendo da vertente teórica seguida pelo sujeito que a aplicará, sendo elas: análise temática ou categorial, análise de avaliação ou representacional, análise de enunciação, análise da expressão, análise das relações ou associações, análise do discurso, análise léxica ou sintática, análise transversal ou longitudinal, análise do geral para o particular, análise do particular para o geral, análise segundo o tipo de relação mantida com o objeto estudado, análise dimensional, análise de dupla categorização em quadro de dupla entrada, dentre outras. A escolha da técnica deve estar atrelada ao tipo de conhecimento que se deseja produzir permitindo a produção de conhecimentos sobre o objeto de estudo, bem com suas relações (OLIVEIRA, 2008).

A análise de conteúdo pode ser de dois tipos: análise dos “significados” (análise temática) e análise dos “significantes” (análise dos procedimentos). No que diz respeito a esta pesquisa, a técnica de análise eleita foi a análise categorial temática para encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado, recortando o texto em unidades de registro que se constituiu em palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise. Posteriormente, foram definidas as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos. Finalmente, foi realizada a classificação e a agregação dos dados,

escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 1977). A partir daí, foi realizada a análise por inferências e interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente e buscando novas dimensões teóricas e interpretativas.

As diferentes fases da análise de conteúdo utilizadas organizaram-se em torno de três polos, conforme Bardin: a pré-análise; a exploração do material; e, por fim, o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2009, p.121)

A pré-análise, primeira fase desta organização de AC objetiva a sistematização para que o analista possa conduzir as operações sucessivas de análise. Assim, num plano inicial, a missão desta primeira fase é, além da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, também a formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final. Para tanto, foi feita a partir da leitura de cada uma das respostas obtidas nos instrumentos I e II, os quais foram organizados, em uma segunda fase, de exploração, em categorias temáticas (sistemas de codificação) além da identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro).

Na terceira fase foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta fase ocorreu a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2006).

6.7 Questões éticas

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o presente trabalho foi autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, através do **Número do Parecer: 1.763.462** com **Data da Relatoria: 06/10/2016** (ANEXO C), sendo assinado o termo de anuência da Direção Geral do HGF (APÊNDICE D) e a autorizações dos chefes de serviços dos profissionais das clínicas pesquisadas (APÊNDICE E). O PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP foi dado por meio da versão 1, CAAE 60220216.0.0000.5040.

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) foi enviado a todos os participantes, distribuído e recolhido por alunos do Internato do curso de Medicina nas diversas áreas do HGF nos meses de outubro a dezembro, juntamente com o questioná-

rio instrumento I. Para aqueles que fizeram parte da segunda etapa (entrevista), foi lido e explicado o instrumento II pelo pesquisador, sendo que os que concordaram em participar do estudo assinaram em duas vias, de igual teor, das quais uma foi entregue ao entrevistado e a outra permaneceu com o pesquisador responsável.

7 DIAGNÓSTICO

A presente pesquisa buscou analisar os fundamentos teórico-práticos dos médicos preceptores assistencialistas que orientam o exercício da docência no estágio curricular obrigatório de internato dos Cursos de Medicina.

Para tanto, dois estudos foram desenvolvidos. O primeiro tratou de coletar indicadores do perfil dos sujeitos através da identificação do processo de formação para a docência, os fundamentos, práticas e percepções na formação dos estudantes de Medicina no estágio curricular obrigatório do internato. O segundo foi aplicado aos supervisores de área (Clínica Médica, Ginecologia, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia) do Internato que compõem o colegiado responsável pela organização e supervisão do Internato do curso de Medicina, no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), com o objetivo de obter informações acerca das práticas pedagógicas desenvolvidas e supervisionadas por estes formadores e suas implicações na educação dos graduandos egressos de medicina.

7.1 DADOS DO FORMULÁRIO I (APÊNDICE A)

A primeira etapa de coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2016, sendo utilizado um formulário (instrumento I) a fim de identificar o perfil dos médicos assistencialistas. Após exaustivas discussões de qual a melhor forma para distribuir e captar os questionários, optou-se por realizar uma reunião com alunos internos e médicos residentes explicando as características e objetivos da pesquisa, a fim de organizar e facilitar a aplicação do instrumento para os médicos assistencialistas concursados (alguns desses também professores de suas respectivas Faculdades/Universidades), que através de suas ações no trabalho rotineiro, são responsáveis pela preceptoria-tutoria do estágio curricular obrigatório, em sistema de Internato, nas diversas clínicas desse campo de prática. Os formulários foram então disponibilizados, havendo pouca adesão e baixo retorno da devolutiva dos internos e residentes. Assim, foi organizada nova escala com os voluntários, para reorganização da coleta dos dados, os quais relataram grande dificuldade de aplicação do instrumento por resistência e disponibilidade dos médicos assistencialistas concursados, com alegativas de falta de tempo e disponibilidade, ambulatórios sempre muito cheios com

diversos atendimentos, enfermarias com pacientes complexos e pós operatórios que exigem tempo e dedicação quase integral e emergências sempre lotadas diuturnamente, além do menor número de médicos nos meses de final de ano por férias e licenças prêmios.

Dos 502 profissionais (436 médicos vinculados à SESA, 60 médicos do Ministério da Saúde e outros 6 vinculados à outras Instituições Públicas), apenas 65 (13%) responderam ao formulário, sendo 40 homens e 25 mulheres. A média etária foi de aproximadamente 50,5 anos, com um desvio padrão de 9,78 anos (tabela 1). O ano de conclusão do curso de medicina variou de 1972 a 2005, tendo uma média de 28,5 anos, com desvio padrão de 6,4 anos, sendo que apenas 6 (seis) sujeitos não concluíram o curso na Universidade Federal do Ceará (UFC) e 18 afirmaram não possuir nenhuma experiência docente. Os demais possuíam uma média de 25,6 anos de experiência com um desvio padrão de 7 anos. Na tabela 2 pode-se verificar o enquadramento funcional, sendo 51 sujeitos com regime de trabalho de 20 horas.

TABELA 1 - Enquadramento funcional

Categoria	N	%
Estadual	44	68,1875
Federal	11	16,6875
Estadual/Municipal	4	6,15
Estadual/Federal	4	6,15
Municipal	2	3,025
Total	65	100

Fonte: elaborado pelo autor

Foram identificadas 22 especialidades, sendo a maior frequência de respostas de ginecologistas/obstetras, devido à facilidade de abordagem na clínica do autor deste estudo.

TABELA 2 - Especialidades

Especialidade	n	%
Gastroenterologia	2	3,27
Endoscopia	3	4,91
Ginecologia/Obstetrícia	14	22,95
Gastroenterologia Infantil	1	1,63
Cirurgia Geral	7	11,47
Mastologia	3	4,91
Pediatria	6	9,83
Clínica Médica/Medicina Intensiva)	1	1,63
Radiologia Intervencionista	1	1,63

Cirurgia De Cabeça E Pescoço	1x	1,63
Urologia	1	1,63
Neurocirurgia	1	1,63
Cancerologia Clínica	1	1,63
<hr/>		
Nefrologia	1	1,63
Neurologia	4	6,55
Oftalmologia	4	6,55
Otorrino	3	4,91
Anestesiologista	4	6,55
Cirurgia Oncológica	1	1,63
Ortopedia	1	1,63
Endocrinologia	1	1,63
<hr/>		
Total	61	100

Fonte: elaborado pelo autor

Em relação à atividade que o médico desenvolve a maior parte de sua carga horária estão o ambulatório e emergência. Sendo o HGF um hospital terciário, é um hospital especializado ou com especialidades, destinado a prestar assistência à população além das básicas, exigindo formação em áreas superespecializadas que demandam de três a cinco anos de Residência Médica para obter a capacitação. Neste sentido, dos 65 médicos entrevistados, 31 (47,69%) estão envolvidos com o atendimento especializado em ambulatório, local de caráter resolutivo para os casos de menor gravidade e encaminhamento de casos mais graves para um serviço de urgência e emergência ou para internamento hospitalar, para cirurgia eletiva ou para atendimento pelo médico especialista indicado para cada paciente. Apesar de terem contato e acompanhamento de alunos internos, apenas 3 (três) se identificaram com as atividades de ensino. Segundo Skare (2012), não dispomos de dados concretos no Brasil sobre número de preceptores e tempo destinado efetivamente por eles ao ensino de acadêmicos.

TABELA 3 - Atividades exercidas no hospital

Atividade	n	%
Enfermaria	3	5,88
Ambulatório	17	33,33
Emergência	10	19,61
Ensino	2	3,92
Cirurgia/Ambulatório	4	7,84
Ambulatório/Enfermaria	2	3,92
Emergência/Ambulatório	1	1,96

Ambulatório/Cirurgia/Enfermaria	4	7,84
Cirurgia/Enfermaria	1	1,96
Ambulatório/Cirurgia/Ensino	1	1,96
Total	51	100

Fonte: elaborado pelo autor

Os dados das tabelas 4, 5 e 6 mostram aspectos da capacitação médica para o ensino efetivo no internato, através de programas de monitoria, formação docente no início e durante sua carreira, respondido pelos 61 médicos.

TABELA 4 – Atividades de capacitação para docência no início da carreira

Respostas do Tipo de formação	n	%
Experiência em monitoria	41	63,07
Formação pedagógica no início da carreira	9	13,84
Mestrado/doutorado	4	6,15
Formação docente durante sua carreira	48	73,84

Fonte: elaborado pelo autor

TABELA 5 – Formação docente durante a carreira

Tipo de formação	n	%
Auto formação	21	43,75
Curso de formação continuada	20	41,66
Outra graduação	1	2,08
Curso oferecido pela universidade	6	12,5

Fonte: elaborado pelo autor

TABELA 6 – Formação docente em pós-graduação durante a carreira

Pós-graduação	Residência	Mestrado	Doutorado
n	36	16	6
%	55,38	24,61	9,23

Fonte: elaborado pelo autor

As atividades de capacitação docente ocorreram, na sua maioria (73,84%) durante sua carreira através da auto formação (43,75%) e cursos de formação continuada

e permanente (41,66%). Considerando formação em nível de pós-graduação, mais da metade (55,38%) aponta a residência médica como campo de formação pedagógica para o exercício da docência. A residência médica (instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977), é uma forma de treinamento em serviço, onde o médico residente se especializa nas diversas áreas da Medicina. Para que haja contribuição também em relação à capacitação para o ensino é necessário que seja possível, realizar atividades que correspondam ao tripé que sustenta todo o ensino médico – ensino, pesquisa e extensão. Portanto, a realidade observada na prática é de médicos em dedicação exclusiva a função assistencial, que destinam algumas horas de suas atividades a parte acadêmica, mas sem ser este o seu enfoque primário (SKARE, 2012). O critério de contratação baseado apenas no desempenho em uma área técnica de atuação traz como consequência a falta de percepção da necessidade de aprofundamento na docência (ALMEIDA; BATISTA, 2011)

As demais respostas se referem à realização de cursos de mestrado (24,61%) e doutorado (9,23%). Freitas e Seiffert (2007), em análise sobre a percepção do significado de uma disciplina didático-pedagógica em um curso *stricto sensu*, verificaram um crescimento pedagógico e a possibilidade de reconstrução da prática educativa, sinalizando novas formas de vivenciar o trabalho docente, embora se evidencie que uma única experiência não é suficiente para formar professor com oportunidade de refletir sobre suas práticas. Os autores defendem que investir na criação desses espaços de formação docente poderá gerar mudanças importantes na qualidade do ensino em saúde, uma vez que busca a preparação política, científica e pedagógica de professores para o magistério do ensino superior possibilitando ainda, a atualização e revisão das práticas daqueles que já são professores.

A tabela 7 mostra, em ordem decrescente de importância aquela que representa o tipo de saber docente que mais influencia a prática dos sujeitos entrevistados.

TABELA 7 - Importância do tipo de saber docente que mais influencia a prática docente

Saber docente	Ordem			
	1	2	3	4
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Experiência exitosa aplicada em períodos anteriores	8(13,1)	13(21,31)	17(27,86)	23(37,70)
Experiência aprendida	23(37,09)	16(25,80)	8(13,11)	15(24,19)
Conhecimento adquiridos em um contexto formal de ensino	9(14,75)	20(32,78)	17(27,86)	15(24,59)
Saberes pedagógicos buscados a partir das necessidades apresentadas	21(33,87)	11(17,74)	20(32,25)	10(16,12)

Fonte: elaborado pelo autor

A experiência exitosa aplicada em períodos anteriores foi a mais citada, seguida dos saberes pedagógicos buscados a partir das necessidades apresentadas, transmissão dos conhecimentos adquiridos em um contexto formal de ensino, sendo a experiência aprendida com os professores ou num processo de reflexão e troca com os colegas, desde quando aluno, a última em ordem de importância.

Cardoso et al (2012), através de pesquisa bibliográfica trouxeram algumas contribuições dos estudos de Maurice Tardif e Clermont Gauthier a respeito dos saberes docentes, pertinentes à discussão dos achados deste estudo (tabela 7). Neste caso, podemos considerar a experiência exitosa como “saber experiencial” que, segundo Tardif (2002) são aqueles adquiridos no exercício da atividade profissional dos professores, que são construídos, relacionados e mobilizados pelos professores de acordo com as exigências de sua atividade profissional. Nesse sentido, esses saberes poderiam se constituir como saberes de uma classe e não de um profissional em específico. Porém, para Gauthier et al (2006) é necessário que os saberes experienciais dos professores sejam verificados por meio de métodos científicos, não sendo possível então, o reconhecimento somente através da prática sem que se contemplem os saberes da ação pedagógica, sendo eles saberes disciplinares, os saberes curriculares, os saberes das ciências da educação, os saberes da tradição pedagógica além dos saberes experienciais.

Para uma melhor análise dos resultados em relação às metodologias de ensino utilizadas pelo médico docente foi utilizado como instrumento a escala tipo Likert de 5 pontos para mensurar o grau de concordância dos sujeitos que responderam os questionários, com uma abordagem quantitativa para estabelecer o Ranking Médio (RM) da questão. Realizou-se a verificação quanto à concordância ou discordância das questões avaliadas, através da obtenção do RM da pontuação atribuída às respostas, relacionando à frequência das respostas dos respondentes que fizeram tal atribuição, onde os valores menores que 3 são considerados como discordantes e, maiores que 3, como concordantes, considerando aquela escala de 5 pontos. O valor exatamente 3 seria considerado “indiferente” ou “sem opinião”, sendo o “ponto neutro”, equivalente aos casos em que os respondentes deixaram em branco. Para o cálculo do RM utilizou-se o exemplo de Oliveira (2005).

TABELA 8 – Metodologias de ensino utilizadas pelo médico preceptorassistencialista

Questões	Frequência de respostas					RM
	1	2	3	4	5	
1. Transmissão de conhecimento através de aula teórica ou atividades práticas diretamente no local de atuação profissional sob supervisão.	1		1	13	50	4,0
2. Procura transmitir o máximo de informações possíveis	1	2		20	42	4,5
3. Interação com os alunos, atuando apenas quando é necessário.	11	13	2	22	16	2,7
4. Delega responsabilidade deixando o aluno responsável pelo seu próprio	3	9	1	37	15	3,8
5. Organiza o conteúdo a ser desenvolvido em sequência lógica para utilizar como norteador do estudo.		1	5	30	29	4,3
6. Abrange todo o conteúdo a ser adquirido sobre um tópico	2	6	6	32	19	3,9
7. Procura individualizar as necessidades dos alunos ao se trabalhar com grupos pequenos	1	3	3	29	28	4,2

Fonte: elaborado pelo autor

A tabela 8 apresenta as questões 1, 2 e 6 que se relacionam com aspectos das metodologias tradicionais¹², sendo as questões 3, 4, 5 e 7 relacionadas com metodologias ativas¹³.

Quando consideramos os RMs das categorias separadamente verificamos que apenas a questão 3 (Interação com os alunos, atuando apenas quando é necessário.) possui

¹² visão pedagógica no adulto, no intelecto, nos conteúdos cognitivos transmitidos pelo professor aos alunos, na disciplina, na memorização.

¹³ Nas metodologias ativas de aprendizagem, o aprendizado se dá a partir de problemas e situações reais, os mesmos que os alunos vivenciarão depois na vida profissional, de forma antecipada, durante o curso, valorizando o diálogo de todos os envolvidos, objetivando-se a transformação social por meio de uma prática conscientizadora e crítica (MORÁN, 2015)

ranking negativo (2,7) inferindo a adoção de metodologia conservadora. O mesmo ocorre quando analisamos os rankings das questões 1, 2 e 6, os quais apresentam RM positivo confirmando o achado anterior.

As questões 4, 5 e 7 apresentaram RM positivo o que demonstra os desafios presentes nos cenários atuais da educação. Novas formas de trabalhar com o conhecimento são exigidas tentando romper com a estrutura tradicional e a implantação de metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras, sob a perspectiva institucional, do docente e do aluno. Segundo Souza et al (2014), a escolha isolada ou combinada de cada uma das metodologias propostas depende da consecução mais efetiva dos objetivos, resultados e competências a serem alcançados em determinado momento, os quais devem estar explícitos e claros no planejamento de uma experiência educacional. A tarefa de lidar com novas e diferentes estratégias é algo complexo e exige mudanças de *habitus* e paradigmas.

Em relação aos fatores positivos de formação docente (tabela 9), as respostas foram organizadas em categorias e em ordem de importância. As categorias encontradas foram: aspectos relacionados à atualização dos médicos, troca de experiências com discentes e outros médicos e inserção na estrutura de ensino do hospital e da universidade.

TABELA 9 - Fatores positivos na formação docente do médico preceptor assistencialista

Ordem de importância		1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aspectos	Atualização	26 (54,16)	16 (38,09)	24 (75,00)	19 (65,51)
	Troca de experiência	19 (39,58)	20 (47,61)	04 (12,50)	10 (34,48)
	Inserção na estrutura	03 (6,25)	06 (14,28)	04 (12,50)	0 (0)
Total de respostas		48 (100)	42 (100)	32 (100)	29 (100)

Fonte: elaborado pelo autor

As citadas em primeiro lugar foram aquelas que se relacionavam com aspectos de atualização de conhecimento por parte dos docentes, como necessidade de atualização, participação em congressos, cursos, mestrado, crescimento científico, leitura e aprendizado contínuo e conhecimentos adquiridos ao longo da vida profissional (tabela 9). Em seguida foram citados aspectos relacionados com a troca de experiências, principalmente com os alunos. Este contato, segundo os médicos, proporciona motivação, troca de conhecimento, retorno positivo com contínuo aprendizado e a possibilidade da práxis docente. Ainda, em primeiro lugar, mas com menor frequência foram citados os aspectos relacionados à importância de estarem inseridos na estrutura hospitalar e universitária (Apêndice B).

A frequência de citação sobre a importância da atualização docente se destaca nas demais ordens de respostas, exceto na segunda ordem. Verificamos a importância destacada pelos docentes como partícipe na construção do conhecimento, que segundo Rocha e Ribeiro (2008) não é estanque, mas dinâmico e instável. Essa transformação se projeta nas carreiras profissionais dos responsáveis pelo internato, que se veem às voltas com novas exigências: formação continuada, novas capacitações, adaptabilidade ao novo e reconversão profissional.

O destaque à troca de experiência pode indicar uma preocupação emergente com sua relação com o aluno e outros colegas, além de sua interação com o paciente. A sociedade passou por grandes transformações e, no início deste novo século, o conhecimento não é mais privilégio de universidades e professores. Preocupado em viabilizar a introdução do futuro profissional no exercício da medicina, em toda a sua complexidade, deve entender que o papel do professor repassador de informações atualizadas está bastante ameaçado. Sua função vai além do ensinar a clinicar, mas também aconselhar, inspirar e influenciar o aluno em seu desenvolvimento, assim como auxiliá-lo em sua formação ética como um futuro profissional, contribuindo para a construção de cidadãos conscientes e envolvidos socialmente (ROCHA e RIBEIRO, 2008).

A inserção do médico no ensino do internato é visto também como uma oportunidade de fortalecer o vínculo tanto com o hospital quanto com a universidade, qualificando o cotidiano nos serviços de saúde, trazendo outros modos de fazer a atenção e a gestão dos seus processos.

Em relação aos fatores negativos em sua formação docente (tabela 10), as respostas foram organizadas em categorias e em ordem de importância. As categorias encontradas foram: tempo disponível para dedicação, aspectos relacionados à formação docente dos médicos, falta de estímulo (inclusive financeiro), falta de recursos materiais e de infraestrutura, falta de interesse discente (Apêndice H).

TABELA 10 - Fatores negativos na formação docente do médico preceptor assistencialista

Ordem de importância		1 ^o	2 ^o	3 ^o	4 ^o
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aspectos	Falta de tempo	09 (19,56)	05 (14,28)	02 (08,00)	02 (11,11)
	Falta de formação docente	15 (32,60)	09 (25,71)	05 (20,00)	08 (44,44)
	Falta de estímulo	16 (34,78)	14 (40,00)	11 (44,00)	05 (27,77)
	Falta de recursos	06 (13,04)	05 (14,28)	06 (24,00)	01 (05,55)
	Falta de interesse discente	0	02 (05,71)	01 (04,00)	02 (11,11)

Total de respostas	46 (100)	35 (100)	25 (100)	18 (100)
--------------------	----------	----------	----------	----------

Fonte: elaborado pelo autor

As mais citadas foram aquelas que se relacionavam com aspectos de falta de estímulo e contrapartidas e falta de formação docente (tabela 10). A falta de estímulo está relacionada principalmente à falta de remuneração e de reconhecimento do trabalho através das instituições (prioridade na escolha de férias e escala de serviço, liberação para congressos e formações permanentes, por exemplo). Pouca atenção tem sido dada ao conceito de desenvolvimento profissional do médico que atua como preceptor. Na organização do internato os médicos do serviço que exercem sua função nas áreas da emergência, ambulatório, enfermaria, centro cirúrgico e outros, passam a ser responsáveis também pelo acompanhamento de discentes de várias instituições de ensino. Esta relação não se caracteriza como ofício, assumindo a capacidade de ensino como uma ação secundária. Neste sentido não há previsão de remuneração nem por parte do hospital nem por parte da universidade, muito menos um espaço de tempo em suas escalas assistenciais definido para as orientações. O ensino acontece paralelo às atividades inerentes ao atendimento dos pacientes onde o interno vivencia a prática e discussões específicas dos casos acompanhados, não havendo, na maioria das vezes espaços e recursos apropriados para tal atividade.

Além disso, a atuação docente do médico professor do internato, de modo geral, tem se apresentado como algo separado do investimento na competência técnica em Medicina. No início de sua carreira não há uma formação voltada para os processos de ensino-aprendizagem, onde poderia se apropriar dos elementos constitutivos de sua atuação docente como planejamento, organização da aula, metodologias e estratégias didáticas, avaliação, peculiaridades da interação professor-aluno. Sua vida acadêmica, como especialista em uma área específica do conhecimento, ocorre normalmente em programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, onde desenvolverá os conhecimentos teóricos e instrumentais da atividade (ALMEIDA, 2012).

A falta de interesse discente é apresentada na tabela 10 como um dos pontos negativos. A falta de formação docente também irá interferir na preocupação de se dedicar a reconhecer o perfil de seus alunos; identificando seus conhecimentos prévios, interesses e necessidades, além de saber como motivá-los e adequar os conteúdos formativos às suas demandas; distinguir as estratégias e recursos mais eficientes para a aprendizagem (ALMEIDA, 2012). Outro fator que pode interferir neste ponto é a procura de especialização precoce no internato. Os alunos já procuram direcionar sua formação para a especialidade

que almejam uma posterior residência médica, além de uma prática cada vez mais frequente de participarem de “cursinhos preparatórios” para as provas de residência.

A tabela 11 traz a ordem crescente de utilização das metodologias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos médicos professores.

TABELA 11 - Ordem decrescente de utilização dos métodos que o médico assistencialista identifica e aplica em sua prática docente

ordem	aula teórica expositiva n (%)	aula prática n (%)	PBL n (%)	grupo de estudo n (%)	Problematização n (%)	Tutorial n (%)	Seminário n (%)	Outros n (%)
1 ^o	14 (26,41)	30 (4,83)	05 (15,15)	02 (05,88)	03 (07,14)	04 (12,15)	05 (10,86)	03 (21,42)
2 ^o	18 (33,96)	15 (24,19)	04 (12,12)	07 (20,58)	09 (28,57)	03 (09,37)	07 (15,21)	00 (00)
3 ^o	06 (11,32)	04 (06,45)	08 (24,24)	09 (26,47)	11 (26,19)	02 (06,25)	07 (15,21)	04 (28,57)
4 ^o	06 (11,32)	04 (06,45)	04 (12,12)	02 (05,88)	11 (26,19)	08 (25,00)	08 (17,39)	03 (21,42)
5 ^o	03 (05,76)	05 (08,06)	06 (18,18)	03 (08,82)	04 (09,52)	04 (12,15)	08 (17,39)	02 (14,28)
6 ^o	06 (11,32)	00 (00)	02 (06,06)	05 (14,70)	03 (07,14)	06 (18,75)	05 (10,86)	01 (07,14)
7 ^o	00 (00)	04 (06,45)	04 (12,12)	06 (17,64)	01 (02,38)	05 (15,62)	06 (18,75)	01 (07,14)
Total	53 (100)	62 (100)	33 (100)	34 (100)	42 (100)	32 (100)	46 (100)	14 (100)

Fonte: elaborado pelo autor

A maior frequência de respostas apareceu na utilização de aulas práticas (62), sendo seguida pela aula teórica expositiva (53) e seminários (46), sendo essa ordem também utilizada como opção de metodologia utilizada. A partir desse resultado podemos verificar que a atuação dos docentes se desenvolve a partir da reprodução de modelos consagrados válidos até então, aprendidos anteriormente. Considerando que as primeiras experiências de adoção do PBL no Brasil são de 1990, a utilização das novas metodologias (PBL, tutorial, problematização e grupos de estudo), que compõem as tendências atuais dos contextos educacionais representam um desafio de adequação a este novo modelo de educação e ensino,

sendo necessário que, na posição de mediadores na construção do conhecimento, revisem e atualizem suas concepções, porém sem jamais desmerecer suas atuações e práticas atuais.

Diante deste resultado (tabela 11) verificamos na questão seguinte que 49 (76,56%) dos médicos gostariam de realizar algum tipo de formação para melhorar sua atuação no exercício da função de docência no HGF; um respondeu não ter interesse e três não souberam responder. O maior interesse se apresentou como sendo por cursos de mestrado e doutorado (46,29%), seguido por cursos de extensão (29,62%) e especialização (24,07%).

7.2 DADOS DO INSTRUMENTO II (APÊNDICE B)

O cronograma do trabalho para aplicação do segundo instrumento de coleta (questionário aberto) foi definido e estruturado a partir do planejamento, da condução e da análise dos resultados. A elaboração do planejamento exigiu quatro semanas que incluíram a seleção da temática dos participantes, a divisão das atividades e a metodologia de trabalho. A condução constituiu-se da abordagem para auxílio na aplicação dos instrumentos, exigindo duas semanas.

Ao tentar aplicar as primeiras entrevistas foi encontrada uma certa resistência dos indivíduos devido a disponibilidade de tempo durante suas atividades, no qual era solicitado outros momentos para sua realização. Esta dificuldade na coleta dos dados sinalizou um possível impedimento de impressões sobre o tema. Isto posto, decidiu-se abandonar este instrumento e recorrer e aplicar um questionário aberto, procurando compor uma análise qualitativa em relação ao estudo proposto. As perguntas abertas são aquelas que permitem liberdade ilimitada de respostas ao informante. Nelas podem ser utilizadas linguagem própria do respondente. Elas trazem a vantagem de não haver influência das respostas pré- estabelecidas pelo pesquisador, pois o informante escreverá aquilo que lhe vier à mente. As perguntas, assim, poderão ter, segundo ensina Gil (1999, p.132), conteúdo sobre fatos, atitudes, comportamentos, sentimentos, padrões de ação, comportamento presente ou passado, entre outros. Esta decisão foi tomada também ao se considerar a pequena amostra obtida, a quem do número definido pelo estatístico e a tendência de polarização das frequências obtidas pelo entrevistador no primeiro instrumento.

Foi utilizado no mês de dezembro um questionário aberto para cinco médicos supervisores das áreas de internato: Clínica Médica, Ginecologia (esse foi substituído pelo colega preceptor do internato e supervisor da residência médica em lugar desse entrevistador), Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia, integrantes do quadro funcional do HGF. As entrevistas e aplicação do questionário tiveram composição da duração média de 25

minutos(23 à 29 minutos). Salienta-se que a seleção dos indivíduos, buscou respeitar a composição da Comissão do Internato, órgão colegiado responsável pelo planejamento, organização e supervisão das atividades dos internos em suas respectivas áreas. As entrevistas aplicadas através de questionário aberto e individualmente possibilitaram alcançar uma variedade de impressões e percepções que os indivíduos possuem em relação as variáveis do estudo.

Com vistas a responder ao problema e aos objetivos que esta pesquisa se propôs, os dados coletados previamente foram apresentados via categorias e subcategorias, sendo analisados por meio da análise temática, que, conforme Bardin (2011), consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente. A opção pela análise categorial se respalda no fato que é a melhor alternativa quando se quer estudar valores, opiniões, atitudes e crenças, através de dados qualitativos. Portanto, a interpretação dos dados se deu por parte do método de análise de conteúdo, respaldada pelas observações in loco (SILVA; FOSSÁ, 2015)

Na primeira fase, a pré-análise, foi desenvolvida a sistematização das ideias iniciais referentes ao quadro referencial teórico deste estudo sendo estabelecidos indicadores para a interpretação das informações coletadas através da deferência de todos os componentes constitutivos do corpus, verificando sua adequação aos objetivos com o que se propõem o estudo.

Logo após foi realizada a exploração do material através da construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. As palavras-chaves foram identificadas, realizando uma primeira categorização. Por este processo indutivo ou inferencial, procurou-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar outra significação ou outra mensagem através ou junto da mensagem primeira (FOSSÁ, 2003).

Na fase seguinte foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, o qual consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos no instrumento aplicado (Apêndice B). A análise comparativa foi realizada através da justaposição das categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes. Também foi utilizada a análise de avaliação que tem por finalidade medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que ele fala, refletindo diretamente a mensagem que utiliza (BARDIN, 2009)

Para identificar as categorias e subcategorias, foram definidas unidades de registro e unidades de contexto. Foram consideradas como unidades de registro as palavras que contribuem para a criação das categorias. As unidades de contexto são os parágrafos ou segmentos da mensagem utilizados como unidades de compreensão para identificar as palavras que foram definidas como unidades de registro. As categorias assim identificadas foram “prática docente” e “formação docente”. Na categoria “prática docente”, foram encontradas as subcategorias escolha, definição, conhecimento, aspectos do planejamento, facilidades, dificuldades, e satisfação. A categoria “formação docente” se subdividiu em importância, disciplinas cursadas na área pedagógica e aspectos para ampliar conhecimentos (Apêndice F). O Quadro 2 relaciona as categorias e as subcategorias encontradas na entrevista semiestruturada que utilizou o questionário aberto.

QUADRO 2 - Categorias e subcategorias identificadas nos textos

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Prática Docente	Escolha Escolha
Prática docente	Definição
	Conhecimento
	Aspectos do planejamento
	Facilidades
	Dificuldades
	Satisfação
Formação Docente	Importância
	Disciplinas cursadas na área pedagógica
	Aspectos para ampliar conhecimentos

Fonte: elaborado pelo autor

Na análise de conteúdo, um procedimento importante é a elaboração dos indicadores (quadro 3). O objeto de estudo da pesquisa é destacado como elemento central desses indicadores, expressando-se numa temática sintética acerca do investigado, assim como estes se expressam. Na primeira subcategoria da categoria “prática docente”, tivemos como foco as informações referentes aos motivos que levaram os indivíduos a aceitar a prática docente na orientação dos internos no HGF.

QUADRO 3 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Prática Docente” subcategoria “Escolha”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR	
Prática docente	Escolha	S1	convite da ex-preceptora da residência
		S2	vontade frustrada de ser professora
		S3	não foi escolha. Foi uma função designada por escala de trabalho
		S4	1. oportunidade de conhecimento profissional 2. responsabilidade para com o estudante 3. contribuir para a boa prática da medicina
		S5	capacitação tanto dos internos como os próprios professores. Todos crescem juntos.

Fonte: elaborado pelo autor

Ao realizar as inferências interpretativas na construção de textos descritivos, argumentativos, analíticos, críticos e propositivos, destacando generalidades e particularidades das análises e inserindo as falas na íntegra, articulamos as referências teóricas às nossas próprias percepções, procurando dar conta do nosso objeto de estudo, especialmente a partir dos indicadores para a análise de conteúdo. No que se refere à escolha da prática docente, verificou-se o envolvimento de dois sujeitos (S1 e S3) por decisão ou imposição de terceiros.

Este fato pode contribuir com a discussão da secundarização da prática docente na medicina, não configurando assim, uma profissão. O critério de contratação baseado no desempenho em uma área técnica de atuação, não se exigindo uma formação sistematizada que instrumentalize a maneira de conceber e desenvolver o processo de ensino-aprendizagem pode influenciar a falta de entendimento da necessidade de se desenvolver como docentes para atuar nos métodos ativos, uma vez que julgam seus conhecimentos técnicos suficientes para atuar (ALMEIDA; BATISTA, 2011).

A formação dos formadores e definição de competências chave para o orientador ideal constitui, portanto assuntos da maior relevância na formação médica. Os indicadores S2, S4 e S5 demonstram certa motivação como fator decisório para o envolvimento na preceptoria, baseado na oportunidade e crescimento individual, além da contribuição para o crescimento dos alunos. A existência desse fator na realidade do ensino é refletida de maneira direta no comportamento dos indivíduos envolvidos no processo educacional. Quando motivados, professores desenvolvem e ministram um trabalho pedagógico adequado e os alunos são despertados para o objeto do conhecimento de forma genuína (PINTO; ROSADO, 2012).

Compreender o que significa o processo ensino-aprendizagem é mais do que a adoção de um modelo educativo. As perspectivas pedagógicas devem se basear na dialética

superando a mera transmissão de conhecimentos, levando os profissionais a extraírem das situações complexas e contraditórias de seus exercícios profissionais diários a possibilidade de superar obstáculos e construir alternativas de solução (JESUS; RIBEIRO, 2012).

No quadro 4, verificou-se que o entendimento do conceito da prática docente apresentado nas falas de S1, S2, S3 e S5 se constroem em objetivos relacionados em “realizar, disseminar, mostrar, transmitir e compartilhar” que se relacionam como instrumento reprodutivo de um modelo biotecnista, médico hegemônico e hospitalocêntrico. Somente o sujeito S4 se mostra sensível a mudanças de concepções e atitudes, que possam atuar em conjunto e como facilitador do processo de formação apontando para a participação do estudante na contextualização dos constructos teóricos adquiridos por meio de buscas individuais e do compartilhamento do conhecimento (CEZAR et al., 2010; ALMEIDA; BATISTA, 2013).

QUADRO 4 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Prática Docente” subcategoria “Definição

CATEGORIA	SUBCATEGORIA		INDICADOR
Prática Docente	Definição	S1	1. realizar atividades teóricas e práticas 2. disseminação da ética e multidisciplinaridade 3. mostrar a conduta profissional através do exemplo
		S2	1. documenta sua experiência do dia a dia 2. transmite experiência para as futuras gerações
		S3	acompanhar e orientar o aluno nas atividades práticas da assistência prestada aos pacientes no hospital, complementando com atividade teórica
		S4	facilitação, amparo, oportunidade, estímulo, orientação ao estudo da medicina com finalidade de ajudar as pessoas
		S5	qualquer prática de ensino por pessoas preparadas e treinadas, pessoas que gostam de compartilhar conhecimentos e práticas

” Fonte: elaborado pelo autor

A subcategoria que se refere a qual o conhecimento ou saber que considera mais importante para a prática docente na orientação dos internos no HGF está apresentada no quadro 5. Nas respostas encontradas, a valorização de um saber onde a formação se dedica ao preparo de profissionais que atuarão em campos específicos do conhecimento e da prática social se expressa principalmente em uma dimensão organizativa e operacional das atividades, que realiza com o apoio de uma didática instrumentalizada que pode lhe assegurar uma perspectiva acrítica e conservadora.

QUADRO 5 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Prática Docente” subcategoria “Conhecimento”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR	
Prática Docente	Conhecimento	S1	1. aplicação da prática do conhecimento técnico, transmitindo de forma global, inseridos em um contexto específico mas com uma visão universal é o mais difícil e importante na orientação profissional
		S2	1. saber conviver com a geração anterior organizando o saber técnico junto com educação médica diante do mais jovem
		S3	1. participação de congressos 2. atualização 3. cursos de educação continuada 4. estudos em casa 5. leitura de periódicos e trabalhos científicos
		S4	1. experiência profissional 2. busca permanente por atualização 3. gostar do que faz 4. compromisso ético
		S5	1. prática médica 2. teoria médica 3. outras características: pontualidade, assiduidade, espírito de equipe, compromisso, etc: influência no comportamento médico como um todo 4. pesquisa científica 5. orientação de monografias

Fonte: elaborado pelo autor

Entendemos que o ensino é uma atividade que requer conhecimentos específicos, consolidados por meio de formação voltada especialmente para esse fim, porém concordamos com Almeida (2012) que defende a importância equiparada do conhecimento das abordagens dos conteúdos e das novas maneiras didáticas de ensiná-los. Defendemos também que a docência é uma profissão pedagógica, que deve mobilizar os saberes das teorias educacionais necessários à compreensão da prática docente.

Para análise da categoria “aspectos do planejamento” (quadro 6) tomamos como referência Libâneo (2001) que considera o planejamento como instrumento que orienta a ação educativa, com previsão sistemática e ordenada através de um processo de tomada de decisões. Também consideraremos Vasconcelos (1995, p. 56) que define planejamento educacional como um processo contínuo que se preocupa com o ‘para onde ir’ e ‘quais as maneiras adequadas para chegar lá’. Verificamos nas respostas uma falta de objetividade do planejamento além da falta de uma ordenação ou sistematização das ações sem uma

atuação concreta dos professores, no cotidiano de seu trabalho pedagógico. Não identificamos a preocupação de definir fins, buscar e conceber visões globalizantes e de eficácia com o objetivo de estabelecer caminhos que possam nortear mais apropriadamente a execução da ação educativa, através de recursos e meios necessários

QUADRO 6 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Prática Docente” subcategoria “Aspectos do planejamento”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR	
Prática Docente	Aspectos do planejamento	S1	<ol style="list-style-type: none"> 1. saber quem são e de onde vem os internos 2. conhecer o histórico de outros serviços 3. conhecer a realidade do hospital (dificuldades enecessidades) 4. compartilhar saberes com outras clínicas (discutir problemas e soluções) 5. entender as dificuldades dos internos para reforço teórico prático
		S2	<ol style="list-style-type: none"> 1. bom humor para transmitir o saber técnico num ambiente adverso 2. ética para contar de forma construtiva no desenvolvimento de um colega jovem
		S3	<ol style="list-style-type: none"> 1. estudo de casos, de clínica 2. reuniões científicas 3. participação em visitas
		S4	<ol style="list-style-type: none"> 1. dispor de tempo dedicado à docência 2. reconhecimento do papel docente pela instituição 3. compromisso com o estudante
		S5	<ol style="list-style-type: none"> 1. avaliar as dificuldades dos docentes na prática diária 2. questionar os internos sobre críticas e sugestões para melhoria da prática docente 3. avaliar o conhecimento dos internos através de provas e conhecer as principais dificuldades dos mesmos

Fonte: elaborado pelo autor

As facilidades identificadas na prática docente de orientação dos internos no HGF apontam, no quadro 7, para a importância do processo ser realizado em centro de atenção médica de alta complexidade.

QUADRO 7 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Prática Docente” subcategoria “Facilidades”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR	
Prática Docente	Facilidades	S1	1.interesse dos internos em aprender 2.multiespecialidades disponíveis no hospital3.residência médica 4.médicos capacitados em sua especialidade 5.interesses de muitos profissionais em ensinar
		S2	1.ambiente virtual dos dias atuais 2.curso de habilidade em comunicação 3.maior entrosamento dos hospitais de ensino 4.áreas que estimulem socialização docente 5.serviço de atendimento psicossocial
		S3	1.conciliar com horário de trabalho 2.contato com estudante 3. estimular a formação de futuras gerações de médicos 4. acompanhar o crescimento do interno ao longo do estágio e ver o progresso no aprendizado
		S4	1.diversidade de casos do hgf 2.serviços especializados organizados 3.bom corpo clínico 4.presença de estudantes de internato e residência
		S5	1.experiência no que ensinam 2.estrutura hospitalar 3.grande volume de pacientes ambulatoriais 4.grande volume de cirurgias 5.sessões educativas

Fonte: elaborado pelo autor

As facilidades identificadas na prática docente de orientação dos internos no HGF apontam para a importância do processo ser realizado em centro de atenção médica de alta complexidade. A efetiva prestação de serviços à população e a existência de multiespecialidades facilita a formação de recursos humanos. Além disso, os discursos apontam que a prática de orientação no internato oferece oportunidade de atualização técnica aos profissionais através da interação entre os estudantes e outros profissionais. Quando o aluno se mostra mais ativo e interessado, o processo também se mostra mais facilitador tendo o “professor” uma postura mais interativa. Assim, de acordo com o lugar que o preceptor ocupava na relação com o aluno (e sua aceitação ou recusa), definia-se para o aluno a condição de sujeito ou de objeto na relação professor-aluno segundo os tipos de relação pedagógica que determinam a boa relação entre as pessoas (RIOS; SCHRAIBER, 2012).

O interesse pela atividade docente se mostra como facilitador (S1) e o desempenho das funções de orientador de formação é beneficiado de acordo com Portaria n.º 224-B/2015,

Artigo 15.º (MS, 2015, p. 5110-11) sendo “objeto de valorização curricular e releva no âmbito de concursos de acesso a graus e categorias da carreira médica”.

As dificuldades apresentadas pelos sujeitos (quadro 8) estão centradas principalmente na sua relação com a infraestrutura, acesso à formação, recursos materiais e financeiros, permeados pela crônica deficiência do sistema de saúde.

QUADRO 8 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Prática Docente” subcategoria “Dificuldades”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR	
Prática Docente	Dificuldades	S1	1. infraestrutura do hospital 2. não valorização do internato como etapa fundamental para profissão 3. ausência devolutiva (financeira, profissional, horária) para preceptores 4. falta de incentivo do governo em relação à formação docente 5. desnível dos alunos em relação ao conhecimento e estabilidade emocional
		S2	1. recursos finitos
		S3	1. falta de reconhecimento pela faculdade 2. falta de complementação por parte das faculdades 3. dificuldades de materiais necessários para o melhor atendimento 5. ausência de remuneração do trabalho
		S4	1. falta de reconhecimento da docência 2. baixa remuneração 3. falta de tempo de dedicação 4. falta de acesso a periódicos 5. falta de apoio a pesquisa
		S5	1. gestores não estimulam o ensino 2. muitos servidores não têm o interesse na prática docente 3. poucos servidores capacitados para a prática docente 4. sem estímulo financeiro 5. sem certificação

Fonte: elaborado pelo autor

Em relação ao apoio aos órgãos e responsáveis pela formação, os serviços, unidades ou instituições de saúde que sejam locais de funcionamento, permanente ou ocasional, dos órgãos do internato médico ou em que se realizem internatos médicos, devem fornecer e garantir as instalações e o apoio logístico e administrativo necessário, bem como disponibilizar os recursos materiais e humanos exigidos pelas funções a executar. Para além da remuneração base, os encargos a que os membros dos órgãos do internato médico e os orientadores de formação têm direito pelo exercício das respetivas funções são da responsa-

bilidade das instituições, serviços ou unidades de saúde em que aqueles estejam inseridos (MS, 2015), além das IES “usuárias” da rede pública de saúde.

Esta garantia, do Ministério da Saúde, municia a administração do hospital com instrumentos que os induzem a procurar garantir investimentos em recursos e infraestrutura dos governos estaduais e das universidades e mantenedoras, além da qualificação dos diversos níveis de trabalhadores e gerencias em saúde.

Uma pesquisa coordenada pelo Tribunal de Contas da União (TCU), com os coordenadores de residências revelou que 50% dos participantes não estavam satisfeitos com a quantidade, conservação e atualização dos equipamentos (TCU, 2009).

A falta de reconhecimento da docência, a baixa remuneração e a falta de carga horária para dedicação ao ensino, presente nas falas dos entrevistados dificultam a legitimação da proposta de ensino-aprendizagem. Como defendem Almeida e Batista (2013), a instituição deve comprometer-se com a capacitação e qualificação docente, bem como com a valorização de sua dedicação ao trabalho. É necessária uma mudança de paradigma da postura do preceptor diante do compromisso e responsabilidade do ensinar e do aprender que possam atuar em conjunto e como facilitadores do processo de formação de futuros médicos.

Dois médicos pesquisados(S1 e S5) apresentaram certo grau de satisfação com a sua atuação na prática docente de orientação dos internos no HGF, sendo atribuída à docência um significado importante e satisfatório para si, relacionando-a fortemente ao sentido de relação com a prática e contato com o aluno (quadro 9) .

QUADRO 9 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Prática Docente” subcategoria “Satisfação”

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	INDICADOR
Prática Docente	Satisfação	S1 1. satisfeita mas com ressalvas à falta de apoio geral à preceptoria e ao próprio interno. 2. a falta de estrutura e incentivo do governo para o HGF é contínua
		S2 1.regular
		S3 1.pouco, exceto pela gratidão pessoal com o contato diário com o interno
		S4 1.baixo
		S5 1.muito satisfeito. existem profissionais que se dedicam ao ensino, apesar das dificuldades. Os internos sempre se dedicam quando observam que o docente tem interesse pelo ensino

Fonte: elaborado pelo autor

A prática docente pode ser identificada como uma grande oportunidade de troca e construção do conhecimento com alunos, promovendo positivamente o relacionamento interpessoal, elementos que são favoráveis à sua carreira e proporcionam satisfação seja no ensino, na pesquisa ou na assistência (CORRAL- MULATO; BUENO, 2013).

A falta de incentivo, reconhecimento e apoio são apontados como fatores que interferem na satisfação da prática, diminuindo a realização pessoal e profissional, o que pode comprovar a importância e o compromisso externo com o trabalho desenvolvido no percurso da profissão. Sentir-se satisfeito com seu trabalho é perceber nele a existência de vários indicadores favoráveis para que possa exercê-lo com vocação, dedicação, comprometimento e motivação, fundamentais para a boa prática assistencialista e dos processos efetivos de ensino-aprendizagem (CORRAL-MULATO; BUENO, 2013).

Segundo Pinheiro Sá (2015), os orientadores têm um papel fundamental na formação e os resultados do questionário sugerem que se encontram envolvidos e motivados para a atividade pedagógica. Em estudo que buscou caracterizar os orientadores de formação em Medicina Interna em Portugal, a média de respostas referentes à participação do orientador nas diversas fases do processo formativo, ficou sempre na faixa positiva da escala de Likert (mínimo $3,04 \pm 1,59$ e máximo $4,49 \pm 1,32$), sugerindo um envolvimento positivo dos orientadores com o internato. Por outro lado, também no que se refere à dedicação e responsabilidade ($4,85 \pm 1,34$), disponibilidade ($4,71 \pm 1,37$) e dinamismo e inovação ($3,99 \pm 1,41$), os orientadores foram classificados de forma positiva, indicando também que se encontram motivados para a formação.

Outra categoria identificada no estudo foi a “Formação Docente”. Nesta categoria as respostas foram agrupadas 3 subcategorias: “Importância”, “Disciplinas cursadas na área pedagógica” e “Aspectos para ampliar conhecimentos”.

Os resultados da subcategoria “Importância” que trata sobre a importância da formação em docência em sua atuação na orientação dos internos no HGF são apresentadas no quadro 10. A formação pedagógica é reconhecida pelos pesquisados como extremamente relevante para o exercício da docência. Assim, necessita ser adotada como prioridade pelas escolas médicas para compreensão da área da educação.

QUADRO 10 - Indicadores para análise de conteúdo da categoria “Formação Docente” subcategoria “Satisfação”

CATEGORIA	SUBCATEGORI A	INDICADOR
Formação Docente	Importância	1.muito importante pois avalia o conhecimento e a experiência à orientação formal em docência
		1. essencial: o crescimento pessoal acompanha a capacidade de transmitir conhecimento de forma confortável para dupla 2. educação + atividade de magistério = ser professor 3. educação + atividade de ministério = ser preceptor
		1.acho fundamental que fosse ofertado mais opções de formação, que fosse valorizado esta função
		1.fundamental
		1.extrema importância! não podemos ter amadores ensinando!Isso desestimula o interno e o influencia a ser um profissional sem interesse pelo ensino. A formação em docência deverá ser obrigatória em todas as graduações e deve haver cursos de sensibilização e mais estímulos para a prática da docência em todos os hospitais escola
		1. cursos de formação ofertados pelas faculdades 2. assinatura de periódicos para livre acesso 3. oferta de cursos de pós-graduação
		1.cursos de formação continuada
		1. cursos de capacitação 2. mais investimento dos gestores 3. mais interesse de todos os servidores pelo ensino 4. formação de centros de pesquisa dentro dos hospitais 5. estímulo ao docente e ao interno pela pesquisa científica 6. estímulo pela publicações científicas

Fonte: elaborado pelo autor

Como os saberes docentes vão sendo construídos ao longo da trajetória profissional, a natureza desse conhecimento é difícil de ser isolada, pois muito dele está implícito e envolve teorias e conceitos baseados no conhecimento sistematizado das disciplinas, recebendo também influências do conhecimento através da experiência. Considerando que existem duas concepções de formação docente universitária, sendo a não profissional que considera a prática do ensino através de que ensinar se aprende ensinando, numa visão simplista; e outra profissional onde o ensino efetivo é tarefa complexa com altas exigências intelectuais, com uma série de habilidades básicas por meio de processo consistente de formação (COSTA, 2010), é importante considerarmos que a atuação docente na área médica não pode se restringir à reprodução de modelos considerados válidos, apreendidos anteriormente e à experiência prática cotidiana.

Verifica-se nas respostas dos sujeitos a solicitação de acesso a cursos de capacitação, o que poderia contribuir para a mudança da visão da docência como atividade secundária à profissão médica, considerando a carreira docente também como profissão.

8. DIAGNÓSTICO DA ATUAÇÃO DOS MÉDICOS ASSISTENCIALISTAS NO HGF: VISÃO SINTÉTICA

A pesquisa objetivou analisar os fundamentos teórico-práticos dos médicos assistencialistas que orientam o exercício da docência no estágio curricular obrigatório de internato dos Cursos de Medicina no HGF.

Pode-se afirmar que o processo de formação para a docência necessita de maior atenção por parte da instituição hospitalar e as de ensino. A prática docente verificada nesta pesquisa se dá principalmente através da experiência exitosa e em cima de um modelo tradicional de ensino hoje bastante criticado na pedagogia moderna, intuitivo, reproduzindo modelos de formação pelos quais passaram quando alunos, confundindo transmissão de informação com ensino e indicando uma provável inadequação no preparo do médico assistencialista para essa atividade. A busca de experiências deriva principalmente de seu conhecimento e habilidades no campo de atuação.

A média do tempo de conclusão de sua graduação (de aproximadamente 30 anos) indica que a maioria dos médicos assistencialistas do HGF foi formada pelo modelo hegemônico centrado no hospital/professor, focado em uma metodologia conteudista. Trabalhos recentes apontam no sentido de que essa orientação educacional não mais contempla as necessidades atuais, pois são exigidas competências que além de ensinar a clinicar, aconselhar, inspirar e influenciar o aluno em seu desenvolvimento, assim como auxiliá-lo em sua formação ética como um futuro profissional. A não realização de concursos públicos de admissão não permite a renovação do quadro funcional, sendo que a manutenção de sua composição básica mínima ao normal funcionamento é realizada através da contratação temporária de médicos advindos das cooperativas de trabalho médico e prestação de serviços avulsos, pagos através de RPA(recibo de pagamento de autônomo), precarizando a relação trabalhista quando terceiriza esses profissionais. A exclusão desses assistencialistas provisórios na pesquisa deve-se a não terem vínculo trabalhista permanente e por apresentarem características de alta rotatividade, sem uma constância necessária para a inclusão de outras atividades formativas que não suas atuações práticas assistencialistas. As perspectivas de piora estão postas, à partir da sanção em 31 de março pelo presidente Michel Temer da Lei 13.429/2017(Lei da Terceirização da mão de obra, inclusive na atividade fim

no setor público de saúde, com prejuízos inimagináveis para a assistência e ensino). O ramo saúde sofrerá impactos negativos com a rotatividade dos terceirizados, como já ocorre hoje.

Porém, percebemos através dos resultados apresentados, uma preocupação de se adequar a outra proposta para melhor atuar como educador. Torna-se assim, relevante o investimento em sua formação para a reorientação da educação médica, o que foi demonstrado pela disposição apresentada para superar esta lacuna e que tem sido realizada principalmente por iniciativa própria.

O apoio institucional do HGF, SESA, MS, MEC e das IES deve buscar ofertar além de atualização do conhecimento técnico científico, o aprofundamento no processo de ensino-aprendizagem na busca de desenvolver competências inerentes ao conhecimento pedagógico e dos processos de investigação que possibilitam o aperfeiçoamento da prática docente. Cabe às instituições tomar para si a responsabilidade de preparar esses formadores, criando, por meio da gestão, políticas que definam formação, avaliação e monitoramento do preceptor, possibilitando atender os requisitos das DCN.

Os dados apontam para uma conjuntura que deve ser motivo de preocupação do hospital da pesquisa (e provavelmente do restante da rede pública assistencial do Ceará) e das IES, embora estes resultados não sejam suficientes para fazer afirmações generalizadas. Tendo os cursos de Medicina como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde, podemos classificar a graduação como uma habilitação característica dos bacharelados, não contemplando os aspectos inerentes a formação de professores, que são componentes curriculares apenas da formação nas licenciaturas, que preveem por definição a atuação somente na educação básica.

Uma das mais difíceis atribuições da docência é a avaliação por competências, não se podendo esperar que o profissional de saúde desempenhe esta tarefa sem qualquer treinamento, como vem sendo realizado na prática. A formação de um preceptor deve ser vista como prioridade nas instituições de ensino médico no que se refere tanto a sua atualização profissional quanto a suas funções de ensino. Essa enorme lacuna precisa ser reformulada de imediato, sob pena de omissão de atitudes já identificadas que poderiam ser aperfeiçoadas.

As discussões referentes à problematizações relativas ao repertório de conhecimento dos professores não está inserida em suas competências específicas, o que leva a prática pedagógica e a utilização de recursos didáticos serem mobilizados à partir de uma concepção reprodutiva e tecnicista. O conhecimento técnico e o científico se configuram

como elementos centrais do processo educativo, constituindo-se em seu fim. A utilização de metodologias ativas (geralmente aplicadas no ciclo básico) se dá de maneira fragmentada, não priorizando o caráter multidisciplinar ou interdisciplinar do processo, e sim apenas como experiências de suas práticas individuais não caracterizando um processo autêntico.

Como vimos ao longo do trabalho de investigação, os fundamentos e práticas no exercício da docência do estágio curricular obrigatório no internato da medicina no HGF trazem ambiguidade e contradições.

Uma delas se refere ao contexto da LEI Nº 11.788 (Lei do Estágio), onde não foi levado em consideração a matriz curricular dos cursos de Medicina, através de um aditivo excludente, único curso de período integral (por exemplo, UECE com 9.580 horas no total e 5.100 horas destinadas ao Internato), com carga horária mais do que o dobro das demais treze áreas da saúde (como exemplo carga horária mínima do Curso de Graduação em Enfermagem é de aproximadamente 4.000 horas e o estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20%-vinte por cento da carga horária total), torna-se impossível integralizar em dois anos esse volume de estágio obrigatório, obedecendo as novas DCNs de 2014 (e mesmo a antiga DCN de 2001). Vê-se claramente uma incoerência que precisará ser solucionada pelos legisladores federais e Ministério da Educação.

Nesse aspecto, o Internato Médico, que tinha uma carga horária média de 52 à 60 horas semanais durante vinte e dois meses (dois dos 24 meses são destinados à férias) até há poucos tempo, começa a ser questionado judicialmente por alguns educadores e alunos dos últimos dois anos dos cursos de Medicina. Há uma tendência das IES em considerarem a Lei do Estágio como prevalente, por ser lei; isso gera um problema para os professores, supervisores e gestores que terão de assinar documentos atestando a presença de alunos em uma carga horária que na realidade não foi cumprida. Como resolver esse problema, de ordem legal e conflituosa?

As IES, dentro de uma concepção de redução na carga horária da matriz curricular e do conteúdo, com necessidade de “tempo livre” para esses egressos, o conhecido “tempo verde”, tem cedido às pressões e determinado redução em suas cargas horárias destinadas ao Internato, porém sem promover as devidas reduções em suas matrizes curriculares e PPPs. A ilegalidade está posta para soluções vindouras.

O conteúdo curricular estará prejudicado em detrimento de uma satisfação de alguns alunos e educadores, que não conseguem enxergar de forma clara as diferenças entre os diversos cursos da área de saúde. É matematicamente impossível que a atual carga horária do internato possa ser integralizada em dois anos com um limite de quarenta horas

semanais. Que tipo de médicos pretendemos formar nas próximas gerações? Essa redução na carga horária dos egressos será benéfica para a formação do médico brasileiro dos próximos anos, tornando-os melhores profissionais? Que prejuízos poderemos ter ou não nas competências desses egressos?

Esse internado, que no estado do Ceará, usufrui de toda a rede estadual para sua realização, encontra-se em cheque, diante do conflito dessas duas ordenações acima. Esse não é um problema apenas regional; está posto em todo o território nacional. Precisamos levar essa discussão para esferas superiores, à fim de sanar essas dúvidas e diferenças de posições que se apresentam no momento, sob risco de comprometermos a já tão cambaleante formação dos nossos futuros médicos.

Ainda discutindo as ambiguidades e contradições verificamos que a prática educacional continua enraizada na concepção bancária da educação, porém os sujeitos apresentaram certo anseio de transformá-las, aprofundar seus conhecimentos para poder desvelá-las e compreender o seu papel como agente social que poderá contribuir para transformar a atual realidade do ensino médico.

A entrada do médico assistencialista permanente no serviço público é realizada através de concurso amplo e universal, que privilegia basicamente seus domínios técnicos. O domínio na área educacional e pedagógica não é exigida nos hospitais escola e de ensino, faltando a previsão de uma carga horária específica voltada ao ensino, assim como estrutura física e disponibilidade de equipamentos e ferramentas, além de uma justa contrapartida financeira que complemente sua remuneração como médico assistencialista e funcionário público concursado, uma vez que são designados para atuarem como preceptores.

Como a função do médico supervisor é fundamental para nortear muitas ações de ensino do internato, um processo de seleção formal, que considere uma formação prévia na docência e que preveja remuneração e tempo de dedicação seria importante para o comprometimento e aprimoramento das práticas docentes de toda a equipe envolvida.

A identificação das percepções dos médicos assistencialistas supervisores de área sobre suas ações docentes nas áreas de internato da Clínica Médica, Ginecologia, Cirurgia Geral, Pediatria e Obstetrícia do HGF foi importante no sentido de verificar que a construção das suas práticas de ensino acontece a partir de experiências em seus próprios ambientes clínicos.

A escolha dos médicos envolvidos na prática docente e de supervisão na orientação dos internos do HGF é realizada por processo aleatório dos seus superiores, tendo este a

possibilidade ou não de aceitar. Este procedimento pode indicar o nível de comprometimento do supervisor com a atividade considerada extra às suas horas de trabalho assistencial e afirmar a secundarização da atividade docente. O entendimento de sua função é centrado principalmente numa dimensão organizativa e operacional das atividades sem um compromisso em nortear mais apropriadamente a execução da ação educativa. Esta ainda é entendida, pelos mesmos, como um instrumento reprodutivo de um modelo biotecnista, médico hegemônico e hospitalocêntrico, o que não contribui para a modificação de estratégias de ensino focadas em aula expositiva e nas demonstrações dos médicos preceptores em suas atividades práticas, delimitado o conteúdo e exigindo uma postura menos ativa do aluno. A situação ainda se agrava com a deficiência da infraestrutura, acesso à formação, recursos materiais e financeiros do hospital.

Assim, ao analisar os fundamentos teórico-práticos dos médicos assistencialistas do HGF que orientam o exercício da docência no estágio curricular obrigatório de internato dos Cursos de Medicina percebemos que se relacionaram fortemente com aspectos das metodologias tradicionais, porém apontando para um novo olhar, buscando mesclar com as metodologias de ensino-aprendizagem mais recentes e inovadoras, que consideram a complexidade da dinâmica social e da interação humana. O processo de formação para a docência se mostra deficiente e, na maioria das vezes inexistente. Para tanto, é necessário que melhore a integração dos serviços com as instituições de ensino superior, concretizando parcerias mais estruturadas no sentido de oferta de vagas para cursos *stricto sensu*, devido o número baixo de mestres e doutores encontrados. Além disso, é importante a oferta periódica de cursos de formação permanente e continuada no nível de extensão e especialização e incentivos, inclusive financeiros, para a participação de congressos na área. De acordo com as percepções dos médicos assistencialistas sobre suas ações docentes é necessário um maior reconhecimento e estímulo a sua prática através da ampliação de vínculo institucional no HGF e de disponibilização e/ou aumento do tempo de dedicação às atividades de ensino. As diversas atividades exercidas (ambulatório, emergência, enfermagem, cirurgia, etc) comprometem seu desempenho didático e pedagógico, que ficaria relegada a uma atividade secundária, trazendo dificuldades no planejamento do que ensinar, como ensinar e como avaliar, sem falar do necessário estímulo a dedicação na produção de conhecimento (pesquisa), utilizando a inesgotável possibilidade oferecida pelos campos de prática.

Enquanto a Portaria 224-B/2015, de 29 de Julho, publicada Diário da República n.º 146/2015 prevê que o desempenho das funções de orientador de formação e de responsável de estágio é objeto apenas de valorização curricular e releva no âmbito de concursos de acesso a graus e categorias da carreira médica, o documento da Associação Brasileira

de Educação Médica(ABEM) publicado em 1982 sobre o Internato nas escolas médicas brasileiras já previa um “corpo clínico suficiente para os encargos assistenciais e motivado para as tarefas educacionais”.

Neste sentido, propomos tomar como referência para aprimoramento do papel do médico assistencialista do Internato Médico do HGF, a organização do regime de internato de Portugal que considera que o Orientador de Formação (OF) integra as funções de todos os médicos do SNS(Serviço Nacional de Saúde, sistema de cuidados de saúde de elevada qualidade-classificado como o 9.º melhor da Europa e 12.º melhor do Mundo- permitindo ao país atingir boas posições em diversos índices de saúde), incluindo parcerias público-privadas, de acordo com o disposto nos diplomas da Carreira Médica (artigos 11.º, 12.º e 13.º dos Decretos-lei n.º 176/2009 e 177/2009, de 4 de Agosto); o OF deve ter acesso a treino básico em educação/formação médica e treino adequado para exercer estas funções; OF deve ter tempo para a sua própria educação contínua e permanente; o OF deve ter estatuto de formador, com vantagens claras em qualquer concurso; os serviços devem receber incentivos por produção científica, por investigação, e por formação de internos.

Ao proporcionar e disponibilizar capacitação pedagógica aos preceptores médicos assistencialistas do HGF, as IES reafirmam seu compromisso com a saúde da população brasileira e responsabilidade social e estreitam os laços que envolvem educação, saúde e sociedade, rompendo com padrões tradicionais de ensino e passando a atuar como protagonistas de mudanças que viabilizam um ensino médico inovador, otimizando a formação de seus egressos no aspecto técnico, ético e social, tendo como beneficiário final a população.

Nesta pesquisa, foi importante considerar que os médicos assistencialistas são fundamentais na formação do médico egresso. Porém, é necessário que outros estudos investiguem mais detalhadamente as fragilidades e proposições para uma efetiva melhoria dos fundamentos e práticas no exercício da docência do estágio curricular obrigatório no internato dos cursos de medicina.

REFERÊNCIAS

- ÁCITO, C.S.V.P. de V. **Constituições Brasileiras**. Rio de Janeiro: Senado Federal, 1999.
- AIUB, M.; NEVES, L. Saúde: uma abordagem filosófica. **Cadernos do Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 11, n. 1. p. 94 -102, jan./mar. 2005.
- ALMEIDA, M.I. O ensino na universidade e os fundamentos da prática docente. **Revista Del CIDIU**, Bellaterra, v.5, n.2, 2012.

ALMEIDA, M.T.C.; BATISTA, N.A. Ser docente em métodos ativos de ensino/aprendizagem na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2011.

BARATA, L.R.B., MENDES J.D.V., BITTAR O.J.N.V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v.12, n.46, p.7-14, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Ed. 70, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Ed. 70, 2006. (Obra original publicada em 1977)

BATISTA N, BATISTA S.H. A docência em saúde: desafios e perspectivas. In: BATISTA N; BATISTA SH, (Orgs.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004, p.17-31.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev. Bras. Educ.Med.**, v. 30, n. 1, p.27-31, 2006.

BOLELLA, V. R., MACHADO, J.L.M. O Currículo por Competências e sua Relação com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Medicina. **Science in Health**, São Paulo, v.1, 2, p.126-142, maio/ago, 2010.

BOTTI SH, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev Bras Educ Méd.**, v.32, n. 3, p. 263-273, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Educação, 2014.

_____. **Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União 23 dez. 1996. Seção I.

_____. Ministérios da Educação e da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.400, de 2 de outubro de 2007**. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Diário Oficial da União 02 out 2007. Seção Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=751 >. Acesso em: 04 maio 2016.

. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Como funciona o programa mais médico: Mais Médicos para o Brasil. Mais saúde para você**. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos/5953-como-funciona-o-programa%3E>>. Acesso em: 05 abr.2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Portaria Normativa nº 2, de 1º de fevereiro de 2013**. Estabelece os procedimentos e o padrão decisório para os

pedidos de autorização dos cursos de graduação em medicina ofertados por Instituições de Educação Superior integrantes do Sistema Federal de Ensino, protocolados no Ministério da Educação até o dia 31 de janeiro de 2013. p. 22. Diário Oficial da União 04 fev 2013; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13_280-portaria-normativa-2-2013-seres-pdf&category_slug=junho-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 04 maio 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Portaria Normativa nº 3, de 1º de fevereiro de 2013**. Estabelece os procedimentos de aditamento de atos regulatórios para alteração no número de vagas de cursos de graduação de medicina ofertados por Instituição de Educação Superior, integrantes do Sistema Federal de Ensino, e dá outras providências. Diário Oficial da União 04 fev 2013; Seção I. p. 23. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13_281-portaria-normativa-3-2013-seres-pdf&category_slug=junho-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 04 maio 2016.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. **Portaria Normativa nº 13, de 09 de julho de 2013**. Estabelece os procedimentos para pré-seleção de município para a autorização de funcionamento de curso de medicina por instituição de educação superior privada, pré cedida de chamamento público, e para a celebração do termo de adesão ao chamamento público pelos gestores locais do SUS, a serem observados pela Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior - SERES. Diário Oficial da União 10 jul 2013; Seção I. p. 18. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13787-portaria-normativa-13-de-9-de-julho-de-2013-pdf&category_slug=agosto-2013-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 05 de maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 224-B/2015 de 29 de julho**. Aprova o novo regulamento do internato médico. Diário da República, 1.ª série, n. 146 - 29 de julho de 2015. Disponível em: <http://sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Agosto/Port_224B_2015.pdf>. Acesso em: 05 maio 2016.

. Tribunal de Contas da União. **Manual de Auditoria operacional**. Brasília: TCU, 2009. 185 p. -5

CALDER, Ritchie. **O Homem e a Medicina: Mil Anos de Trevas**. São Paulo: HEMUS. 1976.

CÂMARA, RH. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.6, n.2, p. 179-191, jul./dez, 2013.

CARDOSO, Aliana Anghinoni; DEL PINO, Mauro Augusto Burkert; DORNELES, Caroline Lacerda. Os saberes profissionais dos professores na perspectiva de Tardif e Gauthier: contribuições para o campo de pesquisa sobre os saberes docentes no Brasil. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9. 2012, Caxias do Sul, **Anais...** Caxias do Sul, 2012, p.1.

- CARVALHO, G. **Gastos de saúde no Brasil**. [s.n]. 2007. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/site/pesquisa_pesquisa_0_0.html>. Acesso em: 06 maio 2016.
- CAVALCANTE, R. B., CALIXTO, P., PINHEIRO, M.M.K. **Inf. & Soc.: Estudos**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014.
- CHAUÍ, M. de S. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Unesp, 2001.
- CHAVES, I.T.S., GROSSEMAN, S. O Internato Médico e Suas Perspectivas: Estudo de Caso com Educadores e Educandos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio Grande do Sul, v.5, n.2, 2006.
- CORRAL-MULATO, S.; BUENO, S. M. B. Significado da profissão e satisfação na opinião de docentes em enfermagem. **Arq. Ciênc. Saúde**, Umuarama, v. 17, n. 3, p. 171-174, set./dez. 2013.
- COSTA, N.M.; Formação pedagógica de professores de medicina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.
- CZERESNIA D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D, FREITAS CM, (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino - considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008.
- DESCARTES, René. **Discurso sobre o método: para bem dirigir a própria razão e procurar a verdade nas ciências**. 9. ed. Curitiba: Hemus, 2000. p. 136.
- ECO, U. **Idade Média: Bárbaros, cristãos e muçulmanos**. Lisboa: Dom Quixote. 2011. v.1
- FERREIRA, Luiz Otávio. Das doutrinas à experimentação: Rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. **Revista da SBHC**, n. 10, p. 43-52, 1993.
- FOUCAULT, M. **A política da saúde no século XVIII**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- FRANCO, Fabiano Malzac; MONTES, Marco Aurélio de Azambuja; SILVA, Adriano Rosa. Visão Discente do Papel da Preceptoria Médica na Formação dos Alunos de Medicina. **Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, v.6, n.2, p. 229-249, jun. 2013.
- FREITAS, Maria Aparecida de Oliveira; SEIFFERT, Otilia Maria Lúcia Barbosa. Formação docente e o ensino de Pós-Graduação em Saúde: uma experiência na UNIFESP. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 635-640, dez. 2007.

- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.
- FERRAZ, A. C. da C. **Constituição Federal Interpretada**. São Paulo: Manole, 2010.
- GAUTHIER, Clermont et al. **Por uma teoria da pedagogia: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente**. 2. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2006.
- GOMES, R.; BRINO, R.F.; AQUILANTE, A.G.; AVÓ, L.R.S. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p.444- 451, 2009.
- GONÇALVES, E. L. **Médicos e Ensino da Medicina no Brasil**. São Paulo: EDUSP, 2002.
- GOUVÊA, M. G. Contextualização e descrição de um paradigma da integralidade nos meios populares brasileiros. **Revista de Estudos da Religião**, São Paulo: UNESP, n. 3, p. 65-75, 2001.
- GONZE, G. G. **A Integralidade na formação dos Profissionais de Saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 158 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora -MG, 2009.
- JESUS, Josyane Cardoso Maciel de; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161, jun. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/02.pdf>> Acesso em: 01 abr 2016.
- LAMPERT J.B. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: HUCITEC, 2009.
- LEITE, R.F.; PELUCIO, R. G. **O professor reflexivo e sua mediação na prática pedagógica: formando sujeitos críticos**. 2010, 56f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) - Centro Universitário Salesiano de Lorena, Faculdade de Pedagogia, São Paulo, 2010.
- LIBÂNEO, J. C. **Organização e gestão escolar: teoria e prática**. 4. ed. Goiânia: Editora alternativa, 2001
- LOWY, Ilana; LUDWIK, Fleck e a presente história das ciências. **Hist. Cienc. Saúde- Man- guinhos**, v.1, n.1, p. 7-18, 1994. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a03v01n1.pdf>>. Acesso em 05 de maio 2016.
- MATTOS, RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.
- MARCONDES, E.; MASCARETTI, L. A. S. O internato na graduação médica. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. (Orgs.). **Educação médica**. São Paulo: Savier, 1998. p.149-66.

- MARQUES, J. **Descartes e sua concepção de homem**. São Paulo: Loyola, 1993.
- MÉDICI, A.C. **Crise econômica e políticas sociais: o caso da saúde no Brasil**. 1988. 398 f. (Mestrado em Economia) - Instituto de Economia da UNICAMP, Campinas, SP, 1988.
- MÉDICI, A. C. Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro. **Rev. Ass. Med. Brasil**, São Paulo, v. 47, n.2, p. 1491-56, 2001.
- MÉDICI, André Cezar. Saúde e crise da modernidade (caminhos, fronteiras e horizontes). **Saúde Soc. USP**, São Paulo, v. 1, n. 2, 1992.
- MELLO, C. A. B. **Conteúdo Jurídico do Princípio de Igualdade**. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- MISSAKA, H. **A prática pedagógica dos preceptores do internato em emergência e medicina intensiva de um serviço público não universitário**. 2010. 76p. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310, set. 2011 .
- MORÁN, José. **Convergências Midiáticas, Educação e Cidadania: aproximações jovens**. v. 2, Ponta Grossa: PROEX/UEPG, 2015.
- NORCINI, J.J. **Workshops in Assessment Held at Jordan University of Science and Technology (JUST)**, Jordânia, 2008.
- NUNES, Jose Mauro Gonçalves. **Fundamentos de Psicologia Linguagem e Cognição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- OLIVEIRA, H.B.; MORO, L.S.; SANTOS, P.P.; SILVA, W.R. A formação pedagógica de professores na pós graduação stricto sensu: os casos UFU e UFMG. **Poíesis Pedagógica**, v.9, n.2 ago./dez. 2012, p.03-19.
- OLIVEIRA, D.C., Análise de Conteúdo TemáticoCategorial: Uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out/dez. 2008.
- OLIVEIRA, L. H. Exemplo de cálculo de ranking médio para likert. notas de aula. Metodologia científica e técnicas de pesquisa em administração. 2005, 115f. Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Organizacional) Faculdade Cenecista de Varginha, Varginha, MG, 2005.
- PINHEIRO S.A., et al. Em busca do orientador de formação ideal. **Acta Med Port** v. 28, n. 4, p.486-493. Jul./ago. 2015.

PINTO, Helder. A Medicina no “Discurso do Método” de Descartes: Um Breve Apontamento. **Arquivos de Medicina**, Lisboa, v. 23, n. 1, 2009.

PINTO, S.G.; ROSADO, D.G. Motivação docente: reflexões acerca de sua importância no processo de ensino-aprendizagem. **FIEP BULLETIN**, v.82, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net>>. Acesso em; 02 abr. 2016.

RANIERI, N.B.S. **Autonomia Universitária**. São Paulo: EDUSP, 1994.

RIBEIRO, Victoria Brant (org.). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF, 2011.

RIBEIRO VMB et al. Formação de professores e preceptores no contexto de inovações curriculares. **Rev. Docência Ens. Sup.**, v. 5, n. 2, p. 57-77, out. 2015.

RIOS, I.C.; SCHRAIBER, L.B. A relação professor-aluno em medicina - um estudo sobre o encontro pedagógico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 308-316, Set. 2012.

ROCHA, Hulda Cristina; RIBEIRO, Victoria Brant. Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 343-350, Set. 2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SAVIANI, DEMEVAL. **Escola e democracia**. 35. ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

SILVA, E M. A.; ARAÚJO, C. M. Reflexão em Paulo Freire: uma contribuição para a formação continuada de professores. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 5, 2005, Recife, **Anais...** Recife, set. 2005.

SILVA, A.H.; FOSSÁ M.I.T. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Campina Grande, PB: UEPB, v.17, n.1, 2015.

SILVEIRA, A.J.T. As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense - 1889-1928. **Rev. bras. Hist.** São Paulo, v.22, n.43 p.229-233, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882002000100012> Acesso em:04 abr. 2016.

SKARE T.L. Metodologia do ensino na preceptoria da residência médica. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.4, n.2, p. 116-120, abr./jun. 2012.

STEINERT, Y; NAISMITH, Laura; MANN, Karen. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide n°. 19. **Medical Teacher**, v.34, n.6, p.483-503, 2012.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. **Interface - Saúde, Educ, Comunic**, v.10, n.19, p.61-76, jan./jun. 2006.

VASCONCELLOS, C. S. **Planejamento: plano de ensino-aprendizagem e projeto educativo**. São Paulo: Libertad, 1995.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZOLLNER, A.R., SOUSA, E.G. **O que são hospitais com potencial para ensino ?** Brasília: CNRM, 2014.

CAPÍTULO 6

**MATRIZ DE COMPETÊNCIAS ESTRUTURADA
NA PERCEPÇÃO DE MÉDICOS PRECEPTORES
E RESIDENTES PARA A RESIDÊNCIA MÉDICA
EM CLÍNICA MÉDICA EM HOSPITAL PÚBLICO
ESTADUAL**

*COMPETENCY MATRIX STRUCTURED IN THE
PERCEPTION OF PRECEPTOR AND RESIDENT DOCTORS
FOR MEDICAL RESIDENCE IN A MEDICAL CLINIC IN A
STATE PUBLIC HOSPITAL*

Sandra Lúcia Michiles Santos
Gláucia Posso Lima

RESUMO

A Clínica Médica é uma especialidade que aplica os conhecimentos médicos desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, atuando no diagnóstico e tratamento de afecções e agravos à saúde de adultos e idosos. Ao concluir a residência em Clínica Médica, o especialista clínico ou internista desempenha suas atividades profissionais amplamente nos mais variados setores da saúde na sociedade. Assim, a implantação de uma matriz de competências como currículo para orientar a aprendizagem na residência médica em Clínica Médica, propiciando a efetivação de um ensino de qualidade, é de vital importância para a saúde da população e o atendimento aos usuários do SUS. Objetivou-se analisar a percepção de médicos preceptores e residentes sobre as matrizes de competências para a residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual e os desafios para a sua implantação. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, do tipo estudo de caso, de abordagem qualitativa e quantitativa, realizado em um hospital público estadual de Fortaleza-Ceará, com participação de 10 preceptores e 11 residentes médicos. A coleta de dados ocorreu a partir de um questionário estruturado no *Google Forms* e entrevista individual com cada um dos participantes da pesquisa. A análise de dados ocorreu a partir da estatística simples descritiva e por meio do *Software Iramuteq*. Os resultados contemplaram os seguintes aspectos: perfil dos médicos preceptores e residentes; atribuição de valor das competências pelos médicos preceptores e residentes; percepção dos médicos preceptores e residentes sobre as competências; e as sugestões dos participantes da pesquisa em relação às matrizes propostas. Tanto os textos dos médicos preceptores quanto dos residentes foram classificados, divididos e analisados. Ao final, em posse dos resultados, foi desenvolvido um produto técnico com recomendações para a implantação de uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica no hospital investigado. São necessários estudos posteriores quanto à implementação da matriz de competências, seus impactos, seus pontos de melhoria, sendo avaliada e reavaliada ciclicamente, com olhar investigativo e ação para melhoria da prática, como se propõe, por exemplo, a pesquisa-ação.

Palavras-chave: Residência médica. Clínica Médica. Preceptoria. Currículo

ABSTRACT

The Medical Clinic is a specialty that applies medical knowledge from health promotion and disease prevention, acting in the diagnosis and treatment of diseases and health problems of adults and the elderly. Upon completing the residency in Medical Clinic, the clinical specialist or internist performs his professional activities widely in the most varied sectors of health in society. Thus, the implementation of a matrix of competencies as a curriculum to guide learning in medical residency in Clinical Medicine, providing the effectiveness of quality teaching, is of vital importance for the health of the population and the care of SUS users. The objective of this study was to analyze the perception of preceptors and residents about the matrices of competencies for medical residency in a Medical Clinic in a state public hospital and the challenges for its implementation. This is an exploratory descriptive study, case study, qualitative and quantitative approach, conducted in a state

public hospital in Fortaleza-Ceará, with the participation of 10 preceptors and 11 medical residents. Data collection occurred from a structured questionnaire in Google Forms and individual interview with each of the participants in the survey. Data analysis occurred from simple descriptive statistics and through Iramuteq Software. The results covered the following aspects: the profile of preceptors and residents; the attribution of value of skills by preceptors and residents; the perception of skills by preceptors and residents; suggestions of the research participants in relation to the proposed matrices. Both the texts of the preceptors and the residents were classified, divided and analyzed. At the end, in possession of the results, a technical product was developed with recommendations for the implementation of a competency matrix applicable to medical residency in Medical Clinic in the investigated hospital. Further studies are needed regarding the implementation of the competence matrix, its impacts, its points of improvement, being evaluated and reevaluated cyclically, with an investigative look and action to improve practice, as proposed, for example, action research.

Keywords: Hospital Residence. Medical Clinic. Preceptorship. Curriculum.

1 INTRODUÇÃO

“A prática da medicina é arte baseada em ciência”. (William Osler)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), são 14 as profissões consideradas da área da saúde e, entre elas, está a medicina, que é o foco deste estudo. A medicina é exercida desde tempos remotos, com vasta significação e atuação. Desde que se entende a medicina como a união entre o conhecimento e a arte, a partir do século V a.C., houve a transformação da medicina empírica e mágica em medicina técnica e iniciou-se, no mundo conhecido, um movimento de escolas voltadas ao ensino médico profissional, como as gregas, itálico-sicilianas e helenísticas (ENTRALGO, 1978).

No começo do século XIX, o ensino médico foi iniciado no Brasil quando da fundação das escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, e posteriormente, do Rio Grande do Sul. A partir do século XX, gradualmente foram sendo fundadas outras instituições de ensino médico no país, com especial aceleração dos processos de aberturas de novas escolas a partir da segunda metade deste mesmo século, conforme o virtual aumento da população nacional e a evolução dos conhecimentos médico-científicos. Entretanto, mesmo com o crescimento acelerado, constatou-se que parte dos cursos médicos não contemplam

qualificação docente ou campo de prática adequado, comprometendo a formação médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

No Brasil, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (BRASIL, 1996), as instituições de Ensino Superior, públicas e privadas, são as responsáveis em ministrar a educação de nível superior. O ensino da medicina possui peculiaridades pedagógicas que devem ser consideradas, e professores que se sentem educadores são apenas instrutores na tarefa de formar profissionais médicos que objetivam restaurar a saúde em seus conceitos mais abrangentes (MIRANDA- SÁ JR., 2013).

A Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196 declara:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 109).

Esta Constituição delega ao Sistema Único de Saúde (SUS) ordenar a formação dos profissionais da área da saúde. A residência médica, anteriormente criada pelo Decreto nº 80.281/1977 (BRASIL, 1977), é uma modalidade de pós- graduação considerada “padrão-ouro” da especialização médica pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2008). O mesmo Decreto criou também a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) para o acompanhamento dos processos referentes a esta especialização, sendo reconhecidos como residência médica apenas os programas credenciados por esta Comissão.

O referido Decreto caracteriza os orientadores dos programas de residência médica como “profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1977, p. 1). Apesar de bem conhecida a figura do preceptor nos programas de residência médica, o seu papel permanece controverso, conforme a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM, 2013), tanto na literatura quanto na legislação (BOTTI; REGO, 2011). Assim, o preceptor foi designado pela CNRM simplesmente como o especialista médico que integra o corpo docente de uma instituição (BRASIL, 2013a).

Segundo a ABEM (2011), a história da residência médica no Brasil tem sido dividida em dois tempos. O primeiro, de 1947-48 a 1977-78, quando surgiram os primeiros programas e as tentativas de regulamentá-los; e o segundo, de 1977-78 a 2007-08, época do Decreto nº 80.281/1977 e de sua institucionalização. Duas associações tiveram importância neste momento: a Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), refletindo sobre o ensino médico da graduação e culminando com a residência; e a ABEM que desde 1974 vem propiciando discussões e deliberações que, na época, culminaram na citada institucionalização da residência médica (ABEM, 2011).

Em julho de 1993, o Conselho Federal de Medicina (CFM) oficializa a Clínica Médica como especialidade reconhecida legalmente, assim como credenciou a Sociedade Brasileira de Clínica Médica, criada em 1989 como entidade médica e científica com características comuns às demais sociedades (LOPES, 2015). No Brasil, o CFM, criado em 1951, é um órgão constitucional de fiscalização e normatização da prática médica, exercido localmente pelos Conselhos Regionais de Medicina (CRM). Ao longo dos anos, o CFM vem ampliando suas atribuições e exercendo um papel político na sociedade, em defesa da saúde da população e da classe médica. O CFM resolve sobre a normatização de funcionamento dos Serviços Hospitalares e pelo dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho, baseado nos princípios da prática médica.

No cenário mundial, os programas de residências médicas também estão preocupados com a formação nos variados cenários de prática por onde as especialidades atuam onde os estágios ocorrem. Num dos cenários mais instigantes que é o da emergência, por exemplo, alguns estudos como os de Sant'Ana (2016) e Flato (2011) estão sendo realizados neste sentido. Eles visam à melhoria da qualidade e segurança dos pacientes atendidos em situações de emergências, levando-se em conta inclusive as percepções dos próprios residentes (TRIVEDI *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), no mundo atual globalizado e conectado, vive-se um aumento contínuo das ameaças à saúde tanto em diversidade como em complexidade. Assim, tem incentivado e orientado o aprendizado contínuo dos profissionais e o preparo em situações de agravo à saúde para salvar vidas, minimizar o sofrimento e as perdas socioeconômicas dos países, daí decorrentes.

A Clínica Médica, também denominada Medicina Interna, é uma especialidade que aplica os conhecimentos médicos desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, atuando no diagnóstico e tratamento de afecções e agravos à saúde de adultos e idosos (FMUSP, 2021; UFSCAR, 2020). Ao concluir a residência em Clínica Médica, o especialista clínico ou internista desempenha suas atividades profissionais nos mais variados setores da saúde na sociedade (HOSPITAL SÍRIO- LIBANÊS, 2019). Também, a partir daí poderá dar seguimento às especialidades que requerem residência prévia em Clínica Médica (BRASIL, 2006b).

No Ceará, o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) é o maior hospital público da rede estadual, referência em procedimentos de alta complexidade, e também a maior Emergência do estado. O HGF é certificado por portaria interministerial dos Ministérios da Saúde e

da Educação como hospital de ensino é um dos maiores centros de treinamento do país, atuando na formação de médicos em diversas especialidades, além de outros profissionais da área da saúde na Residência Multiprofissional (HGF, 2015).

Em 2019, o HGF foi selecionado para integrar o Projeto *Lean* nas Emergências. É um projeto do Ministério da Saúde, em parceria com o hospital paulista Sírio-Libanês, que visa promover melhorias no atendimento hospitalar de urgência e emergência dos usuários do SUS. O objetivo do projeto no HGF é estruturar o serviço, capacitar os profissionais e implantar protocolos clínicos, a fim de alcançar mais rapidamente a qualidade da assistência aos usuários (HGF, 2019). O cenário de urgência e emergência é parte obrigatória para residência em Clínica Médica, devendo contabilizar 15% da carga horária total em cada ano desse programa (HGF, 2020).

A cada ano, o HGF recebe médicos para cumprirem o programa de residência em Clínica Médica. Atualmente, são oferecidas 16 vagas anuais nessa modalidade, com acesso direto por concurso e duração de dois anos. A organização da residência médica do estado do Ceará está subordinada à Comissão de Residência Médica (COREME) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), em cada instituição, estando de acordo com o Programa de Residência Médica da CNRM e Ministério da Educação.

A CNRM determina que cada programa de residência médica possua de 80 a 90% de sua carga horária em treinamento em serviço e de 10 a 20% em atividades teóricas (BRASIL, 2006b). Entretanto, ainda não se tem clareza do modelo a ser seguido pelos residentes e preceptores do HGF no programa de residência em Clínica Médica. Ao contrário, apesar da dedicação dos envolvidos na ação contínua de ensinar e aprender, o que é percebido no dia a dia são o ensino e a aprendizagem desenvolvidos de forma aleatória, subjetiva e também improvisados, na ausência de um projeto de estágio implantado (PONTE *et al.*, 2018).

Urge, portanto, a implantação de uma matriz de competências voltada para a residência médica em Clínica Médica do HGF, setor vital para a saúde da população, a fim de oportunizar a efetivação de um ensino de qualidade para melhor atender os usuários do SUS. A possibilidade de avaliação para a implantação de uma matriz de competências para que o programa de residência médica capacite adequadamente os residentes aperfeiçoará a assistência à saúde nas diversas situações, como entende a legislação brasileira (BRASIL, 2021a) e é claramente apontado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Assim, o objeto de estudo desta dissertação foi a matriz de competências para a residência médica em Clínica Médica do HGF. Conceitua-se posteriormente o tema

escolhido, pois, segundo Minayo (2009), o conceito delimita o tema do estudo, e que ao se formular um objeto de estudo seja conceituado cada termo que o compõe.

Conceitos são termos repletos de sentido nos quais os significados teóricos são acrescidos de realidades, posicionamentos e história (MINAYO, 2009).

A justificativa pessoal deste objeto de estudo se deu pelo fato de a pesquisadora ser médica preceptora da residência médica em Clínica Médica no HGF. Sou¹ médica, concursada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), e desde 2008 minha função, além de prestar assistência aos usuários do SUS, é exercida na preceptoria da residência médica no serviço de Clínica Médica e setor de Emergências Clínicas do HGF. Em adição, durante os anos de 2020 e 2021, exerci o cargo de supervisora do programa de residência em Clínica Médica do HGF pela ESP- CE, em caráter temporário e sem vínculo empregatício, nesse prazo de vinte e quatro meses.

Em minha experiência, atuando nesses anos ininterruptamente na formação de médicos em cenários de prática vivencio diariamente a expectativa do inusitado. Há incertezas diante da imprevisibilidade de cada situação a cada momento, em uma rede de relações em que vidas dependem de diversos fatores, inclusive do cuidado que direciono. Oriento médicos em circunstâncias reais, relacionando aprendizagens anteriores com os novos conhecimentos e experiências, atenta ao meu papel na construção de profissionais voltados para a totalidade dos indivíduos. Numa realidade, como afirma Almeida (2012, p. 74): “o ensino realizado em contextos sociais historicamente determinados e permeados, portanto, por circunstâncias que exigem compreensões e respostas especiais”.

Desde o início deste exercício de preceptoria, perguntas povoavam minhas reflexões: o quê, como, em que momento ensinar em um ambiente muitas vezes surpreendentemente insalubre? Como efetivamente contribuir para a qualificação da prática médica? Qual a repercussão do ensino na formação dos médicos e conseqüentemente na assistência, e como poderia melhorar? Esses questionamentos ocorrem somente a mim?

O preceptor médico tem função assistencial e docente, ensinando em cenário de prática, no ambiente real de trabalho. O desafio do ser preceptor é de educar para o cuidado, tendo em vista a integralidade da assistência à saúde, a autonomia do residente e o desenvolvimento de competências profissionais para o serviço ao SUS (CECCIM *et al.*, 2018). Em 2005, a legislação brasileira criou o corpo Zabalza (2015) discute os conteúdos para uma formação ampla e enriquecedora formulando perguntas similares quando indaga sobre quais conteúdos devem ser ministrados e que domínios da atuação e desenvolvimento dos

¹ docente-assistencial nas residências e conceituou cada ator, incluindo o preceptor (BRASIL, 2005).

indivíduos devem se referir na formação ofertada. Em seguida, afirma que deve haver necessariamente a formação do conhecimento e das habilidades para o exercício da vida profissional. Mas que, no entanto, há indubitavelmente a necessidade de experiências e aprendizagens para o desenvolvimento pessoal e social.

Conclui Zabalza (2015), então, com dimensões que podem ajudar a melhorar a oferta de uma formação redundantemente formativa. Primeiramente, o desenvolvimento pessoal, melhorando as próprias capacidades e tornando o sujeito mais seguro, com maior autoestima e satisfação pessoal. Em segundo lugar, novos conhecimentos acadêmicos e profissionais para tornar-se mais competente. Terceiro, novas habilidades aprimorando a capacidade de intervir e fazer melhor. Em quarto, atitudes e valores com referência a si mesmo, aos outros, ao mundo do trabalho, à ética profissional e à vida em geral. Aí se desenvolve a capacidade crítica, a autonomia, a tomada de decisão e responsabilidade, amadurecendo a independência intelectual. Finalmente, enriquecimento experiencial, envolvendo o sujeito por inteiro: corpo, mente, habilidades, emoções, afetos e outros (ZABALZA, 2015).

Meu intento fundamental nessa dissertação foi reorganizar uma matriz de competências que se aplique à orientação do ensino dos médicos que cumprem o programa de residência médica em Clínica Médica no HGF, a partir das matrizes tomadas como referências do estudo, assim como da percepção de médicos preceptores e residentes do referido programa e que atuam neste cenário de prática especificamente.

Posteriormente, este estudo poderá facilitar a implantação da matriz de competências, assim como sua implementação, avaliação e análise no público e cenário da pesquisa. Entende-se que grande parte da aprendizagem médica é baseada em serviços e a sua eficácia dependerá do contexto dentro do cenário real de prática (THE ROYAL COLLEGE OF ANAESTHETISTS, 2010).

A justificativa científica foi que, apesar da relevância para a especialização médica e consequente qualificação para o sistema de saúde, até o momento, inexistia uma matriz de competências aplicada ao programa de residência médica em Clínica Médica no HGF, aqui no estado do Ceará. O Ministério da Educação dispôs uma matriz de competências para o programa de residência médica em Clínica Médica, aprovada pela CNRM (BRASIL, 2021a) e aplicável aos programas que iniciem em 2022. Essa matriz tem a finalidade de designar a capacitação ao final de cada ano da residência em Clínica Médica. No entanto, não está definido um plano para a efetivação dessas competências.

Alguns estudos nacionais propõem o desenvolvimento e construção de um currículo por competências em programas de residência médica nos hospitais de referência. Há

exemplos de manuais guias de competências objetivando a orientação para os programas de residência em Clínica Médica a serem cumpridos, como os desenvolvidos pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP, 2020) e pelo Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar-SP).

Manuais bem elaborados podem orientar médicos residentes e preceptores das instituições em programas de especializações, como a exemplo, no exterior, o guia do Reino Unido para o treinamento em anestesiologia (THE ROYAL COLLEGE OF ANAESTHETISTS, 2010). Nesta mesma especialidade, no Ceará, foi proposto um currículo baseado em competências para implantação na residência de um hospital universitário. Além de conhecimentos e habilidades específicas do programa de residência médica, o desenvolvimento de atitudes é considerado fundamental, o núcleo do currículo, ao mesmo tempo um desafio, e o diferencial de um profissional de anestesiologia (FERNANDES *et al.*, 2012).

No HGF, em 2018, Ponte *et al.* (2018) publicaram uma matriz elaborada para que as competências desenvolvidas intuitivamente na residência médica estivessem organizadas racionalmente, permitindo sua avaliação, validação e uma contínua construção do ensino-aprendizagem, tendendo ao aprimoramento deste processo. O referido estudo foi realizado por médicos preceptores do serviço de Clínica Médica do HGF, dos quais alguns também ainda exercem a preceptoria dos residentes médicos nesse hospital.

Quanto à justificativa política, a Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a) institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde na qual incentiva a especialização médica por meio da residência em áreas alcançadas pelo SUS. Como explica Albuquerque (2015, p. 10):

O SUS tem como sustentáculo princípios e diretrizes, descritos em seu arcabouço legal, que se constituem de forma inequívoca na base para a sua construção e, conseqüentemente, operacionalização. Portanto, tem regras, tem legitimidade, ou seja, o SUS representa uma expressão política, jurídica e organizacional, enquanto política de Estado para a saúde, e não de governo.

No Ceará, os programas de residência médica e multiprofissional mantidos pela SESA, passaram a ser vinculadas à ESP-CE, criada em 1993 por necessidades do sistema de saúde em processo de mudanças. A ESP-CE coordena os programas de residência do estado do Ceará e promove, por meio dos profissionais de saúde- residentes e preceptores, a saúde, extensão, educação permanente, formação e qualificação política e pedagógica. Assim, se justifica politicamente este estudo.

Pedagogicamente, a justificativa desta pesquisa está inserida no Eixo Central do Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (CMEPES) que se estrutura na área de

Formação e Desenvolvimento Docente da Universidade Estadual do Ceará (UECE, 2011). Neste sentido, a pesquisa está direcionada à linha de Gestão do Ensino da Saúde na qual são abordadas as políticas nacionais de Educação na Saúde, enfatizando os processos formativos nos serviços.

A relevância desta dissertação pode vir a ser para os médicos preceptores e residentes, quanto para gestores e no ensino da medicina no HGF uma proposta de discussão da formação pedagógica para a residência médica, podendo se estender para a rede estadual do ensino médico no Ceará. Poderá colaborar, também, caso seja implantado, para uma melhor qualificação dos profissionais médicos no atendimento aos usuários do sistema de saúde. A residência médica tende a desenvolver e aprofundar conhecimentos, habilidades e atitudes, competências específicas para a qualidade da prestação de cuidados à saúde da população (ABEM, 2013).

O exercício da profissão é técnico com referência na fundamentação teórica (PIMENTA; LIMA, 2017). Tem-se tido, ao longo dos anos, a preocupação por parte da supervisão da residência médica do HGF aperfeiçoar metodologias de ensino para receber em suas dependências os estágios, conforme disposições estabelecidas pela CNRM, pelo regimento interno da COREME-HGF e pelas chefias dos serviços.

Porém, mesmo com a importância da residência médica para a saúde, o contexto do ensino e aprendizagem durante este estágio é pouco estudado (PONTE *et al.*, 2018). Assim, pesquisas sobre este tema são necessárias para melhor entendimento, avaliação e proposta metodológica para esta fundamental e necessária modalidade de pós-graduação médica.

A partir do que foi exposto, formulou-se a questão guia da ação investigativa: será possível reorganizar uma matriz de competências que seja aplicável ao programa de residência médica em Clínica Médica do HGF?

Com base na pergunta principal, surgiram as questões a seguir. Quais as obras bibliográficas que fundamentam a estruturação de matriz de competências para o programa de residência médica em Clínica Médica? O que os suportes legais nacionais definem sobre a matriz curricular para o programa de residência médica em Clínica Médica? Como os sujeitos da pesquisa percebem o processo de ensino e aprendizagem em Clínica Médica? Qual o desenho de uma matriz que se aplique à formação das competências esperadas do egresso da residência em Clínica Médica? Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se diversos estudos existentes na literatura para alicerçar a temática desenvolvida. Segundo Cerro, Bervian e Silva (2007, p. 61), a pesquisa bibliográfica “constitui o procedi-

mento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do estado da arte

sobre determinado tema”.

Também, foram pesquisados nos sítios oficiais documentos para embasamento relativo à matriz de competências para a residência médica em Clínica Médica, vigente na legislação nacional. A pesquisa documental, de acordo com Vergara (2016), pode ser realizada em documentos de órgãos públicos e privados ou mesmo pessoas para dar base à escrita. A definição da matriz de competências designada para a residência médica é de responsabilidade dos órgãos oficiais, representados pela CNRM (BRASIL, 2011).

Como pressuposto, sustentado apenas na experiência empírica da autora, conjecturou-se que para preceptores e residentes médicos o processo de ensino e aprendizagem para competências médicas na residência em Clínica Médica do HGF, objeto deste estudo, é feito de forma improvisada e aleatória, dada à imprevisibilidade do cenário de prática da residência médica e da insuficiente orientação de prática docente, não possuindo um esboço curricular implementado.

Com o intuito de responder às perguntas elaboradas, realizou-se uma pesquisa descritiva, exploratória, qualitativa e quantitativa, e utilizou-se para a coleta de dados, o questionário e a entrevista. Houve, também, pesquisa bibliográfica em literatura nacional e internacional, e na legislação brasileira sobre o tema. Os participantes dessa pesquisa foram médicos preceptores e residentes do programa de residência médica em Clínica Médica do HGF².

As referências principais para o objeto de estudo são: Botti e Rego (2011), Brasil (2019), Pimenta e Lima (2017), Trivedi *et al.* (2020), SESA (2020a), Brasil (2021), HGF (2020) e Ponte *et al.* (2018).

Finalizada esta introdução, será apresentado em seguida os objetivos de estudo e a revisão de literatura que trata dos tópicos: preceptoria médica, residência médica e competências médicas. Serão apresentados os estudos relacionados e, após, descrita a metodologia da pesquisa.

2 OBJETIVOS

“A medicina é aprendida à beira do leito e não nos anfiteatros.”

(William Osler)

2.1 Objetivo geral

Estruturar uma matriz de competências com base na percepção de médicos preceptores e residentes para a residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual e os desafios para a sua implantação.

1.1 Objetivos específicos

- a) Analisar a matriz de competências da Comissão Nacional de Residência Médica e a elaborada no Hospital Geral de Fortaleza para a residência médica em Clínica Médica, no intuito da integração do conteúdo à matriz a ser proposta;
- b) Identificar o perfil profissional dos médicos preceptores e residentes da Clínica Médica;
- c) Averiguar a percepção dos médicos preceptores e residentes sobre as competências para a formação de especialistas na área de residência médica em Clínica Médica;
- d) Recomendar a implantação de uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

“[...] dá lugar ao médico, pois ele foi criado por Deus; que ele não te deixe, pois sua arte te é necessária.”

(Eclesiástico 38,12)

A proposta deste tópico é apresentar uma revisão de literatura a respeito do objeto de estudo desta pesquisa. Segundo Vergara (2016), a revisão de literatura oferece contexto e consistência à pesquisa para que se conheça o que existe sobre o assunto tratado. Isto permite maior clareza na pesquisa, tornando o trabalho mais direcionado em seus objetivos.

Realizou-se uma busca nos sítios dos governos federal e estadual, do CFM, biblioteca virtual do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, OMS, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e PubMed. Foram utilizados os termos: preceptoria médica, residência médica e competências médicas. O período de seleção dos estudos foi a partir da última década, quando se estruturaram oficialmente as matrizes de competências para as residências médicas (BRASIL, 2018).

Os critérios utilizados foram: estudos nacionais e internacionais, completos, relacionados à formação na residência médica. Foram selecionados os de relevância para o objeto de estudo os da última década, época da estruturação das matrizes de competências para as residências médicas que culminou com a Resolução CNRM nº 14/2021 (BRASIL, 2021a), e analisados pontualmente.

3.1 Formação médica

A OMS (1948 *apud* SCLIAR, 2007, p. 37) conceituou a saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Entretanto, contemporaneamente, a saúde ganha significado amplificado, tendo conceito dependente de valores individuais e fatores sociais, econômicos, científicos, religiosos, filosóficos, políticos e culturais, a depender da época e do lugar (SCLIAR, 2007).

Historicamente, saúde é uma preocupação da humanidade desde tempos primitivos, e que vem sendo ressignificada ao longo das eras. Em épocas muito remotas a medicina era uma atividade social livre, mas que mesmo assim os pretendentes a este ofício eram escolhidos e treinados por aqueles que a exerciam com destreza (BOTTI; REGO, 2008). Entretanto, a partir do século VI a.C., começaram a surgir várias escolas médicas nas quais os alunos desde jovens eram educados em teoria e prática clínica por seus mestres (ENTRALGO, 1978).

Na época, por volta de 500 a.C., escolas gregas foram se organizando em torno de uma medicina baseada na fisiologia, destacando-se nomes como Alcmeão e Hipócrates. Daí, surge o primeiro documento, escrito por Alcmeão de Crotona, no qual afirma que a saúde está sustentada pelo equilíbrio das forças físicas e consiste na combinação proporcional dessa mistura de potências (ENTRALGO, 1978), tornando-se um marco na atividade do médico exercida como técnica.

A medicina é a profissão exercida por médicos que detêm a função de diagnosticar enfermidades e tratar os enfermos, sendo de sua responsabilidade todas as ações a isto atreladas. É ofício de teor científico e humanitário, “uma abstração que só existe realmente porque se materializa na atividade profissional dos médicos, sem a qual não há medicina” (MIRANDASÁ JR., 2013, p. 15-16).

Em 1910, desencadeou-se uma série de estudos norteados pelo relatório Flexner que acarretou grandes reformas na educação dos profissionais de saúde ao integrar ciência e ensino contribuindo para o aumento expressivo na expectativa de vida da população durante o século XX. Entretanto, no século atual, persistem falhas profundas em saúde tanto

dentro de limites territoriais quanto entre os países (FRENK *et al.*, 2010). Destacam-se as lacunas de compartilhamento equitativo dos avanços na saúde, ao mesmo tempo em que se multiplicam os desafios em saúde nos dias atuais.

Novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, em uma época de rápidas transições demográficas e epidemiológicas, ameaçam a segurança da saúde de todos. Sistemas de saúde em todo o mundo estão lutando para acompanhar, à medida que se tornam mais complexos e caros, colocando demandas adicionais sobre os trabalhadores de saúde (FRENK *et al.*, 2010, p. 2, tradução nossa).

Frenk *et al.* (2010) definiu três gerações de reforma no desenvolvimento do ensino dos profissionais de saúde, a partir do século XX (Figura 1). Isso sem, no entanto, implicar em uma cronologia sucessiva, pois na realidade há um entrelaçamento complexo dos padrões. No início do século passado, a primeira geração tinha um currículo baseado na ciência. Em seguida, na segunda geração, houve mudanças no ensino baseado em problemas. Finalmente, a terceira geração que deve basear-se em sistemas, orientado por competências.

Constatou-se que as instituições profissionais no mundo mesclam padrões dessas gerações de reformas, tendo mesmo em alguns países a paralisação do ensino na primeira geração, estagnados e incapacitados e até resistentes às mudanças. Outra constatação no trabalho é que nenhum país pareceu apresentar suas instituições inteiramente inseridas na terceira geração (FRENK *et al.*, 2010).

Figura 1 - Três gerações de reforma

1900	Baseada em ciência	Baseada em problema	Baseada em sistemas	2000+
Instrucional	Currículo científico	Aprendizagem baseada em problema	Guiado por competência: local-global	
Institucional	Baseado na universidade	Centros acadêmicos	Sistemas de educação em saúde	

Fonte: Adaptação de Frenk *et al.* (2010).

No Brasil, não diferente do resto do mundo, a educação dos profissionais de saúde permanece desafiadora. Ao mesmo tempo em que avançam conhecimento e tecnologias, aumentam a demanda por profissionais capacitados para que atendam às necessidades de saúde da população (BOLLELA; MACHADO, 2010). No início deste século, o Ministério da Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estabelecidas pela Câmara

de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição.

O Ministério da Saúde, Através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), de forma articulada com a Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, tem mobilizado esforços para demonstrar claramente suas necessidades e expectativas, ao mesmo tempo em que disponibiliza vários recursos de apoio e suporte para os cursos de graduação da saúde, tais como: as Diretrizes Curriculares Nacionais, Pró-Saúde, PET Saúde, Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), Residência Multiprofissional, Pró Residência, etc. Desta forma estimula e provoca os cursos da área da saúde a repensar suas práticas de ensino e assistenciais na busca de currículos e modelos pedagógicos adequados à formação de um profissional de saúde de alto nível, capacitado em atender às necessidades da sociedade no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BOLLELA; MACHADO, 2010).

No curso de medicina também predomina ainda o modelo educacional centrado no médico e na prática hospitalar. Apresenta-se, na maioria das vezes, resistente às mudanças no ensino médico, principalmente no internato, período final da formação na graduação médica e espaço privilegiado de aprendizagem profissional (BOLLELA; MACHADO, 2010). Segundo os autores, as DCN para os Cursos de graduação em Medicina foram instituídas na intenção de formar um profissional com perfil atualizado e baseado em competências.

Posterior à graduação médica, há a opção pelo médico de cursar a residência médica, modalidade de pós-graduação “padrão-ouro” da especialização médica considerada pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2008). O ensino para a especialização médica é realizado pela categoria denominada preceptoria médica, tema a ser tratado a seguir.

3.2 Preceptoria médica

Segundo Frenk *et al.* (2010), a educação profissional em saúde não tem acompanhado os desafios da evolução humana em escala global devido à fragmentação, desatualização e permanência de currículos produzindo graduados malformados. Isso acarreta incompatibilidade de competências para atender às necessidades da população, para o trabalho em equipe, perpetuando a visão estreita do cuidado e seguimento assistencial, orientação hospitalar ao invés de cuidados primários, produção de lideranças fracas e desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho.

A figura do profissional mais experiente orientando o aprendiz da medicina é constante na história da educação médica (BOTTI; REGO, 2008). A preceptoria médica foi caracterizada pela primeira vez, a partir do Decreto federal de 1977 (BRASIL, 1977), no qual afirmava que o preceptor deve ser um médico de alta qualidade ética e profissional. Recentemente, a CNRM designou o preceptor apenas como médico especialista que compõe o corpo clínico de uma instituição (BRASIL, 2013a).

Para Botti e Rego (2011), apesar de a preceptoria médica ser conhecida e reconhecida, e imprescindível para a existência de um programa de residência médica, sua função continua controversa. Os papéis do preceptor médico são diversos e por vezes complexos de serem definidos e praticados. Não há requisitos definidos ou preparação indicada para exercer a preceptoria, havendo certo despreparo pedagógico e de capacitação para o seu exercício (CARVALHO FILHO *et al.*, 2020).

A OMS tem mostrado preocupação com o treinamento em situações de emergência em saúde no mundo. Em 2018, foi lançada uma estratégia para orientar o aprendizado e treinamento e garantir um trabalho de excelência em emergências da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), no relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI de 1996, reconhece que para ensinar não é suficiente ter uma boa qualificação profissional, mas são necessárias ferramentas de apoio para um bom desenvolvimento da aprendizagem. A capacitação do preceptor como educador é fundamental para o processo educativo global do aprendiz (DELORS, 1998).

Delors (1998), no relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, alerta para quatro pilares da educação na vida, na concepção da educação como um todo. Primeiro, aprender a conhecer, de uma cultura mais vasta para aprofundar, aprendendo a aprender ao longo da vida. Segundo, aprender a fazer, qualificando para situações da vida e o trabalho em equipe. O terceiro pilar refere-se a aprender a viver, respeitando valores, compreendendo e percebendo as interdependências. E, por fim, aprender a ser, amadurecendo a personalidade com autonomia, discernimento e responsabilidade.

Nessa perspectiva, o preceptor médico tem o papel de, além de provocar e desenvolver conhecimentos e habilidades técnicas nos residentes, estimular o pensamento crítico facilitando o questionamento de valores pelos residentes. Afirma Zabalza (2015) que para se desenvolver e potencializar conhecimentos em um estágio profissional as competências devem ser guiadas, sendo a atuação do orientador do estágio mais de um guia do que de um modelo. Ao contrário de impor suas próprias crenças e valores, o preceptor tem a missão de guiar, mostrar o caminho para o médico aprendiz (ABEM, 2013).

O ensino médico tem passado, na atualidade, por mudanças, sobretudo na forma de interação preceptor/residente, transformando o processo de ensino-aprendizagem da forma passiva para ativa, centrado no residente, objetivando desenvolver competências que tornem este profissional capaz de alcançar os anseios da sociedade atual (ABEM, 2013, p. 62).

Até 2022, o programa de residência médica em Clínica Médica do HGF detém 18 preceptores médicos que exercem ao mesmo tempo função assistencial. Ademais, uns acumulam concomitantemente cargos de supervisão ou chefia. Apesar de originalmente o médico do hospital ser servidor público, com o passar dos anos e a ausência de concursos públicos, a maioria do corpo clínico dos preceptores da Clínica Médica trabalha por cooperativas médicas possuidoras de vínculo contratual com a SESA.

Os preceptores médicos do programa de residência médica em Clínica Médica do HGF têm formação básica em Clínica Médica e especialização nesta ou em outras áreas que contemplam base na Clínica Médica. A função de preceptor é fomentada na formação complementar do terceiro ano de residência em Clínica Médica, onde o residente deve ser treinado em competências com ênfase na comunicação (HGF, 2020).

3.4 Residência médica

A partir do século XIX, na Europa, a medicina passou a se organizar, unindo práticas médicas em bases comuns (WEISZ, 2006). Médicos orientavam outros médicos, tendo o novo sistema de educação médica uma formação generalista. Entretanto, os médicos foram se especializando e instruindo pequenos grupos, passando a se diferenciar por especialidades.

Em 2020, no Canadá, Trivedi *et al.* (2020) publicaram um estudo avaliando a percepção dos médicos residentes de Medicina de Emergência sobre os treinamentos em qualidade e segurança dos pacientes em cenário de prática. O trabalho canadense refere que os programas deste tipo de treinamento têm modificado a prestação do cuidado em saúde, reduzindo eventos adversos evitáveis, particularmente no ambiente de emergência, sujeito a altos riscos de erros. A conclusão do estudo é que os médicos residentes têm interesse na formação neste tema, porém percebem o acesso inadequado à educação e orientação no programa (TRIVEDI *et al.*, 2020).

No Brasil, a residência médica criada pelo Decreto nº 80.281/1977 (BRASIL, 1977), quando cumprida numa especialidade em instituição credenciada pela CNRM, certifica o médico residente ao final do programa como especialista. A residência médica é considerada como alto padrão da especialização (BRASIL, 2013a) tendo sido alvo de modificações durante os anos de acordo com a legislação e as ações pedagógicas (SESA, 2020b, p. 1) “As residências em saúde constituem uma modalidade de ensino de Pós-graduação *lato sensu* (especialização), que busca promover a educação em saúde e a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

O tempo de treinamento em serviço para a capacitação do médico residente é de 2.880 horas por ano nos serviços que fazem parte dos campos de prática da especialidade escolhida. A Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que regulamenta a residência médica, entre outras disposições, limita a carga horária das atividades do médico residente em 60 horas semanais, podendo constar plantão de até 24 horas por semana, com direito a um dia de folga e 30 dias consecutivos de férias (BRASIL, 1981). Mais recentemente, na Resolução nº 1, de 16 de junho de 2011 foi assegurado pela CNRM o repouso de seis horas consecutivas após plantão noturno de 12 horas (BRASIL, 2011), alterada por nova resolução, em 2013, com a seguinte redação: “O descanso obrigatório terá início, logo após o residente plantonista transferir a outro profissional médico, de igual competência, a responsabilidade pela continuidade da assistência médica” (BRASIL, 2013b, p. 1).

No Ceará, o preenchimento de vagas para a residência médica de acesso direto, isto é, programas para graduados que não necessitam de especialização prévia, é feito através de Processo de Seleção Unificado para Residência Médica do Estado do Ceará. Nos programas vinculados à ESP-CE o treinamento dos médicos residentes é realizado nas instituições da rede da SESA-CE, “sob supervisão de profissionais vinculados aos serviços e possuidores de reconhecida competência técnica e ética aos quais denominamos preceptores” (SESA, 2020b, p. 1).

Durante o processo formativo da residência, o graduado em medicina desenvolve um treinamento em serviço, composto por 2.880 horas anuais em uma determinada especialidade, previamente, escolhida e, progressivamente, adquire competências para exercício profissional qualificado (SESA, 2020, p. 1).

O Hospital Geral de Fortaleza (HGF) é um dos maiores centros formadores do Brasil, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital de ensino médico e multiprofissional, estando inserido na Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde - REBRATS, na Rede Nacional de Pesquisas Clínicas - RNPC e na Rede Universitária de Telemedicina - RUTE (HGF, 2015).

O HGF é o hospital com maior número de programas de residência médica do estado do Ceará, também estando credenciado para programas de residência uni e multiprofissional. Conforme dados da Sessão de Ensino, Aperfeiçoamento e Pesquisa (SEAP) do HGF, em 2021, são 37 programas de residência médica credenciados, das 59 especialidades médicas reconhecidas no Brasil pela Resolução nº 2.221, de 23 de novembro de 2018 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

São ofertadas 131 vagas para residentes do primeiro ano (R1), também 131 para os de segundo ano (R2), 78 vagas para residentes de terceiro ano (R3), 18 para residentes de

quarto ano e, finalmente, 2 vagas para residentes do quinto ano, estas últimas exclusivas do programa de residência médica em neurocirurgia.

No HGF, o serviço de Clínica Médica, com gestão na Ala E do hospital, local onde se instala a enfermaria da Clínica Médica, recebe anualmente 16 médicos para iniciarem o programa de residência médica em Clínica Médica. O serviço recebe, também, residentes de outras especialidades como neurologia e infectologia para cumprirem parte obrigatória e necessária para a progressão de seus programas de residência específicos. Ademais, está aberto a receber residentes vindos de outras instituições e especialidades para incrementarem suas experiências no serviço de Clínica Médica do HGF.

medicina no praticante independente, ao longo do contínuo processo de educação médica. Trata-se de um período física, emocional e intelectualmente exigente, que requer esforço longitudinal e concentrado por parte do residente.

A educação em uma especialidade médica, para a prática de forma independente, necessariamente **ocorre no contexto do sistema de prestação de cuidados de saúde**³. Desenvolver os conhecimentos, habilidades e atitudes que levem à proficiência em todos os domínios de competência clínica requerem do médico residente assumir responsabilidade direta para com o cuidado de pacientes. A atividade essencial da aprendizagem é a interação com os pacientes, sob a orientação e supervisão que valorize, contextualize e dê significado a essas interações (HGF, 2020, p. 3).

O projeto pedagógico, normativa para abertura e manutenção do programa de residência médica no Brasil (BRASIL, 2006; BRASIL, 2022), existe na Clínica Médica do HGF como um manual compilado, ao longo dos anos, pelos médicos que exerceram a função de supervisores, e prevê a formação em serviço dos residentes, distribuída em dois anos com opcional do terceiro ano de residência médica em Clínica Médica. Esse projeto criou forma incorporando as rotinas do programa de residência médica em Clínica Médica em vários serviços, conforme a legislação vigente e a proposta institucional do HGF contemporaneamente, e vem sendo atualizado periodicamente conforme as necessidades locais ou legais (HGF, 2020). A pesquisadora, inclusive, participou há alguns anos na composição das orientações relativas ao campo de prática na emergência do HGF.

Todavia, cabem considerações sobre o que significa um projeto pedagógico, ou melhor o projeto político pedagógico em sua definição e objetivos. Por ser a identidade de uma escola, no caso, de uma instituição formadora, deve manter-se atualizado em relação às práticas educativas e a evolução da ciência e das tecnologias, promovendo o desenvolvimento, diminuindo as desigualdades, suprimindo as demandas da comunidade (SESA, 2020).

Assim, o projeto é um plano de ações que serão executadas em um tempo. É político por ser da instituição formadora que orienta cidadãos conscientes, críticos e compromissados para atuarem na promoção da sociedade, e pedagógico pelas metodologias utilizadas

nesse processo de ensino e aprendizagem (SOUSA, 2014). O projeto pedagógico deve ter seus objetivos orientados pela matriz de competências nele contida, a qual ordena as competências que o residente deverá alcançar, nas dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes, ao final do programa (BRASIL, 2022).

O Programa diferenciado para a formação do Residente em Clínica Médica tem como objetivo humanizar as práticas de saúde e habilitação em gestão em saúde em todos os níveis do Sistema Único de Saúde, com objetivo de buscar a excelência no cuidado bem como desenvolvimento de formação de lideranças.

Desenhamos um modelo para poder ampliar a compreensão do processo saúde-doença, a valorizar da dimensão subjetiva e social do adoecimento de cada indivíduo e promover um trabalho em equipe (HGF, 2020, p. 3-4).

Conforme o projeto pedagógico do HGF, o médico residente do primeiro ano deve cumprir o mínimo de 20% da carga horária anual em enfermaria de Clínica Médica geral e mais 20% em enfermaria de especialidades. Deve fazer ambulatório de clínica geral e em unidade básica de saúde por, no mínimo, 20% da carga horária anual; 15% em urgência e emergência e 5% em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O médico residente do segundo ano deve cumprir o mínimo de 20% da carga horária anual em enfermaria de Clínica Médica geral; 30% em ambulatório de clínica geral e em unidade básica de saúde e 10% em ambulatório de clínicas especializadas. Na urgência e emergência devem cumprir o mínimo de 15% da carga horária anual e 5% em UTI. São estágios obrigatórios para os residentes de Clínica Médica de segundo ano do HGF: cardiologia, gastroenterologia, nefrologia e pneumologia. Os estágios opcionais são: dermatologia, radiologia e diagnóstico por imagem, endocrinologia, geriatria, hematologia e hemoterapia, infectologia, neurologia, reumatologia, ou outros a critério da Instituição.

Adicionalmente, para os médicos residentes de terceiro ano, devem ser cumpridos oito meses em unidade de internação na enfermaria de Clínica Médica e, um mês no serviço de urgência e emergência. Há 2 meses em estágios eletivos aprovados pela COREME-HGF, à escolha do residente. Todavia, não se entrará em detalhes sobre o terceiro ano da residência médica em Clínica Médica por não fazer parte do grupo de médicos residentes desta pesquisa que está focada nos dois anos regulares do programa. Todos os médicos residentes do primeiro, segundo e terceiro anos estão submetidos à programação teórica definida pelos campos de prática onde estejam inseridos.

Os serviços clínicos para o rodízio distribuídos nos 24 meses, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Serviços clínicos para o rodízio

Espaço de atuação	R1	R2
Clínica Médica HGF	3 meses	2 meses
Cardiologia (HM)	-	1 mês
Emergência HGF	1 mês	1 mês
Emergência Cardiológica (HM)	1 mês	-
Endocrinologia	-	1 mês
Gastrenterologia	1 mês	-
Hematologia	1 mês	-
Infectologia (HSJ)	-	1 mês
Nefrologia	1 mês	-
Neurologia	1 mês	-
Pneumologia (HM)	1 mês	-
Reumatologia	-	1 mês
UTI Respiratória (HM)	-	1 mês
UTI Geral	1 mês	1 mês
Cuidados Paliativos	-	1 mês
Eletivo	-	1 mês
Férias	1 mês	1 mês
<p>Plantões no Time de Resposta Rápida (TRR) clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Um máximo de 12 horas de plantão no TRR Clínico (carga horária semanal de 60 horas). - Folga pós-plantão de 6 horas quando plantão noturno, que deve ser realizada após o cumprimento das tarefas específicas de cada rodízio de especialidades, finalizadas as funções médicas do Residente. - Composição das escalas de plantão evitando conflito com outras atividades obrigatórias. - Folga de 24 horas de descanso semanal. 		

Fonte: HGF (2020).

O projeto pedagógico da Clínica Médica do HGF define que o objetivo da formação do médico residente seja de um profissional reflexivo e autônomo (HGF, 2020). Para isso, descreve as competências profissionais que precisam ser alcançadas durante os dois anos regulares da residência. As competências médicas serão discutidas a seguir.

3.5 Competências médicas

De acordo com Ceccim *et al.* (2018, p. 137):

O ensino na saúde no Brasil vem passando por mudanças significativas ao longo dos trinta anos do SUS, especialmente no que concerne a necessidade de formar profissionais que possam atender a saúde do indivíduo, da família e comunidade, com base na integralidade da atenção. Pensar na formação em saúde sob uma nova perspectiva, com metodologias de ensino que coloquem o estudante como sujeito participante de sua formação, trabalhe de forma interdisciplinar e multiprofissional e desenvolva competências, habilidades e atitudes para o trabalho em saúde, remetemos a pensar um currículo que comporte elementos inovadores.

Dessa forma, o currículo por competências passa a ser a proposta que melhor atende às expectativas dessa formação.

Ponte *et al.* (2018) concentrando esforços e cuidado nas competências a serem desenvolvidas pelos residentes médicos do HGF construíram um currículo por competências para a residência de Clínica Médica. A preocupação é nitidamente como formar adequadamente o médico residente para a prática autônoma do exercício profissional, de acordo com as necessidades do paciente e da sociedade.

E há diferença entre processo educativo e técnico, pois enquanto o instrumental ou técnico é quantificável, a práxis ou ação moral se refere ao projeto de vida (GHEDIN; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2015). Na conclusão deste trabalho de Ponte *et al.* (2018), a residência médica entendida como um processo educacional é mais que um treinamento em serviço, mas uma construção de competências capaz de realizar o trabalho complexo do exercício profissional.

Uma matriz de competências para a residência médica é uma ferramenta que poderá orientar o ensino e a aprendizagem nos seus diversos níveis. Desde as gestões educacional e administrativa, médicos preceptores e residentes, permitirá a elevação das competências desenvolvidas intuitivamente para uma mensurável qualificação da formação médica (PONTE *et al.*, 2018).

Conforme o projeto pedagógico da Clínica Médica do HGF há competências a serem esperadas do profissional médico egresso, como as mencionadas a seguir. Cuidados ao paciente; aprendizado na prática (desempenho prático e gestão de conhecimentos, avaliação de resultado, medicina baseada em evidências, informática médica, educação em saúde, planejamento e gestão do cuidado, segurança do paciente, situações de risco de vida, e custos do cuidado em saúde). Estrategicamente, além do treinamento em serviço, as aulas teóricas, os seminários, cursos, discussão de artigos científicos, e inclusão em linhas de pesquisas médico-científicas compõem o eixo da formação para desenvolver as habilidades reflexivas e de autonomia para aprimorar o profissionalismo do médico clínico (HGF, 2020).

Para Ghedin, Oliveira e Almeida (2015, p. 78-79), “mais do que dizer que um currículo é bom ou não é preciso que se tenha claro seus defeitos, suas limitações, seus dilemas tidos como importantes, suas limitações refletidas, dificuldades autênticas e significativas”. E como processo, a construção de uma matriz de competências que contempla um currículo pode ser vista como um processo e não um fim, passível de modificações contínuas para o seu aperfeiçoamento de acordo com suas necessidades e características próprias de onde foi gerada (GHEDIN; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2015).

Após esta revisão de literatura, percebeu-se a necessária busca de estudos relativos ao tema e objeto desta pesquisa. A investigação será apresentada a seguir.

3.6 Construção das competências

Ao longo do tempo, tem sido permanente a preocupação com a formação dos indivíduos que irão cuidar da saúde da população. Em tempos remotos, o treinamento profissional era orientado por um experiente, onde os discípulos aprendiam as habilidades no convívio com os mestres. Na história da educação médica, igualmente, o treinamento profissional vem sendo fornecido por médicos experientes. No Brasil, da época da Colônia, também médicos gabaritados eram acompanhados pelos seus aprendizes que, por sua vez, tornavam-se com o tempo os novos mestres. O ensino tendia à redundância prática, sem relevo teórico (BOTTI; REGO, 2008).

Desde então, esses profissionais médicos mais experientes e que exercem formação médica, entre outras denominações, são chamados de preceptores. Em um artigo, Botti e Rego (2008) analisaram nas literaturas nacional (incluindo documentos oficiais) e internacional os significados de denominações daqueles que são responsáveis pela formação dos que cuidam da saúde das pessoas. Na análise constatou-se que a palavra preceptor pode significar uma diversidade de funções relativas à educação médica tanto na graduação e em pós-graduação, como na residência médica.

Para Ponte *et al.* (2018) o termo preceptor refere-se ao profissional não acadêmico de importância para inserir o residente no ambiente de trabalho que é mutável e exige um profissional adaptável. O papel do preceptor é aumentar a proximidade entre teoria e prática, comprometido com as competências a serem desenvolvidas, facilitando o desenvolvimento de habilidades práticas baseadas no conhecimento.

A legislação brasileira se refere à residência médica como modalidade de pós-graduação com atividades realizadas em serviços de saúde sob a orientação de médicos altamente qualificados. Ao final do programa de residência é conferida, então, ao concluinte a certifi-

cação de médico especialista (BRASIL, 1981). Assim, as competências deverão ser desenvolvidas durante a residência médica para que sejam atingidos os objetivos da especialização, e que estes estejam de acordo com os preconizados (FMUSP, 2020). Para tanto, a aprendizagem será de qualidade quando se oferecem experiências fortes e ricas (ZABALZA, 2015), isto é, quando são profundas e significativas na vida pessoal e profissional dos futuros especialistas.

Para Zabalza (2015), o estágio profissional é uma experiência multidimensional, onde se entrecruzam variáveis propiciando inúmeras aprendizagens. O cenário da prática profissional em situação real proporciona aprendizados múltiplos para os sujeitos envolvidos. A residência médica, considerada estágio profissional por excelência, este aprendizado comum ocorre nos médicos residentes em seus vários níveis de individualidade.

É importante que eles se envolvam mais intensamente, colocando em jogo mais dimensões e capacidades (emoções, saberes, habilidades, modos de relação), visando a parte prática, relacionando-se com outras pessoas (em alguns casos, sujeitos com características muito especiais), enfim, vivendo seu estágio. Em última instância, trata-se de um contexto especialmente propício para aprender e desfrutar seu conteúdo (ZABALZA, 2015, p. 246).

Levando-se em conta a análise e discussão na tese de doutorado de Botti (2009) sobre o papel do preceptor em relação à formação dos residentes médicos, corrobora-se e assume-se nesta pesquisa a orientação do desenvolvimento clínico na residência médica por competências. Apesar do aprendizado médico tradicional baseado na aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas, o processo de ensino e aprendizagem na residência médica é valorizado pelas atitudes ativas do médico aprendiz.

O preceptor assume vários papéis [...] Ele planeja, controla, guia; estimula o raciocínio e a postura ativa; analisa o desempenho; aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal; observa e avalia o residente executando suas atividades; atua na formação moral. Grande é a importância do preceptor como educador, oferecendo, ao aprendiz, ambientes que lhe permitam construir e reconstruir conhecimentos [...]. Assume papel do docente-clínico, um profissional que domina a prática clínica e os aspectos educacionais relacionados a ela, transformando-a em ambiente e momento educacionais propícios. O residente aprende de diversas formas e a residência, além do ensino de um corpo de conhecimentos e de habilidades, compreende também a aquisição de atributos relacionais, posturas e atitudes que definem o profissionalismo médico. A residência deve ser um momento da formação que abarca o desenvolvimento de atributos técnicos e relacionais, no qual preceptor e residente façam, de sua ação diária como médicos, educador e aprendiz, um processo educacional (BOTTI, 2009, p. 2).

No âmbito da formação médica atual utiliza-se a aprendizagem por competências. Não há uma definição exclusiva para todos os domínios para as competências da prática médica profissional. No entanto, se pode afirmar que a competência profissional envolve conhecimento médico, raciocínio clínico, aprendizagem prática e aperfeiçoamen-

to, comunicação adequada, profissionalismo, trabalho em equipe e em sistemas de saúde (EPSTEIN; HUNDERT, 2002).

Assim, as competências médicas por Epstein e Hundert (2002) consistem em utilizar com bom senso a comunicação, o conhecimento, o raciocínio clínico, as habilidades técnicas, emoções, valores e reflexão da prática para o bem do indivíduo e da comunidade envolvida no cuidado. As bases dessas competências se desenvolvem em três pilares: conhecimento científico, habilidades clínicas e desenvolvimento moral.

Sales (2018) cita essas competências nas sete dimensões, descritas a seguir. Cognitiva: conhecimento científico e capacidade interpretativa e de análise no exercício da medicina, além de identificação de falhas no conhecimento e busca de informações. Técnica: habilidades de exame físico e procedimentos médicos. Relacional: relacionamentos com pacientes, familiares e equipe, habilidades de comunicação e resolução de conflitos. Afetiva: postura íntegra, sensível, respeitosa, com valores morais e éticos. Integrativa: julgamento clínico, aliando o conhecimento médico, para a tomada de decisão. Contextual: integração à realidade local, com base em evidências, recursos e sistema de saúde. Hábitos da mente: autoconhecimento, autoavaliação, reflexão sobre suas práticas, emoções, pensamentos, na busca de aperfeiçoamento e na manutenção da curiosidade crítica.

O programa de residência médica em Clínica Médica do HGF possui, originalmente, um projeto pedagógico, revisado periodicamente conforme a necessidade, a evolução e as mudanças no serviço de Clínica Médica ao longo dos anos. O projeto pedagógico afirma que para desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes o médico residente deve assumir o cuidado com o paciente sob orientação para que o capacitarão nos “domínios de competência clínica” (HGF, 2020, p. 3).

O mesmo projeto estabelece que a residência médica em Clínica Médica deve promover competências gerais, destacando a comunicação como competência recomendada pela OMS. Propõe, com base em citações internacionais, que as competências sejam adquiridas nos cuidados ao paciente e aprendizado na prática. Dessa aprendizagem na prática, cita e descreve os tópicos das competências a serem alcançadas ao final da residência: melhoria de sistemas gestão do conhecimento análise e avaliação dos resultados, medicina baseada em evidências, informática médica educação em saúde, planejamento e gestão do cuidado, segurança do paciente, atuar em situações de risco de vida, custos do cuidado em saúde (HGF, 2020).

Em seguida, o projeto mostra estratégias utilizadas no treinamento em serviço para desenvolver habilidades reflexivas, autonomia e profissionalismo. Enumera o programa

básico teórico, os procedimentos a serem executados e os cenários de aprendizagem. Finalmente, define a:

[...] avaliação como fator modificador mais potente dos processos de educação. Para implantar as competências é preciso conhecer individualmente cada residente e os conceitos de avaliação somativa, formativa e diagnóstica e planejar a avaliação quanto aos seus objetivos e compatibilidade com as estratégias de ensino (HGF, 2020, p. 17).

O projeto pedagógico da residência médica de Clínica Médica do HGF existiu como um manual descritivo das rotinas de funcionamento do programa neste serviço do hospital ao longo dos anos. Até que, em 2018, Ponte *et al.* (2018) publicaram e validaram no serviço de Clínica Médica do HGF uma matriz de competências descrevendo a formação e avaliação das competências esperadas do residente em Clínica Médica. Partiu-se do princípio que o processo formativo baseia-se em desenvolver de forma integrada os conhecimentos e habilidades, sendo adquiridas atitudes para o complexo desempenho profissional. Como previa o Projeto Pedagógico da Clínica Médica do HGF, recentemente revisado:

Sendo assim, o Serviço de Clínica Médica busca pautar sempre nossas ações precipuamente na dedicação e compromisso inarredáveis com o paciente; no estímulo ao trabalho multidisciplinar, respeito mútuo entre os profissionais das mais diversas áreas; na transmissão de valores éticos e morais para a formação de médicos de caráter firme e correto e na capacitação dos Residentes (HGF, 2020, p. 4).

A referida matriz, que tomou como base a matriz de competências para o internato médico de Valdes Bollela (BOLLELA; MACHADO, 2010), foi proposta como instrumento de orientação nos processos de ensino e aprendizagem, devendo servir finalmente à gestão educacional, preceptores, residentes e diretoria clínica. A pergunta norteadora do estudo referenciado acima foi: “qual o perfil do clínico médico que o serviço público necessita?” (PONTE *et al.*, 2018, p. 7), e teve como cenário da pesquisa o serviço de Clínica Médica do HGF.

Após as etapas propostas para o seu desenvolvimento, foi aprovada pelos preceptores, autores do trabalho, a matriz de competências que se afirmou ser a base para aprimorar a formação que resulta no perfil do médico egresso do programa de residência em Clínica Médica do HGF. O médico formado pelo programa poderia demonstrar o perfil de excelência, a partir da definição das competências (PONTE *et al.*, 2018).

A despeito de todo esse trabalho realizado no HGF para a construção da matriz de competências do programa de residência médica em Clínica Médica do hospital, não houve um processo de implantação no serviço. Com a estagnação de ações para a inauguração da matriz no HGF e sua conseqüente implementação, não houve como os próprios autores

avaliarem a factibilidade, os métodos, o aprimoramento e a sua revalidação como almejado pelos próprios preceptores, autores do projeto (PONTE *et al.*, 2018).

Por fim, em julho de 2021, foi aprovada a matriz de competências do programa de residência médica em Clínica Médica, através da Resolução CNRM nº 14/2021, para os programas que iniciarem em 2022. A definição da matriz de competências para a formação de especialistas na residência médica é atributo legal da CNRM. No documento são apresentados: o objetivo geral, os objetivos específicos e as competências por ano de treinamento no programa que se dá por acesso direto e duração de dois anos.

3.7 Análise das matrizes de competências

Consoante as premissas acima apresentadas, foram analisadas as duas matrizes de competências para o programa de residência médica em Clínica Médica. A escolha das duas matrizes específicas é explicada a seguir.

A análise iniciou-se pelo estudo da matriz proposta previamente por Ponte *et al.* (2018) para o HGF pela cronologia da publicação e pela intenção de aplicação no cenário desta pesquisa. A referida matriz foi concebida pela necessidade de definição das competências para um perfil de excelência do médico egresso do programa de residência médica em Clínica Médica do HGF. A limitação de análise desta matriz é a não implantação e sua implementação, tornando impossível a avaliação, mas somente a análise documental e a tentativa do entendimento das hipóteses causais da não inserção efetiva da matriz no programa através da coleta de dados em campo.

Em seguida, foi analisada a matriz de competências aprovada através da Resolução CNRM nº 14/2021, para os programas que se iniciarem em 2022 (BRASIL, 2021a). Essa matriz é a primeira definida para aplicação nos programas de residência médica em Clínica Médica do país. A análise foi documental e com a limitação de não estar implantada nos programas de residência médica pela temporalidade de início, havendo apenas a impressão do advir na residência médica em Clínica Médica do HGF através da percepção dos médicos preceptores e residentes do programa.

Para Ghedin, Oliveira e Almeida (2015) os processos de formação recentemente desenvolvidos não têm modificado pensamentos, sentimentos e ações de forma permanente. Apesar de não haver causa única para o que ocorre, aponta a não superação das tradições academicamente instituídas. Concorda que “currículo como processo em que este não é algo a ser seguido, mas testado, hipotetizado e comprovado e construído na prática” (GHEDIN; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2015, p. 80).

3.6.1 Matriz de competências proposta no HGF

A matriz proposta por Ponte *et al.* (2018) derivou-se de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado por um dos médicos residentes concludentes do terceiro ano do programa de Clínica Médica do HGF. O cenário do estudo foi o serviço de Clínica Médica do HGF, e os demais autores eram médicos preceptores da residência médica de Clínica Médica. Os autores realizaram uma revisão bibliográfica não sistemática na base de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual da Saúde utilizando descritores em inglês e português com foco em: raciocínio clínico, habilidades e competências. A pergunta norteadora foi: “Qual o perfil do clínico médico que o serviço público necessita?” (PONTE *et al.*, 2018, p. 7).

As competências foram elaboradas pelos autores e a matriz base utilizada foi a de Bollela e Machado (2010) para o internato médico. Os autores optaram por essa matriz dada à unicidade, sem particularidades de especialidades, com competências gerais para os dois anos de internato, o que se adequaria aos dois anos de residência médica em Clínica Médica. Após a revisão bibliográfica e encontros dialogados, os autores foram divididos em três grupos (1, 2 e 3) para a análise das competências e reunidos posteriormente para a conclusão da matriz unificada.

Finalmente, a matriz proposta do HGF tem cinco domínios fundamentais: Atenção à Saúde e Conhecimento e Habilidades Médicas; Tomada de Decisões, Educação Permanente e Aprendizagem Baseada na Prática; Habilidades de Comunicação e Relacionamento interpessoal; Liderança, Gerenciamento e Administração e Prática baseada no respeito à ordenação do SUS; e Profissionalismo, este último discutido pelo grupo 3. Três subgrupos de preceptores analisaram separadamente a matriz, sendo os domínios divididos e reunificados numa lista única de competências. Em seguida, a matriz de competências final foi avaliada individualmente, corrigida, atualizada e concluída, sendo validada pelo grupo.

No trabalho, os três grupos compostos por médicos preceptores especialistas em Clínica Médica e o médico residente terceiranista formularam 16 competências médicas divididas em 110 detalhamentos, sugerindo os domínios de competências importantes para a residência médica. Não houve divisão entre as competências do médico residente de primeiro e de segundo ano, mas uma matriz de competências global para a formação do residente egresso, tendo em vista “reforçar o trabalho no contexto de competências a serem exercidas e evitar o foco em conteúdo” (PONTE *et al.*, 2018, p. 8). Há nos detalhamentos a enumeração dos conhecimentos, habilidades e atitudes nos escopos de cada grupo de competências.

O intuito da construção dessa matriz de competências foi formar um médico residente capaz de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes simulando o exercício profissional autônomo futuro. A matriz “descreve o objeto de formação e de avaliação, informando as competências e habilidades esperadas do residente em clínica médica” (PONTE *et al.*, 2018, p. 15).

Domínios como os elencados na atenção à saúde, conhecimento e habilidades médicas, aprendizagem baseada na prática, habilidades de comunicação, gerenciamento, administração, prática baseada no respeito à ordenação do SUS formaram o escopo das competências dos conhecimentos e habilidades propostas para a formação do médico residente de Clínica Médica do HGF. Notou-se na descrição da matriz o interesse e a ênfase nas competências de atitudes apontadas nos domínios de relacionamento interpessoal, liderança, profissionalismo, tomada de decisões e educação permanente.

Afirmou-se naquele trabalho que a matriz de competências apresentada como produto investia-se de importância para o HGF por ter sido amplamente discutida e construída entre os preceptores da Clínica Médica do hospital. A intenção do grupo foi lançar o primeiro passo para a qualificação da formação médica de forma ordenada e que contemplasse homogeneamente as competências de conhecimentos, habilidades e atitudes. Os verbos das ações utilizadas na matriz proposta por Ponte *et al.* (2018) estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Verbos das ações na matriz proposta por Ponte *et al.* (2018)

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
1. Atenção à Saúde e	Conhecimentos e	Habilidades Médicas
1.1 Obtenção de informações do paciente REALIZAR IDENTIFICAR REPORTAR REVISAR OBTER DOCUMENTAR MANTER	1.1 Demonstrar conhecimento e habilidades necessários ao cuidado do adulto, do idoso e da mulher COMPREENDER APLICAR RECONHECER DEMONSTRAR INTERPRETAR ELABORAR CONHECER MANTER PREENCHER	1.1 Plano terapêutico e de cuidados ELABORAR DEMONSTRAR ACONSELHAR EDUCAR RECONHECER OBTER COMPREENDER UTILIZAR MANTER
1.2 Análise da informação, indicação e interpretação de exames complementares e formulação de hipóteses e tomada de decisões AVALIAR FORMULAR INDICAR INTERPRETAR DISCUTIR RECONHECER TOMAR (decisão)	-	-
2. Tomada de decisões	Educação Permanente	Aprendizagem Baseada na Prática

<p>2.1 Capacidade de tomar decisões e prática da medicina baseada em evidências</p> <p>TOMAR UTILIZAR BUSCAR APLICAR RECONHECER REAVALIAR</p>	<p>2.1 Promover o próprio aprendizado e facilitar o aprendizado de outros profissionais de saúde no ambiente de trabalho</p> <p>RECONHECER IDENTIFICAR DESENVOLVER FACILITAR PARTICIPAR UTILIZAR</p>	<p>2.1 Analisar o próprio desempenho e as necessidades de aprendizagem</p> <p>IDENTIFICAR RECONHECER PROVER SOLICITAR BUSCAR ESTABELECER UTILIZAR CUIDAR</p>
<p>3. Habilidades de Comunicação</p>	<p>e Relacionamento</p>	<p>Interpessoal</p>
<p>3.1 Desenvolver e aperfeiçoar habilidades de comunicação verbal e não verbal efetiva na interação com pacientes, familiares e a comunidade</p> <p>CRIAR SUSTENTAR FACILITAR ADAPTAR REALIZAR UTILIZAR ESCLARECER PROVER DEMONSTRAR ESTIMULAR</p>	<p>3.1 Garantir a qualidade e a confidencialidade da informação</p> <p>MANTER</p>	<p>3.1 Informar más notícias e manejar situações sensíveis</p> <p>INFORMAR IDENTIFICAR MANEJAR</p>

Fonte: Adaptado pela autora.

Contudo, não é estabelecido um caminho para a implantação e seu processo de implementação no qual seria efetivado no programa de Clínica Médica a matriz validada em sua origem, incluindo a consequente avaliação de sua evolução. Ademais, a residência

médica possui cenários de aprendizagem diversos, distribuídos durante os anos de duração do programa: enfermagem de internação da clínica médica no HGF, ambulatórios gerais de clínica médica e de especialidades, emergência geral e cardiológica, serviços de especialidades médicas, UTI geral e de especialidades, serviços em hospitais de referência da rede SESA, unidades básicas de saúde, estágios eletivos, reuniões científicas, cursos vinculados (SEAP/HGF, ESP-CE).

O questionamento da análise dessa matriz de competências surge das reflexões sobre os mais de três anos passados de sua publicação e a estagnação de um projeto visionário e sumamente importante para a formação médica de excelência. A matriz de competências foi efetivamente divulgada? A quantidade de detalhamentos enumerados influenciou para a matriz não ter sido implantada? Houve apoio da gestão para a implantação da matriz? Qual (ou quais) os desafios mais impactantes na implantação da matriz proposta?

No intuito de responder aos questionamentos, esta pesquisa procedeu a coleta de dados através da aplicação de questionário e realização de entrevista com os médicos preceptores e residentes do programa de residência médica em Clínica Médica do HGF. Na coleta de dados em campo foram utilizados meios para a obtenção de elementos na tentativa de responder ao problema da pesquisa (VERGARA, 2016), tendo em vista as competências acima definidas. Os questionários e entrevistas também tiveram a finalidade de traçar um perfil profissional dos médicos preceptores e residentes de Clínica Médica e suas percepções sobre as competências a serem desenvolvidas na residência médica.

3.6.2 Resolução CNRM nº 14/2021

A CNRM, no uso de suas atribuições legais de definição da matriz de competências para a formação de especialistas na residência médica, aprovou a matriz devida ao Programa de Residência Médica em Clínica Médica, através da Resolução CNRM nº 14/2021, em 6 de julho de 2021 (BRASIL, 2021a). A matriz é aplicável aos programas iniciados a partir de 2022, permanecendo os programas de residência médica em Clínica Médica anteriores a esta resolução de acordo com a Resolução CNRM nº 02/2006. Para melhor análise da Resolução de 2021, segue-se uma descrição da Resolução anterior.

A Resolução CNRM nº 02/2006 previa no Programa de Residência Médica em Clínica Médica o acesso direto e a duração de dois anos de formação (BRASIL, 2006b), o que permanece na Resolução atual. A Resolução CNRM nº 02/2006 definiu a distribuição da carga horária entre treinamento em serviço e teórica, assim como a obrigatoriedade da

instituição de oferecer infraestrutura para o desenvolvimento dos programas de residência médica incluindo atendimento de urgência e emergência quando contemplado no programa.

O documento de 2006 também orientava que a avaliação do residente através de prova escrita, oral, prática ou por escalas de atitudes. Essas escalas são descritas como “comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME da Instituição” (BRASIL, 2006b). E deixava a critério da instituição, ao final do programa de residência, a monografia, apresentação ou publicação de trabalho científico. Afirmava, também, que a supervisão do médico residente fosse efetuada por docentes, certificados ou especialistas da área, ou possuidores de título superior ou qualificação equivalente julgado pela CNRM. Finalizava apresentando a distribuição de carga horária anual entre os diversos serviços e especialidades, discriminando os estágios obrigatórios e os opcionais para cada programa de residência médica.

Agora, a Resolução CNRM nº 14/2021 trouxe descrita por itens a matriz de competências aplicável aos programas de residência médica em Clínica Médica do país. O documento define o objetivo geral e os objetivos específicos e descreve as competências a serem alcançadas a cada ano de treinamento.

Como objetivo geral, a referida Resolução aponta capacitar o médico residente para executar o atendimento clínico individual e coletivo, e gerar vínculo interpessoal e identidade como membro do sistema de saúde. Deve realizar diagnóstico e tratamento de doenças nos diferentes cenários e níveis de atenção à saúde, intervir na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Deve desenvolver o conhecimento através do pensamento crítico, tornar-se autônomo, com capacidade de comunicação empática, ter compromisso com o paciente. Deve buscar manter a educação permanente em saúde, a competência com profissionalismo, compreender os determinantes sociais na geração da saúde e doença, além de exercer a liderança em equipes de saúde (BRASIL, 2021a).

Essa Resolução define dois objetivos específicos. O primeiro pretende capacitar o residente como especialista em toda a complexidade de agravos clínicos nos adultos. O segundo, capacitar o clínico para atender os pacientes com o propósito da recuperação física e mental e a prevenção de sequelas (BRASIL, 2021a).

A Resolução CNRM nº 14/2021 separa as competências para serem alcançadas ao final de cada ano do programa. São 46 as competências apontadas para a capacitação do primeiro ano do programa de residência médica em Clínica Médica. Para o final do segundo ano, são descritas 23 competências. Porém, as competências são grafadas para a capacitação do “Médico Residente de Medicina Intensiva” (BRASIL, 2021a, p. 455), o que não correspon-

deria à especialidade tratada na Resolução. Houve a probabilidade, pensada pela pesquisadora, de tratar-se de um erro gráfico da palavra “Intensiva” sendo, na realidade, “Interna”, pois a matriz de competências aprovada para o programa de residência médica em Medicina Intensiva difere em toda a sua publicação pela CNRM, na Resolução nº 5, de 17 de junho de 2021 (BRASIL, 2021b).

Quanto ao equívoco detectado de início, foi enviada mensagem eletrônica pela autora às autoridades competentes, no dia oito de fevereiro de 2022, através do endereço de e-mail: residenciamedica@mec.gov.br, notificando o erro e solicitando retificação. Enquanto isso, mantivemos o trabalho nas competências descritas para a capacitação do médico residente do primeiro ano do programa de Clínica Médica que é a base para o ingresso e desenvolvimento do residente de segundo ano. E seguiu-se aguardando resposta das autoridades à notificação.

Corretamente, as matrizes de competências aprovadas pela CNRM para o programa de residência médica em Clínica Médica encontram-se no sítio do Ministério da Educação no endereço eletrônico <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000-uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm> (BRASIL, 2018). Ao acessá-lo é possível encontrar os objetivos gerais e específicos e a descrição completa das competências esperadas do médico ao término do primeiro e do segundo ano do programa residência médica de Clínica Médica, na grafia correta. Totalizam 69 competências, divididas em 46 no primeiro ano e 23 no segundo ano (BRASIL, 2019).

O objetivo geral da Resolução CNRM nº 14/2021 contempla as competências de conhecimentos, habilidades e atitudes. No objetivo geral há diversidade de verbos e quantidade de ações a serem realizadas pelo residente médico. Nos objetivos específicos são contempladas as competências de conhecimento e habilidades.

Sobre as competências a serem alcançadas no primeiro ano do programa de residência médica em Clínica Médica nota-se a preocupação com conhecimentos e habilidades. Como exemplo, destacou-se o verbo “dominar”. Na descrição das 46 competências, há 62 verbos utilizados. Desses, por 25 vezes (40,32%) utiliza-se o verbo “dominar”.

No sentido empregado pela Resolução, o verbo dominar refere-se: à anamnese, ao exame clínico, à propedêutica clínica, aos conceitos, às técnicas, ao atendimento, ao manuseio, ao uso, ao manejo. Essas atividades remetem a competências de conhecimento e habilidades. Nas referências voltadas a competências de atitudes apenas seis vezes os verbos “participar”, “manter”, “valorizar”, “estabelecer” dos 62 (9,67%) aparecem. Os verbos das

ações utilizadas na matriz de competências aprovada pela CNRM nº 14/2021 estão descritas no Quadro 3.

No geral, a matriz para o primeiro ano programa de residência médica em Clínica Médica prioriza conhecimentos e habilidades na maior parte, já que o reservado para as atitudes contabiliza em torno de 10% das competências. Além disso, não se tem clareza de como construir essas competências ao longo da formação do médico residente. Por fim, não será possível uma avaliação dessa matriz de competências por esta não estar presentemente implantada e nem implementada, mas que se deverá fazê-lo em futuro próximo.

Quadro 3 - Verbos das ações na matriz da CNRM nº 14/2021

1º ano	2º ano
Ao final do primeiro ano	Ao final do segundo ano
DOMINAR AVA- LIAR INTERPRE- TAR COMPREEN- DER PARTICIPAR MANTER VALO- RIZAR REALI- ZAR ACOMPA- NHAR APLICAR OBTER ESTABE- LECER ANALISAR	DOMINAR AVALIAR COM- PREENDER APLI- CAR ANALISAR PARTICIPAR MA- NEJAR TOMAR (decisões) PRODUZIR

Fonte: Adaptado pela autora.

A matriz de competências nacional enumera cada conhecimento, habilidade e atitude própria para cada ano de residência e possui conteúdos distintos entre os dois anos. Dessa maneira, entendem-se competências somativas diante de seu detalhamento específico e temporal. Os detalhamentos descritivos focam nas competências para orientar conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas na formação do médico especialista.

Entretanto, surgem também reflexões e questionamentos sobre a matriz aprovada pela Resolução CNRM nº 14/2021, inclusive porque no HGF a matriz de composição local não chegou a ser implantada. Há conhecimento por parte dos médicos preceptores

e residentes do conteúdo da Resolução? A quantidade de detalhamentos enumerados influencia na implantação da matriz? Na percepção dos médicos preceptores, as competências médicas almejadas são contempladas? Qual (ou quais) os desafios mais impactantes na implantação da matriz?

Comparativamente, as matrizes de Ponte *et al.* (2018) e da CNRM nº 14/2021 apontam objetivos e competências a serem alcançados durante os dois anos do programa de residência médica em Clínica Médica de forma distinta. Ponte *et al.* (2018) enumera cinco grandes domínios divididos em 16 competências médicas, distribuindo 110 detalhamentos. São competências amplas, gerais, sem divisão por ano de programa de residência médica.

Diferentemente, em contrapartida, a matriz da CNRM nº 14/2021 especifica cada competência, listando 46 atributos a serem contemplados no primeiro ano do programa de residência médica em Clínica Médica e 23 no segundo. Não há grupos ou subdivisões, como na matriz de Ponte *et al.* (2018), e as ações utilizadas matriz da CNRM nº 14/2021 revezam-se nos 16 verbos distribuídos entre todas as competências dos dois anos do programa.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

“É por isto, além da ciência, é preciso a “sapiência”,
ciência saborosa, que tem a ver com a arte de viver.”

(Rubem Alves)

Metodologia são procedimentos que indicam conexões e leituras feitas pelo pesquisador do quadro teórico e o objeto de estudo, tendo como objetivo a produção de dados e explicações (MINAYO, 2009). O que caracteriza o método científico é a identificação das reflexões e técnicas que tornam possíveis a verificabilidade do conhecimento (GIL, 2021).

4.1 Abordagem e tipo de estudo

De forma literal, método é meio para se chegar a um fim. O método é um conjunto de regras para gerar conhecimentos novos ou retificar e integrar conhecimentos prévios. O método científico tem como objetivo proporcionar confiabilidade à informação, por isso sua característica é necessariamente a possibilidade de verificação do conhecimento (GIL, 2021). Como equipara Rubem Alves: “o método é a rede que os cientistas usam para pegar seus peixes” (ALVES, 2015, p. 108).

O meio de investigação desta pesquisa foi o estudo de caso, pois a pesquisa se restringiu à residência médica em Clínica Médica do HGF. Este tipo de estudo possibilitou

o aprofundamento e detalhamento do que se pretendeu analisar no cenário em questão (VERGARA, 2016). De acordo com Gil (2021), os dados obtidos no estudo de caso advêm da composição entre observação, análise documental e entrevista, possibilitando estudar pessoas, fenômenos e organizações em espaços físicos específicos.

A presente pesquisa é qualitativa e quantitativa. Segundo Minayo (2009), a abordagem qualitativa se refere à realidade que não pode ser contabilizada, pois trabalha com realidades humanas e sua rede de valores, significados, sentimentos e atitudes. Por tratar-se de conhecer as percepções dos sujeitos, esta linha de compreensão metodológica se adequou a esta pesquisa. Igualmente, a abordagem quantitativa se aplicou a este estudo, pois contém dados numéricos e estatísticos que ajudaram na descrição da população da amostra e do fenômeno com a possível relação entre eles (GIL, 2021). A pesquisa quantitativa apresenta dados que a abordagem qualitativa não mensura, sendo ideal o trabalho complementar (MINAYO, 2014).

O tipo de estudo escolhido foi a pesquisa descritiva exploratória. As pesquisas descritivas e as exploratórias são comuns nas pesquisas que objetivam ações práticas e, também, as mais requeridas por instituições como as de educação (GIL, 2021). A fase exploratória é uma das etapas da pesquisa qualitativa na qual é definido, delimitado e desenvolvido teórica e metodologicamente o objeto, colocando pressupostos, selecionando instrumentos operacionais, avaliando cronograma, escolhendo o campo e amostra do estudo (MINAYO, 2009).

A pesquisa descritiva não explica os fenômenos, mas os exhibe como também expõe a população, podendo designar relações entre eles (VERGARA, 2016). Este tipo de pesquisa objetiva observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos variáveis sem qualquer intervenção (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

O Quadro 4 apresenta a síntese da metodologia, indicando para cada etapa a respectiva descrição.

Quadro 4 – Síntese da Metodologia

Tópicos	Descrição
Abordagem	Qualitativa e quantitativa
Tipo de Estudo	Descritivo exploratório
Método	Estudo de caso
Cenário	Hospital Geral de Fortaleza
Participantes	10 preceptores e 11 residentes médicos
Coleta de Dados	Fase 1: Questionário Fase 2: Entrevista Individual
Análise de Dados	Fase 1: Estatística Simples Descritiva Fase 2: <i>software</i> IRAMUTEQ
Procedimentos Éticos	Aprovação do CEP – HGF Resolução 466/2012 Resolução nº 510/2016
Produto Técnico	Recomendações para a implantação de uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa deu-se no HGF, localizado no município de Fortaleza, estado do Ceará, no bairro Papicu. O hospital, cenário da realização do estudo, é uma instituição pública de nível terciário, modelo em medicina e referência em dezenas de especialidades e subespecialidades médicas. A escolha como cenário desta pesquisa deveu-se pelo HGF configurar-se o maior hospital público do estado na atualidade e comportar tradição na residência de Clínica Médica no Ceará, desde 1971 (HGF, 2010).

O HGF (Figura 2) foi fundado em 1969, com o intento de se tornar referência Norte e Nordeste em assistência de alta complexidade. Em 1990, passa a integrar o SUS na rede

SESA. O HGF é o maior hospital público do estado do Ceará, atualmente com mais de 570 leitos ativos, capaz de expandir conforme a necessidade da população através de decisão gestora da SESA, como a partir de 2020 durante a pandemia de COVID-19.

O hospital possui 33 especialidades e mais de 64 subespecialidades e mantém um serviço de urgência e emergência com estrutura e equipe interdisciplinar atendendo 24 horas por dia. É Centro de Referência no atendimento e tratamento do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Ceará, estando inserido em estudos internacionais que ampliam o reconhecimento como polo referencial na assistência ao AVC nacional e internacionalmente, dentro das melhores e mais atuais evidências científicas (HGF, 2021).

Figura 2 - Hospital Geral de Fortaleza



Fonte: HGF (2015).

O programa de residência médica em Clínica Médica do HGF dispõe de 16 vagas por ano de residência, totalizando para o programa 16 médicos R1 e 16 R2. O HGF tem formado centenas de especialistas em Clínica Médica, desde 1971, ano em que iniciou a residência médica em Clínica Médica (HGF, 2010). Em adição, foi incrementado na Clínica Médica do HGF o R3 da especialidade com duração de um ano, como subespecialidade clínica opcional para o residente egresso de programa de Clínica Médica credenciado, ofertando três vagas por ano.

A opção pelo cenário da pesquisa no HGF, além do importante papel descrito acima de hospital formador de especialistas em Clínica Médica, os chamados clínicos ou internistas, também foi influenciada por ser a autora funcionária pública estadual lotada

nesta instituição de saúde, desde 2008. Neste hospital, entre outras funções, exerce a preceptoria e foi supervisora do programa de residência médica em Clínica Médica. O exercício de preceptoria da residência médica é efetuado no setor de Clínica Médica e Emergência Clínica do HGF, atuando continuamente durante esses anos (desde 2008) na formação de médicos residentes em cenário de prática.

4.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os médicos preceptores e residentes da Clínica Médica do HGF. Por informação da supervisão deste programa de residência, em 2021 o serviço contava com 18 preceptores e 31 residentes de Clínica Médica entre o primeiro, segundo e terceiro anos de residência.

O critério de inclusão para os médicos preceptores foi que deveriam pertencer ao serviço de Clínica Médica do HGF e estarem no momento da pesquisa atuando na preceptoria do serviço por, no mínimo, dois anos consecutivos. A temporalidade se justifica pelo programa de residência médica em Clínica Médica ter duração formal de dois anos.

Para os médicos residentes, o critério de inclusão foi de ser residente do programa de residência médica em Clínica Médica do HGF pela ESP-CE, órgão estadual oficial responsável pela residência médica no estado do Ceará. Necessariamente, deveriam estar cursando o segundo ano da residência, tendo passado pela experiência das rotinas adotadas pelo serviço de Clínica Médica durante o primeiro ano completo da residência.

Ambas as classes de participantes para serem incluídos na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), contendo as informações necessárias para dirimir dúvidas em relação à pesquisa. Igualmente, expressaram o desejo de participação na pesquisa. As assinaturas foram colhidas de forma voluntária pelos participantes por meio eletrônico, sendo disponibilizado para cada um deles a cópia do termo.

Os critérios de exclusão para ambas as classes de participantes da pesquisa (preceptores e residentes) foram: os que estavam afastados do serviço de Clínica Médica por motivo de doença, licença ou administrativo. Os residentes de terceiro ano foram excluídos da pesquisa por fazerem parte de um aditivo opcional do programa de residência médica em Clínica Médica, originalmente delimitado em dois anos (BRASIL, 2021a) e, também, por esta residência não estar necessariamente ligada ao término do segundo ano da residência de Clínica Médica no HGF.

Por fim, foi excluída da coleta a pesquisadora do estudo que faz parte do serviço de Clínica Médica e exerce a preceptoría e esteve como supervisora do programa de residência médica no referido serviço, apresentando conflito de interesses para esta pesquisa. Assim, foi assumido o papel de observadora, não havendo intenção de influenciar diretamente nos resultados do estudo. Ao finalizar os critérios de inclusão e exclusão, foram contabilizados 13 médicos preceptores e 13 médicos residentes como aptos a participarem da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em duas fases: a primeira voltada à aplicação dos questionários e a segunda à realização das entrevistas. As fases serão descritas a seguir.

4.4.1 Aplicação de questionário

O questionário é uma técnica investigativa para coletar dados em pesquisa de campo. No questionário são aplicadas questões às pessoas para que sejam obtidas informações sobre o tema a ser pesquisado. Para a construção de um questionário é necessário ter em vista os objetivos da pesquisa para o específico direcionamento das questões (GIL, 2021).

O questionário destinado ao perfil dos médicos residentes e preceptores de Clínica Médica foi composto de questões abertas, fechadas e dependentes, esta última quando houver necessidade de complementação em alguma resposta. Idealmente, conforme Vergara (2016), um questionário não deve conter mais de três tipos de questões e, ao mesmo tempo, considerar a limitação nas respostas aplicando somente um tipo de questão.

Na fase 1 aplicou-se um questionário dividido em duas partes. A primeira parte, distinta para cada um dos grupos de participantes da pesquisa, continha 17 perguntas para os médicos preceptores, e 12 para os médicos residentes. Essa primeira parte do questionário referiu-se ao perfil sociodemográfico e experiência profissional do entrevistado (roteiro no Apêndice A). Conforme Ceccim *et al.* (2018), o termo perfil profissional fica estabelecido pelo limite do tempo e do que está construído como valor na sociedade nessa época.

A segunda parte do questionário da fase 1 foi idêntica para ambos os participantes da pesquisa, médicos preceptores e residentes, e referiu-se à percepção destes em relação à importância das competências profissionais quanto ao grau de importância a serem desenvolvidas na residência médica de Clínica Médica. Essa segunda parte do questionário constou das três competências relacionadas a conhecimentos, habilidades e atitudes. Cada uma das competências contou com tópicos correspondentes ao tema resultantes de um compilado da matriz de competências proposta por Ponte *et al.* (2018) para a residência

médica de Clínica Médica do HGF. Cada tópico foi avaliado pelos participantes da pesquisa quanto à percepção deles sobre o grau de importância a ser designado como essencial, importante ou interessante.

O questionário da fase 1 foi do tipo semiestruturado, com questões mistas, contendo respostas livres e de múltipla escolha. O questionário foi enviado pela pesquisadora através de *e-mail* individual para cada participante, indicando o *link* ao qual foi direcionado para a ferramenta da *internet* Formulários Google. O participante pertencente ao grupo de médicos residentes foi direcionado para: <https://forms.gle/NjQpgdfiEW4jSWUE9>. E o participante pertencente ao grupo de médicos preceptores foi direcionado para: <https://forms.gle/thyyvxv-gH8kqSrGA6>. Ao acessar a ferramenta, o TCLE estava inserido na página inicial para ambos os grupos e que após ser lido e aceito pelo participante este foi incluído automaticamente na pesquisa.

Os questionários continham, além da marcação de escolha única, a manifestação de concordância até discordância, baseada na escala de Likert, e a graduação de valor nos tópicos das competências elencadas. Alguns dos quesitos possuíam espaços para respostas livres quando se pretendia obter observação ou opinião emitida pelos participantes da pesquisa.

4.4.2 Entrevista

Em seguida, na fase 2, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, também distintas e individuais (roteiro no Apêndice B) para cada grupo de participantes da pesquisa (médicos preceptores e residentes).

A entrevista é uma técnica amplamente utilizada em pesquisas sociais, podendo ser considerada de excelência na investigação e tem valor semelhante aos dados mais objetivos como os alcançados em pesquisas de ciências consideradas exatas (GIL, 2021). A entrevista é um tipo de interação social que possibilita a obtenção dos dados que interessam ao pesquisador. Mas, não se restringe a isso, podendo tratar sobre diagnóstico, acompanhamento, aconselhamento, orientação em muitas áreas de conhecimento e atuação profissional.

Assim, na pesquisa, somado ao questionário, a entrevista teve a finalidade de enriquecer a coleta, não tornando excludentes os meios (VERGARA, 2016). Nessa pesquisa, a entrevista teve clara importância porque possibilitou a obtenção de dados aprofundados no sentido de se captar uma percepção mais acurada sobre o assunto tratado nesse estudo.

Conforme Gil (2021), a entrevista tem a vantagem do estímulo da presença do entrevistador na adesão dos entrevistados em responder às questões e propicia ao entrevistador a oportunidade de esclarecer algumas perguntas nas quais o entrevistado sinte-se confuso para responder. Também possibilita ao entrevistador a captação da linguagem não verbal do entrevistado utilizada durante as respostas. Nessa técnica há a comodidade da não necessidade da leitura de textos pelos entrevistados, além de poder adaptar-se ao ambiente e à disponibilidade e conforto dos entrevistados.

Vergara (2016) descreve a entrevista como um processo no qual o pesquisador faz perguntas e alguém responde, de forma oral e, idealmente, presencial. É a estratégia mais utilizada na pesquisa de campo, objetivando a construção de informações para um objeto de pesquisa. A entrevista semiestruturada, conforme a referida autora, combina perguntas abertas e fechadas, tornando o discurso do entrevistado mais livre sem se prender à determinada questão. Na entrevista há o privilégio da riqueza das interações sociais na dinâmica da própria sociedade (MINAYO, 2009).

A modalidade de entrevista escolhida foi a semiestruturada, com perguntas predefinidas no intuito de focar no assunto pesquisado. Neste tipo de entrevista as perguntas são colocadas sem, no entanto, serem propostas respostas, dando aos entrevistados a liberdade de manifestar-se em suas considerações sobre o tema (GIL, 2021).

Com base neste roteiro, foram realizadas entrevistas para pesquisar a percepção das competências profissionais pelos médicos preceptores e residentes de Clínica Médica do HGF. A entrevista foi composta por perguntas com o intuito de buscar conhecer a percepção dos residentes sobre sua formação, assim como, paralelamente, a percepção dos preceptores sobre o seu papel formativo na residência médica (BOTTI; REGO, 2011).

A justificativa da restrição da entrevista aos dois representantes no caso dos médicos residentes é de tomar um quantitativo da amostra da pesquisa com qualidade de representação do grupo dos residentes de Clínica Médica do HGF. Evitou-se com isso, também, tomar um tempo na rotina dos residentes relativo a terem que estar todos, em algum momento, disponíveis para a entrevista.

No caso dos médicos preceptores, participaram da representação da amostra os que se inseriram nos critérios de inclusão e aqueles que se disponibilizaram para compartilhar suas percepções. Os médicos preceptores participantes faziam parte da preceptoria da enfermagem da Clínica Médica do HGF, onde está instalada e é gerida a residência de Clínica Médica e, também, campo da pesquisa anterior realizada em 2018 por Ponte *et al.* (2018),

que é base deste estudo. Os sujeitos definiram data, local e horário para a efetivação da ação citada.

Coube à pesquisadora utilizar um gravador, conforme autorização dos entrevistados, para registro e posterior transcrição total das falas. Havia, também, um diário de campo para que a pesquisadora registrasse o que não se restringiu às falas (MINAYO, 2009). Ainda, como alternativa, foi oferecida para aqueles que apresentassem alguma dificuldade com a entrevista presencial, a escolha por meio digital que deveria ser gravada, através do *Google Meet*. Entretanto, nenhum dos participantes da pesquisa optou por esse modelo virtual.

Acreditou-se que a inserção no campo de estudo foi facilitada pelo fato da pesquisadora exercer a preceptoria no programa de residência em Clínica Médica do HGF (BOTTI; REGO, 2011). Entretanto, manteve-se o distanciamento dos fatos para a realização das entrevistas e posterior análise imparcial dos conteúdos, o que se fará tecnicamente nesse vasto e discrepante campo das comunicações (BARDIN, 2011). Focar em um único hospital de ensino significou aprofundar e ampliar a compreensão (VERGARA, 2016) do binômio preceptor-residente no campo em estudo, e nunca reduzir sua amplitude. Poderia haver limitações à entrevista, como consumo de tempo e desmotivação do entrevistado em responder quesitos que não lhe oferecessem interesse imediato. Houve algum consumo de tempo dos entrevistados, mas sem grande impacto declarado por eles, já que as entrevistas que mais duraram depreenderam um tempo menor que 38 minutos. Em relação ao sentimento de desmotivação dos participantes da pesquisa em responder às perguntas, não foi notado pela pesquisadora. Muito pelo contrário, era visível o interesse pelo assunto tratado na pesquisa, conforme as falas registradas em áudio e integralmente transcritas, assim como pelas anotações no diário de campo da pesquisadora.

A pesquisadora teve o cuidado de não interferir na livre manifestação das respostas dos entrevistados e maior ainda de não os persuadir na obtenção das respostas. De acordo com Gil (2021), o entrevistador deve ter o cuidado permanente de não influenciar o entrevistado na obtenção das respostas, e direcionar o entrevistado na atribuição de significados aos termos usados na entrevista, tanto nas perguntas quanto nas respostas.

De acordo com Vergara (2016), há vantagem na entrevista presencial em relação à mídia digital dado a melhor qualidade da sua execução e posterior análise. Certamente, foi levada em alta consideração a atual situação de saúde vivida mundialmente em relação a COVID-19, ponderando-se sobre as vantagens e limitações da entrevista. Igualmente, avaliou-se e assegurou-se sobre garantir ao ambiente da coleta de dados para os envolvidos

estar em acordo com as normas governamentais estabelecidas naquele momento no Decreto nº 34.541, de 05 de fevereiro de 2022 (CEARÁ, 2022).

Pela complexidade do tema pesquisado, pela oportunidade do diálogo para detalhamento do tema com um público especializado, e pela facilidade de acesso ao local de alguns participantes da pesquisa por ser lugar próprio do exercício usual de suas atividades profissionais, eles optaram pela entrevista presencial. Mesmo assim, foi oferecida para o caso de apresentarem alguma dificuldade nesta modalidade, a alternativa de escolher ser entrevistado por meio digital, que igualmente seria gravada, através do *Google Meet*. Nenhum dos entrevistados optou por esta modalidade (virtual) de entrevista.

4.5 Análise de dados

A análise de dados foi realizada em duas fases. A fase 1, relativa à aplicação do questionário, foi analisada em dois contextos, já que existiam perguntas fechadas e abertas, para os dois grupos distintos de participantes da pesquisa. A parte fechada do questionário foi analisada por estatística simples descritiva, apoiada por programa JASP4 e na literatura da área. Sua síntese foi apresentada em tabelas.

⁴ Plataforma de *software* estatístico (<https://jasp-stats.org/>).

Na fase 2, relativa à entrevista, as falas transcritas dos participantes foram organizadas em dois corpus textuais distintos: um com as falas dos residentes e o segundo com os preceptores. Os documentos foram organizados e codificados em um documento de texto do programa *Microsoft Word* 2019. Após isso foram exportados no formato *txt*. Depois desta organização o *software* IRAMUTEQ foi utilizado para realizar análises nos documentos criados. Em ambos os casos foram realizadas as seguintes análises: classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras.

A classificação hierárquica descendente propõe obter classes de segmentos de texto semelhantes entre si e diferentes de outros. Neste sentido, entende-se que palavras utilizadas em um mesmo contexto léxico são partes de um mesmo elemento. Realiza-se análise por meio teste qui-quadrado da palavra com a classe encontrada. Portanto, o texto é processado para que se obtenham classes que o corpus transmite. Nesta análise é possível obter um dendrograma com as classes obtidas e as palavras significantes dentro de cada classe (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017; SOUSA *et al.*, 2020).

A análise de similitude é baseada na teoria dos grafos, que representa uma ligação entre palavras de um corpus textual. Dessa forma é possível obter uma estrutura de texto

e temas de maior importância. A força de ligação entre palavras é expressa pela espessura do grafo; portanto, grafos mais espessos representam ligações mais textuais mais comuns dentro dos corpus analisados. Nesta análise é possível obter uma árvore de coocorrências no qual representa palavras centrais e ramificações que descendem a partir dela (CAMARGO; JUSTO, 2013, 2017; MARCHAND; RATINAUD, 2012).

Por fim, a nuvem de palavras mostra as palavras do corpus agrupadas em formato de nuvem. Elas são representadas por palavras de diferentes tamanhos, onde as maiores representam as de mais importância dentro do corpus estudo. Este tamanho é dado pela simples frequência da palavra, assim, nesta análise não há critérios estatísticos como as análises anteriores. Entretanto, ela é útil para mostrar uma estrutura textual comum no corpus analisado (SOUSA *et al.*, 2020).

Em todas as análises foram utilizadas como elementos principais os substantivos, verbos, adjetivos e formas não conhecidas. Dentre as formas não conhecidas no dicionário foram utilizados os termos "R1", "R2", "HGF" e "matriz_de_competência". Utilizou-se o programa IRAMUTEQ versão 0,7 alpha 2 com auxílio do software R versão 3.1.2.

4.6 Procedimentos éticos

A pesquisa foi procedida conforme as normas da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2016) que resolve sobre a pesquisa que envolve seres humanos. A pesquisa obedeceu ao estabelecido nesta resolução e os resultados serão utilizados para o benefício da ciência.

As atividades da pesquisa foram iniciadas somente após a autorização pelo responsável pela instituição cenário do estudo (diretor). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HGF (Anexo B).

Riscos e benefícios

Esta pesquisa trouxe riscos, pelas limitações relativas à vulnerabilidade do ambiente virtual em relação à violação do questionário, a possibilidade de desconforto do pesquisado ao responder a alguma pergunta do questionário ou da entrevista e ao contexto vigente de saúde pública relacionado ao COVID-19.

Pode, também, ter havido constrangimento por parte dos médicos residentes entrevistados, por ser a pesquisadora médica preceptora de Clínica Médica do HGF. Entretanto, considerou-se que, sendo os médicos residentes entrevistados representantes formais do grupo de residentes de Clínica Médica do HGF naquele momento, estavam imbuídos da

representação, tendo nessa função maior isenção e liberdade de exporem as opiniões por eles representadas.

A pesquisa poderá trazer benefícios na melhoria da qualidade da formação médica, e conseqüente assistência à saúde e ao SUS, ao se propor recomendar a implantação de uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual.

4.7 Produto técnico

Finalizadas as fases da coleta e análise de dados, e em posse dos resultados da pesquisa, recomendou-se uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual como produto técnico. Essa recomendação está descrita no tópico Produto Técnico, ao final deste trabalho, e que está composto dos objetivos de aprendizagem, das competências nos domínios de conhecimentos, habilidades e atitudes, da matriz de competências dividida por ano do programa de residência, dos procedimentos técnicos a serem realizados, dos cenários de aprendizagem, e dos rodízios e carga horária anual do programa de residência. No Produto Técnico apresenta-se, também, o quadro geral da matriz de competências para a residência médica em Clínica Médica onde constam as colunas relativas às competências, à aquisição e ao cenário para o desenvolvimento dessas competências, e à modalidade de avaliação do residente com o respectivo responsável.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Perfil dos médicos preceptores e residentes

Foram retornados da plataforma *Google forms* 11 questionários dos 13 enviados aos residentes, perfazendo 84,6% de respostas, e 10 retornos dos 13 enviados aos preceptores, totalizando 76,9% de respostas desses últimos. Os resultados foram separados pelos temas de cada pergunta, apresentando cada grupo distinto dos participantes, isto é, um grupo de preceptores e um grupo dos residentes. Esse tópico está dividido em quatro subtópicos alinhados aos objetivos específicos da pesquisa: perfil dos preceptores e residentes; atribuição de valor das competências pelos preceptores e residentes; percepção dos preceptores e residentes médicos sobre as competências; e sugestões dos participantes em relação às matrizes.

5.1.1 Preceptores

A faixa etária dos preceptores prevalente foi abaixo de 40 anos (n=6, 60%), com destaque para o gênero masculino (n=8, 80%). O tempo de formação dos preceptores foi de até 15 anos em 60% (n=6). Quanto à formação, 80% (n=8) eram especialistas em Clínica Médica/ Medicina Interna, e dois (20%) eram nefrologistas os quais possuíam a primeira especialização em Clínica Médica. Apenas três preceptores tinham título de mestre (30%) e nenhum deles possuía doutorado. Em relação ao tempo de preceptoria na residência médica em Clínica Médica no HGF, 60% (n=6) tinham menos de dez anos de exercício.

Todos os preceptores exerciam atividade médica fora do HGF, 70% (n=7) exercia outra atividade médica no HGF fora a preceptoria e seis (60%) exerciam a preceptoria fora do HGF. A carga horária total de trabalho semanal predominante foi acima de 40 horas (n=7, 70%), metade referiu carga horária de até 20 horas no HGF (n=5, 50%). A porcentagem de horas/semana no HGF para a preceptoria mais referida >75-100% (n=6, 60%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil epidemiológico dos preceptores avaliados no HGF no ano de 2022

Variáveis	N	%
Idade		
<40	6	60
40+	4	40
Sexo		
Feminino	2	20
Masculino	8	80
Tempo de formado (em anos)		
<15	6	60
+15	4	40
Especialidade		
Clínica Médica/ Medicina Interna	8	80
Nefrologia	2	20
Titulação		
Mestrado	3	30
Doutorado	0	0
Tempo de preceptoria na RM CM HGF (em anos)		
<10	6	60
+10	4	40

Atividade médica fora do HGF		
Sim	10	100
Não	0	0
Outra atividade médica no HGF fora a preceptoría		
Sim	7	70
Não	3	30
Preceptoría fora do HGF		
Sim	6	60
Não	4	40
Horas de trabalho semanal		
Até 40h	3	30
>40h	7	70
Horas de trabalho semanal no HGF		
Até 20h	5	50
>20h	5	50
Porcentagem de horas/semana no HGF para a preceptoría		
até 25%	0	0
>25-50%	3	30
>50-75%	1	10
>75-100%	6	60

Fonte: Dados da pesquisa.

Na amostra desta pesquisa, foi revelada que a faixa etária dos médicos preceptores prevalente era abaixo de 40 anos (60%), com predominância do sexo masculino (80%), e acima dos 25 anos para os residentes (81,8%), com leve predomínio do sexo feminino (54,5%). No estudo de Botti (2009), 32% dos 74 médicos preceptores tinham idade até 39 anos, o que pode insinuar uma tendência de médicos preceptores mais jovens no programa de Clínica Médica do HGF, porém deve-se levar em consideração que a amostra do presente estudo foi significativamente menor.

Conforme dados publicados CFM, em 2020, o Brasil atingiu a marca histórica de 500 mil médicos, havendo se inserido no mercado de trabalho na última década quase 180 mil novos médicos, aumentando o número de médicos mais jovens. Estatisticamente, a maioria dos médicos são homens, porém a diferença numérica entre os gêneros vem caindo progressivamente apresentando, em 2020, 54,3% de homens e 46,6% de mulheres. Relacionando à faixa etária, 58,5% dos médicos até 29 anos são mulheres, porém a partir da faixa entre 40 e

44 anos o percentual de homens aumenta, chegando a 55,4%. A tendência no estudo é que quanto maior a faixa etária mais prevalece o gênero masculino (SCHEFFER *et al.*, 2020).

Quanto à formação dos preceptores, 80% eram especialistas em Clínica Médica/ Medicina Interna e 20% eram nefrologistas. Neste estudo, 70% da amostra dos preceptores do HGF possuía residência médica, assim sendo a especialização como sua maior titulação acadêmica, 30% tinham mestrado e nenhum possuía doutorado. O maior percentual da residência como máxima titulação se compara ao estudo de Botti (2009), onde constata que os preceptores possuíam residência médica como a maior titulação em 50% e 23% possuíam mestrado. Entretanto, nesse mesmo estudo, havia um percentual de 27% dos preceptores com doutorado, o que aponta um déficit dessa titulação na Clínica Médica do HGF.

Em relação ao tempo de preceptoria na residência médica em Clínica Médica no HGF, 60% tinham menos de dez anos de exercício desse ofício. No trabalho de Botti (2009), 30% tinham até 10 anos de preceptoria, sendo que a maioria tinha mais de 10 anos de exercício. O estudo de Botti (2009) possui mais de uma década, o que pode influenciar na menor faixa etária (SCHEFFER *et al.*, 2020) dos médicos preceptores do HGF e o conseqüente menor tempo de preceptoria.

Todos os preceptores exerciam atividade médica fora do HGF, 70% exerciam outra atividade médica no HGF fora a preceptoria e 60% exerciam a preceptoria fora do HGF. Também 70% dos preceptores exerciam acima de 40 horas de trabalho semanal, concordando com o estudo de Artico *et al.* (2020) no qual 70% dos médicos brasileiros trabalham mais de 40 horas por semana.

Metade dos preceptores (n=5, 50%) concordou muito em sentir-se capacitado para a preceptoria, somando-se à outra metade que concorda um pouco. Entretanto, 50% (n=5) deles discordaram muito em receber ou ter recebido capacitação para exercer a preceptoria, três (30%) concordaram um pouco e dois (20%) discordaram um pouco neste quesito (Tabela 2).

Sobre a pergunta considerar-se bem remunerado, a maioria dos preceptores responderam discordo muito (n=5, 50%) e discordo um pouco (n=4, 40%). Apenas um dos preceptores (10%) concordou um pouco com a boa remuneração. Todos os preceptores (n=10, 100%) concordam muito com a afirmação sobre a preceptoria exercer forte influência na capacitação dos residentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Respostas às perguntas relacionadas à preceptoria

Perguntas	CM	CP	I	DP	DM
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sinto-me capacitado para a preceptoria	5 (50)	5 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Recebo ou recebi capacitação para exercer a preceptoria	0 (0)	3 (30)	0 (0)	2 (20)	5 (50)
Considero-me bem remunerado	0 (0)	1 (10)	0 (0)	4 (40)	5 (50)
A preceptoria exerce forte influência na capacitação dos residentes	10 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: CM-Concordo muito; CP-Concordo um pouco; I-Indeciso; DP-Discordo um pouco; DM- Discordo muito.

Em relação a sentirem-se capacitados para o exercício da preceptoria, os médicos preceptores referiram: *“Experiência em assistência e ensino aos residentes há 7 anos em hospital escola com enfrentamento a inúmeras dificuldades inerentes a isso”*; *“Tempo de formado, experiência com este tipo de atividade e capacitação/atualização contínuas”*; *“Apresento conhecimento tácito, sinto falta de fundamentos teóricos”*; *“Fiz r3 em clínica médica e mestrado em ensino em saúde. Particpei de curso de preceptoria (embora não tenha concluído). Mas acho que precisa ter mais iniciativa de capacitação da preceptoria dos serviços, com atualizações, preparo pedagógico e reconhecimento”*; *“Por ser pouco remunerado, opto por manter outras atividades que me remuneram melhor, e por conseguinte, consomem mais tempo”*; *“Me formei em instituições que valorizam o ensino e talvez tenha aprendido “por osmose”. Mas nunca recebi capacitação dos hospitais que trabalho. Os treinamentos que realizei, busquei por conta própria”*; *“Nunca estamos 100% preparados”*; *“O preceptor deve manter-se em formação para atualização contínua e aprimoramento das lacunas de sua formação”*; *“Tenho conhecimento e experiência”*; *“Vários anos de experiência clínica e contato com residentes”*.

Pelas respostas acima dos médicos preceptores, nota-se a ideia do preceptor como formulado no remoto Decreto que caracterizou os orientadores dos programas de residência médica como “profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (BRASIL, 1977, p. 1). Mas, também, o reconhecimento de que ainda não há capacitação necessária e tempo suficiente disponível para o aprendizado do exercício da preceptoria perfeitamente. Como profissionais sabem-se em formação contínua e mostram-se interessados em se aprimorar nos ofícios designados.

Para Botti (2009), o preceptor é um educador, e como tal atua em vários níveis da aprendizagem dos residentes. Ele qualifica o preceptor como “vitrine de atributos” com qualidades pedagógicas.

Porém, o preceptor tem uma função primordial de educador. Inicialmente ele identifica as oportunidades de aprendizagem, os cenários de exposição, tornando sua prática uma possibilidade para ensinar ao residente. Não atua apenas como um facilitador, pois é também um bom médico. Ele mostra ao residente como se faz. Então funciona como uma vitrine de atributos técnicos e relacionais, tendo habilidades pedagógicas, o que lhe permite trocar e construir conhecimentos, formando verdadeiros cidadãos. Seu grande desafio é, então, proporcionar verdadeiras condições de desenvolvimento técnico e ético nos cenários de prática.

Além de todos esses papéis, é ainda função do preceptor avaliar o residente nas questões morais e técnicas da prática profissional, oferecendo um retorno sobre o seu desenvolvimento e sinalizando se o médico em formação está ou não no caminho certo. Atuar, então, na ação diária, como médico e educador, relacionando-se com pacientes e residentes, preocupando-se com a formação técnica e ética e oferecendo retornos constantemente ao residente, compreende a ação do preceptor em plenitude (BOTTI, 2009, p. 86-87).

5.1.2 Residentes

Quanto à idade dos residentes, a maioria tinha >25 anos (n=8, 72,7%), sendo mais da metade do sexo feminino (n=6, 54,5%). Predominou o tempo de formação de até 2 anos (n=4, 36,3%). Entre os residentes, 54,5% (n=6) tinham tido algum tempo de experiência profissional antes da residência, sendo 50% (n=3) destes até um ano e meio de experiência. Nenhum deles tinha pós-graduação médica prévia (Tabela 3).

A maior parte dos residentes exercia atividade médica fora da residência (n=10, 90,9%), sendo que 45,5% (n=5) trabalham até 12 horas semanais nessa atividade. Um dos residentes (9,1%) especificou que trabalhava na emergência, porém não quantificou a carga horária (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil epidemiológico dos residentes avaliados no HGF no ano de 2022

Variáveis	N	%
Idade		
Até 25	3	27,3
>25	8	72,7
Sexo		
Feminino	6	54,5
Masculino	5	45,5
Tempo de formado (em anos)		
2	4	36,3

3	3	27,3
3,5	2	18,2
4	2	18,2
Experiência profissional antes da residência		
Sim	6	54,5
Não	5	44,5
Quantos anos de experiência profissional (n=6)		
1	2	33,3
1,5	3	50,0
2	1	16,7
Pós-graduação médica prévia		
Sim	0	0,0
Não	11	100
Atividade médica fora da residência		
Sim	10	90,9
Não	1	1,1
Quantas horas semanais		
0	1	9,1
12	5	45,5
18	1	9,1
24	2	18,2
24-36	1	9,1
Trabalho na Emergência		
Sim	1	9,1
Não	10	90,9

Fonte: Dados da pesquisa.

Quase todos médicos residentes exerciam atividade médica fora da residência (90,9%), sendo que 72,8% trabalhavam até 24 horas semanais nessas outras atividades médicas. Importante lembrar que a carga horária máxima da residência médica está estipulada em 60 horas semanais, entre atividades práticas e teóricas.

Nota-se, portanto, em ambos os casos de médicos preceptores e residentes, o excesso de carga horária que tendem a influenciar negativamente nas atividades relacionadas à

preceptoria e residência médicas, principalmente em tempos de pandemia de Covid-19, em que maioria absoluta dos profissionais de saúde em atividade sentiu-se sobrecarregada (MACHADO *et al.*, 2022). Conforme Artico *et al.* (2020, p. 6), no Brasil, o profissional médico acumula vínculos e simultaneidade de trabalhos.

A alta demanda de saúde e a ausência de profissionais sobrecarregamos trabalhadores envolvidos na assistência, levando os residentes a assumir funções extracurriculares, o que gera falta de tempo para a família e para si em função da excessiva carga horária. Esse desgaste físico e emocional provoca alterações de humor e baixa produtividade.

O grupo de residentes concordou muito que a residência de Clínica Médica propicia aprendizado para a atuação profissional (n=11, 100%). Quanto à influência da preceptoria na capacitação dos residentes, os residentes dividem-se em concordo muito (n=9, 81,8%) e concordo um pouco (n=2, 18,2%) nesta categoria (Tabela 4).

Houve muita concordância de que a residência de Clínica Médica promove a articulação entre teoria e prática em 54,5% (n=6) dos residentes respondedores, e apenas um deles (9,1%) discorda um pouco. Já a recomendação, com a resposta concordo muito, por parte dos residentes da pós-graduação na modalidade residência médica para outros médicos foi de 72,7% (n=8), e um deles (9,1%) com a resposta discordo muito.

Sobre a afirmação “considero-me bem remunerado”, oito (72,7%) discordaram muito e três (27,3%) discordaram um pouco (Tabela 4). A modalidade dessa remuneração é a bolsa de residência médica, fixada pelos ministérios da educação e da saúde para uma carga horária prevista de 60 horas semanais (BRASIL, 2021).

Tabela 4 – Respostas às perguntas relacionadas à residência

Perguntas	CM	CP	I	DP	DM
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
A residência de Clínica Médica propicia aprendizado para a atuação profissional	11 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
A preceptoria exerce forte influência na capacitação dos residentes	9 (81,8)	2 (18,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
A residência de Clínica Médica promove a articulação entre a teoria e a prática	6 (54,5)	4 (36,4)	0 (0)	1 (9,1)	0 (0)

Recomendo a pós-graduação, na modalidade residência médica, para outros médicos	8 (72,7)	1 (9,1)	1 (9,1)	0 (0)	1 (9,1)
Considero-me bem remunerado	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (27,3)	8 (72,7)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: CM-Concordo muito; CP-Concordo um pouco; I-Indeciso; DP-Discordo um pouco; DM- Discordo muito.

Duas perguntas foram iguais em ambos os grupos de médicos preceptores e residentes: “A preceptoria exerce forte influência na capacitação dos residentes” e “Considero-me bem remunerado”. O primeiro quesito atingiu a pontuação máxima (concordo muito) no grupo dos médicos preceptores, e uma forte tendência no grupo de residentes entre concordou muito (81,8%) e concordo um pouco (18,2%). Portanto, ambos os grupos concordam que a preceptoria exerce forte influência na capacitação dos residentes.

Quando Botti (2009) se questiona sobre a influência do preceptor na formação do residente, pondera que o processo não depende somente do preceptor e que o médico residente é sujeito ativo na própria formação, sofrendo uma variedade de influências e experiências ao longo de sua vida. Mas também, esse mesmo autor entende que a formação do residente é sim, influenciada e, de certa forma, coagida pela preceptoria no que ele chama de “padrão mínimo” da medicina.

Mas qual a ação efetiva do preceptor nessa formação? É preciso esclarecer que, apesar desse papel do preceptor, o residente não é passivo nesse processo, apenas recebendo influências. Com sua bagagem, seu espaço social e os conteúdos interiorizados na socialização primária, seu *habitus*, o residente é o ator principal. Livre para escolher entre tudo que a escola médica lhe oferece, mas também sofrendo certa coação a seguir um padrão mínimo de conhecimentos, valores e atitudes típicas da corporação médica (BOTTI, 2009, p. 82, grifo do autor).

As considerações relativas à influência da preceptoria na capacitação dos residentes captadas a partir das perguntas subjetivas do formulário, são expressas a seguir.

Para os médicos preceptores, a influência exercida: “Contribui com a *hard e soft skills*”; “Passagem de experiência profissional e aprimoramento da assistência médica”; “Na educação de adultos com inserção prática, a presença de um profissional mais experiente muda o comportamento e a curva de aprendizado do residente”; “Ao ter apoio da preceptoria, o residente consegue se sentir mais seguro, tira suas dúvidas, recebe a devolutiva do que precisa ser trabalhado, do que é prioritário, aprende a fazer o plano terapêutico, e recebe reforços positivos para continuar fazendo bem o que está funcionando”; “O Residente de Clínica Médica chega muito imaturo, sem experiência praticamente alguma. Então, o ensino na forma de imersão a beira leito, ajuda na evolução deles”;

“Se não tiver preceptoria, o residente fica apenas trabalhando e aprendendo com quem ainda não aprendeu”; “Grande parte do crescimento do residente é baseado na forma de atuar e ensinar do preceptor”; “Preceptor é um orientador teórico-prático para residente. Diz como faz e faz na presença do residente”; “Bom preceptor é uma referência para o residente”; “Tutoria é fundamental para o aprendizado em prática”.

Para os médicos residentes, a influência dos preceptores é: *“Muito importante”; “Considerando a grande carga horária e o reduzido tempo para estudo. É importante ter preceptores que passem informações apuradas e orientem da melhor forma a prática. Além disso, que estimulem a capacitação do residente”; “São a fonte de aprendizado com as experiências deles”; “É a nossa principal fonte de aprendizado. A preceptoria consegue ditar como vai ser o aproveitamento do mês e do serviço”; “A preceptoria é de total importância, sobretudo no início da residência médica. Após um tempo, o residente consegue desempenhar as tarefas de maneira mais independente”; “As atividades de ensino que partem dos preceptores fazem toda a diferença”; “São a base da nossa formação. Bons preceptores, chefes, que nos guiam e ensinam”; “Os preceptores são importantes, exercem exemplo”; “Os preceptores são muito importantes para discussão dos casos”; “Discussões clínicas e passagem de casos individualmente”; “A residência é para ser um ambiente de muito serviço/trabalho sob orientação contínua da preceptoria - O mestre ensinando o aprendiz”.*

Para Botti (2009), são assumidos diversos papéis pelos médicos preceptores na formação do médico residente. Desde a organização para a aprendizagem e concomitante avaliação do desempenho, ao aconselhamento sobre

o amadurecimento pessoal e profissional do residente. O preceptor é um guia, aponta

o caminho, estimulando o raciocínio e a postura do médico em formação.

Para Harden & Crosby (2000), ensinar é uma tarefa exigente e complexa. Eles identificaram 12 papéis de um professor médico agrupados em seis áreas no modelo por eles apresentado. São elas: provedor de informações no discurso e no contexto clínico; modelo a seguir no trabalho e em locais formais de ensino; facilitador como mentor e facilitador de aprendizagem; avaliador do aluno e avaliador do currículo; planejador do currículo e do curso; e desenvolvedor de recursos materiais e produtor de guias de estudo. O papel docente é amplo, além de professor deve ser levado em conta as funções clínica, administrativa e a pesquisa (HARDEN; CROSBY, 2000).

Os resultados das perguntas subjetivas do formulário em relação à importância da residência para a prática médica, reforçam o que foi descrito na tabela

4. Para os médicos residentes, o aprendizado para a atuação profissional foi descrito como: *“Essencial”; “A residência proporciona conhecimento prático e teórico em situações médicas de alta prevalência na atividade profissional”; “Nos proporciona o convívio com pessoas mais experientes e casos clínicos complexos os quais nos ajudam no aprendizado”; “Nos faz ter contato com profissionais que iremos nos inspirar, e nos faz desenvolver habilidades, conhecimento e segurança para exercer a profissão de uma melhor forma”; “É uma imersão de 2 anos no maior hospital do estado vendo diariamente casos complexos e graves. É uma experiência que só a residência médica pode oferecer”; “Aprendemos a manejar qualquer tipo de paciente. Se não soubermos o que fazer, sabemos onde e com quem achar as respostas”; “Me sinto pronta para atuar como clínica!”; “Importante teoria e prática”; “Ambulatório + enfermaria + plantões”; “É residência é a própria vivência do que vai ser a vida como clínico”; “Desde que exista e seja cumprido um plano de ensino sólido e bem aplicado não há limites para o aprendizado para a atuação profissional”.*

A recomendação dos residentes da pós-graduação, na modalidade residência médica, para outros médicos foi a concordância da maioria (81,8%), porém um deles ficou indeciso (provavelmente, *“Não tenho opinião sobre”*) e outro discordou muito. Como o questionário foi anônimo, esta última opinião em relação à discordância talvez se justifique com a frase: *“Muitas vezes a desproporção de carga horária e retorno em aprendizado supervisionado não apresenta um bom custo-benefício”*. As demais respostas foram: *“É essencial para um bom médico”; “A experiência prática proporcionada pela residência não pode ser substituída por discussões teóricas e uma redução de carga horária prática”; “Pois ajuda o profissional a crescer”; “É essencial para nos especializar e nos capacitar cada vez mais”; “É a única forma completa de especialização”; “Você só se torna efetivamente médico após a residência”; “Crescendo profissional, prático, teórico”; “Acho importante para a capacitação”; “Principal forma de especialização”.*

O enunciado sobre considerar-se bem remunerado, tanto o grupo de médicos preceptores quanto de residentes discordaram, tendo havido apenas uma resposta de concordância (*“concordo um pouco”*) de um médico preceptor. Há comprovação estatística no estudo de Scheffer *et al.* (2020) que os médicos que trabalham exclusivamente no setor público são mais mal remunerados.

Importante destacar que, apesar do aumento no custo da bolsa dos médicos residentes e demais residentes da área da saúde, em vigor a partir de janeiro de 2022 (BRASIL, 2021a), o valor mantém-se aquém do salário mínimo necessário previsto pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2022) nesse período para manter uma família. Apesar da residência médica ser remunerada não como salário, mas como bolsa de estudo, o médico residente tem a obrigatoriedade do cumprimento de uma carga

horária máxima semanal de 60 horas (BRASIL, 1981), ficando conseqüentemente abreviadas as horas disponíveis para trabalho formal/ informal suplementar e o descanso semanal.

Atribuição de valor das competências pelos médicos preceptores e residentes

As respostas dos médicos preceptores e residentes quanto à atribuição de valor das competências estão demonstradas na tabela 5. Em relação aos conhecimentos dos conteúdos na atenção à saúde, no item “dominar conceitos, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico das condições de saúde prevalentes em Medicina Interna”, 100% (n=10) dos preceptores e 90,9% (n=10) dos residentes consideraram um valor essencial, ficando como importante em apenas 9,1% (n=1) dos residentes (Tabela 5).

No mesmo tópico, o item “dominar a anamnese e exame clínico, formulando hipóteses diagnósticas, solicitando e interpretando exames complementares”, permaneceu igualmente 100% (n=10) dos preceptores considerando um valor essencial assim como em 81,8% (n=9) dos residentes, ficando como importante em 18,2% (n=2) dos residentes (Tabela 5).

No item “compreender e analisar custos da prática médica, utilizando-os em benefício do paciente”, 60% (n=6) dos preceptores consideraram um valor importante, 30% (n=3) um valor essencial e 10% (n=1) interessante. Seis residentes (54,5%) consideraram importante, quatro (36,4%) essencial e apenas um (9,1%) residente considerou interessante (Tabela 5).

No último item deste tópico, “participar de pesquisa clínica e produzir trabalhos científicos com curiosidade crítica na busca de conhecimento e serviço à comunidade”, 70% (n=7) dos preceptores consideraram um valor importante, 20% (n=2) interessante e um (10%) considerou essencial. Na avaliação dos residentes 45,5% (n=5) considerou importante, 18,2% (n=2) essencial e 36,4% (n=4) interessante (Tabela 5).

Nos itens relacionados às habilidades como aplicações dos conteúdos, o item “aplicar técnicas de atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde”, 80% (n=8) dos preceptores e 72,7% (n=8) dos residentes consideraram um valor essencial, ficando como importante em 20% (n=2) dos preceptores e 27,3% (n=3) dos residentes (Tabela 5).

Sobre “Aplicar técnicas de protocolos clínicos e procedimentos invasivos”, 50% (n=5) dos preceptores consideraram um valor essencial, 40% (n=4) um valor importante e 10% (n=1) interessante. Sete residentes (63,7%) consideraram essencial e quatro (36,4%) importante (Tabela 5).

No item “realizar prescrição de plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente, dando seguimento clínico após a alta hospitalar, efetuando registros claros em prontuário”, 80% (n=8) dos preceptores consideraram um valor essencial, 10% (n=1) um valor importante e 10% (n=1) interessante. Sete residentes (63,7%) consideraram essencial e quatro (36,4%) importante (Tabela 5).

No último item deste tópico, “aplicar normas de segurança e prevenção de agravos relacionados à assistência na saúde”, 80% (n=8) dos preceptores consideraram um valor essencial e 20% (n=2) um valor importante. Dos residentes, 36,4% (n=4) considerou um valor essencial e 63,7% (n=7) considerou importante (Tabela 5).

Em relação aos valores relacionados a atitudes gerenciais e relacionais, o item “Analisar a própria atuação médica, identificando forças e limitações, exercendo a autoavaliação e solicitando feedback de preceptores e colegas”, 60% (n=6) dos preceptores atribuíram como essencial e 40% (n=4) como importante. Para os residentes, 54,5% (n=6) atribuíram valor importante e 45,5% (n=5) essencial (Tabela 5).

No item “agir de forma profissional e humana, zelando pelo bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, com respeito, empatia e ética”, 100% dos preceptores (n=10) e dos residentes (n=11) consideraram um valor essencial. Este quesito atingiu igualmente o valor máximo atribuído pela totalidade dos sujeitos dos grupos participantes da pesquisa (Tabela 5).

O item “valorizar a relação custo/ benefício na prática médica, visando a melhor terapêutica, a qualidade do atendimento e os recursos disponíveis em saúde” atingiu 40% (n=4) de valor essencial pelos preceptores, em comparação a 72,7% (n=8) na mesma avaliação dos residentes. Cinco (50%) preceptores e três (27,3%) residentes avaliaram como importante, e apenas um (10%) preceptor como interessante (Tabela 5).

Continuando nesse tópico, o item “tomar decisões demonstrando controle emocional, equilíbrio e liderança em situações adversas”, 80% (n=8) dos preceptores e 81,8% (n=9) dos residentes consideraram um valor essencial, 10% (n=1) dos preceptores e 18,2% (n=2) dos residentes consideraram importante e um (10%) preceptor considerou interessante (Tabela 5).

Finalmente, o item “zelar pelo autocuidado e autoconhecimento, estabelecendo metas de aperfeiçoamento pessoal e profissional e reivindicando adequadas condições de trabalho”, recebeu valor essencial em 60% (n=6) dos preceptores e 81,8% (n=9) dos residentes. Três (30%) preceptores e um (9,1%) residente consideraram importante, e um

(10%) preceptor classificou como interessante (Tabela 5). **Tabela 5 – Atribuição de valor das competências**

	Preceptores			Residentes			
	Essencial	Importante	Interessante	Essencial	Importante	Interessante	
Conhecimentos: conteúdos na atenção à saúde							
Dominar conceitos, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico das condições de saúde prevalentes em Medicina Interna	10	100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	10 90,9 %	1 9,1 %	0 0,0 %
Dominar a anamnese e exame clínico, formulando hipóteses diagnósticas, solicitando e interpretando exames complementares	10	100,0 %	0 0,0 %	0 0,0 %	9 81,8 %	2 18,2 %	0 0,0 %
Compreender e analisar custos da prática médica, utilizando-os em benefício do paciente	3	30,0 %	6 60,0 %	1 10,0 %	4 36,4 %	6 54,5 %	1 9,1 %
Participar de pesquisa clínica e produzir trabalhos científicos com curiosidade crítica na busca de conhecimento e serviço à comunidade	1	10,0 %	7 70,0 %	2 20,0 %	2 18,2 %	5 45,5 %	4 36,4 %
Habilidades: aplicações de conteúdos							
Aplicar técnicas de atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde	8	80,0 %	2 20,0 %	0 0,0 %	8 72,7 %	3 27,3 %	0 0,0 %
Aplicar técnicas de protocolos clínicos e procedimentos invasivos	5	50,0 %	4 40,0 %	1 10,0 %	7 63,7 %	4 36,4 %	0 0,0 %

Realizar prescrição de plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente, dando seguimento clínico após a alta hospitalar, efetuando registros claros em prontuário	8	80,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	7	63,7 %	4	36,4 %	0	0,0 %
Aplicar normas de segurança e prevenção de agravos relacionados à assistência na saúde	8	80,0 %	2	20,0 %	0	0,0 %	4	36,4 %	7	63,7 %	0	0,0 %
Atitudes: gerenciais e relacionais												
Analisar a própria atuação médica, identificando forças e limitações, exercendo a autoavaliação e solicitando feedback de preceptores e colegas	6	60,0 %	4	40,0 %	0	0,0 %	5	45,5 %	6	54,5 %	0	0,0 %
Agir de forma profissional e humana, zelando pelo bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, com respeito, empatia e ética	10	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	11	100,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Valorizar a relação custo/ benefício na prática médica, visando a melhor terapêutica, a qualidade do atendimento e os recursos disponíveis em saúde	4	40,0 %	5	50,0 %	1	10,0 %	8	72,7 %	3	27,3 %	0	0,0 %
Tomar decisões demonstrando controle emocional, equilíbrio e liderança em situações adversas	8	80,0 %	1	10,0 %	1	10,0 %	9	81,8 %	2	18,2 %	0	0,0 %
Zelar pelo autocuidado e autoconhecimento, estabelecendo metas de aperfeiçoamento pessoal e profissional e reivindicando adequadas condições de trabalho	6	60,0 %	3	30,0 %	1	10,0 %	9	81,8 %	1	9,1 %	1	9,1 %

Fonte: Dados da pesquisa.

A segunda parte do questionário foi formulada de acordo com as competências organizadas por Ponte *et al.* (2018). Foram compiladas resumidamente, as competências divididas em: conhecimentos, habilidades e atitudes. No questionário as respostas eram apresentadas com atribuição de valor das competências a serem classificadas pelos participantes da pesquisa como: essencial, importante ou interessante.

De acordo com o dicionário de português (ESSENCIAL, 2022), o significado de essencial é o que não pode ser deixado de lado, imprescindível, relacionado com a essência,

o núcleo, primordial, expressão do mais relevante, necessário. Por isso, ao adjetivo essencial foi atribuído o maior grau de valor. Um valor considerado essencial deverá ser aprendido obrigatoriamente durante a formação do médico residente.

Em relação ao adjetivo importante, que significa relevante, o que se deve levar em consideração, atribuído ao mérito, foi considerado um valor intermediário. Assim, o que se considera importante deverá fazer parte do aprendizado do médico residente, porém não é imprescindível para que conclua o programa de residência.

E quanto à palavra interessante, entende-se o que provoca interesse, atenção, inspira simpatia, cativa, fascina. Portanto, apesar de ser atribuído o menor grau de valor, uma competência interessante poderá diferenciar um residente que possua um atributo que o coloque durante a residência médica ou egresso em posição de destaque em relação aos demais médicos.

Viu-se nesse quesito, que os médicos preceptores entenderam como de interesse no aprendizado dos médicos residentes competências atitudinais, concordando com Fernandes *et al.* (2012) onde afirma que a formação do aprendiz tem a intenção de transformar e construir um profissional excelente, humano, reflexivo, responsável e voltado para as necessidades onde atua. Nota-se nas poucas respostas obtidas dos residentes a preocupação com o financeiro, o emocional e o conhecimento teórico.

No questionário as competências relativas aos conhecimentos (conteúdos na atenção à saúde), duas competências alcançaram a concordância total dos médicos preceptores como essenciais: “dominar conceitos, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico das condições de saúde prevalentes em Medicina Interna” e “dominar a anamnese e exame clínico, formulando hipóteses diagnósticas, solicitando e interpretando exames complementares”. Essas duas competências alcançaram alta concordância como essencial entre os residentes (90,9% e 81,8%, respectivamente). Nas competências “compreender e analisar custos da prática médica, utilizando-os em benefício do paciente” e “participar de pesquisa clínica e produzir trabalhos científicos com curiosidade crítica na busca de conhecimento e serviço à comunidade”, houve um relativo equilíbrio no valor importante para ambas. Porém, esta última competência relacionada à pesquisa clínica dividiu os residentes entre importante e interessante.

Nas competências relacionadas às habilidades (aplicações de conteúdos), “aplicar técnicas de atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde” foi classificada como essencial pela maioria dos médicos preceptores e residentes (80% e 72,7%, respectivamente). O item “aplicar técnicas de protocolos clínicos e procedimentos invasivos”

dividiu ambos os grupos de participantes da pesquisa entre essencial e importante, assim como dividiu da mesma forma apenas o grupo dos residentes na competência “realizar prescrição de plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente, dando seguimento clínico após a alta hospitalar, efetuando registros claros em prontuário”. Esta última competência teve alta concordância dos preceptores como essencial (80%), assim como “aplicar normas de segurança e prevenção de agravos relacionados à assistência na saúde”, que alcançou o maior percentual de valor como importante para os residentes.

Em relação às atitudes (gerenciais e relacionais), “agir de forma profissional e humana, zelando pelo bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, com respeito, empatia e ética” houve unanimidade de valor essencial em ambos os grupos de médicos (preceptores e residentes). “Tomar decisões demonstrando controle emocional, equilíbrio e liderança em situações adversas” obteve o valor essencial em ambos os grupos, sendo 80% para os preceptores e 81,8% para os residentes.

“Analisar a própria atuação médica, identificando forças e limitações, exercendo a autoavaliação e solicitando feedback de preceptores e colegas” dividiu preceptores e residentes entre essencial e importante. “Valorizar a relação custo/ benefício na prática médica, visando a melhor terapêutica, a qualidade do atendimento e os recursos disponíveis em saúde” foi considerada importante para metade dos médicos preceptores, porém foi essencial para a maioria dos residentes (72,7%). E, finalmente, “zelar pelo autocuidado e autoconhecimento, estabelecendo metas de aperfeiçoamento pessoal e profissional e reivindicando adequadas condições de trabalho” atingiu o valor essencial em 81,8% dos residentes, dividindo a maioria dos preceptores em essencial (60%) e importante (30%).

Resumindo, duas qualidades em cada competência destacaram-se como essencial. Em conhecimentos: “dominar conceitos, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico das condições de saúde prevalentes em Medicina Interna” e “dominar a anamnese e exame clínico, formulando hipóteses diagnósticas, solicitando e interpretando exames complementares”. Em habilidades: “aplicar técnicas de atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde” e “realizar prescrição de plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente, dando seguimento clínico após a alta hospitalar, efetuando registros claros em prontuário”. Em atitudes: “agir de forma profissional e humana, zelando pelo bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, com respeito, empatia e ética” e “tomar decisões demonstrando controle emocional, equilíbrio e liderança em situações adversas”.

Ressalta-se que a competência apontada com unanimidade entre médicos preceptores e residentes foi a atitude de “agir de forma profissional e humana, zelando pelo bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, com respeito, empatia e ética”. Entre o valor interessante, o maior percentual alcançado entre todas as competências foi relativo a conhecimentos relacionados em “participar de pesquisa clínica e produzir trabalhos científicos com curiosidade crítica na busca de conhecimento e serviço à comunidade”.

5.3 Percepção dos médicos preceptores e residentes sobre as competências

5.3.1 Residentes

Na análise de classificação hierárquica descendente dos residentes foram analisados dois textos (dois participantes), representando um total de 200 segmentos de texto, 1.267 formas e 7.270 ocorrências. Foram classificados 115 segmentos dos 200 que foram divididos em quatro classes conforme a figura abaixo.

Foi evidenciado pela **Classe 1** aspectos gerais relativos à prática na residência em clínica médica. As falas dos participantes destacaram a importância da prática baseada em evidências: *Acho que ter condutas mais assertivas baseado na ciência mesmo evidências científicas sobre diagnóstico tratamento situações de emergência que também envolve a clínica médica envolveria tanto situações de emergência ambulatoriais e ambientes de terapia intensiva (RE1); Então ela (a residência) permite você individualizar condutas baseado na ciência então acho que a experiência da residência traz isso e a repetição pela carga horária ajuda a fixar essas condutas (RE1); tomar decisão baseada nas informações obtidas preferências do paciente julgamento clínico condições sociais evidências científicas atualizadas não esquecendo do contexto da gravidade em que o paciente se encontra (RE1). Essa prática baseada em evidências deve ser priorizada em detrimento do conhecimento pela experiência: [...] ao mesmo tempo quando o residente está na enfermaria pode ter um mês que tem mais casos sobre neurologia e no outro ter mais sobre hematologia e o conhecimento pela experiência ele não fica uniforme e não abrange tudo aquilo que seria obrigatório (RE1).*

Na **Classe 2** foi destacada as expectativas do residente quanto à residência, aprendizado e formação. Foi mencionada a necessidade de ter uma formação mais ampla em relação a algumas doenças mais frequentes/menos raras: *às vezes aqui os residentes sabem muito das doenças mais raras mas os residentes pecam um pouco das doenças mais frequentes como manejar até uma besteira uma hipercolesterolemia (RE2); na pneumologia os residentes rodam apenas na enfermaria e é muito câncer os residentes vêem muito câncer não que não seja importante mas os*

residentes não têm mão de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e asma os residentes não pegam DPOC e asma (RE2); que é o que o colega sempre me fala a pneumologia é muito mais ambulatorial do que internado e os residentes não veem nada de pneumologia ambulatorial por exemplo eu acho que poucas pessoas sabem usar terapia de broncodilatadora no DPOC (RE2). Outro ponto frisado foram questões relativas ao próprio serviço, como a carência de leitos e a urgência em oferecer alta aos pacientes: inclusive até uma coisa que os residentes sempre comentam no nosso grupo que às vezes é tanta urgência por rodar leito que até às vezes os residentes acham que umas altas são precoces demais a ponto de prejudicar o paciente (RE2); e os residentes veem às vezes acontecendo isso tipo ai não vai dar alta e três dias depois o paciente volta na parada os residentes vêem muito isso está vendo muito isso na clínica médica (RE2). As relações entre a gestão do serviço também foram mencionadas nas falas: que eu sinto que é isso que eu falei para a senhora, eu acho que é muita pressão da direção que acha que a clínica médica tem que abraçar tudo que eles, o que eles pedem (RE2).

Na **Classe 3**, os participantes mencionaram a importância da matriz de competências para guiar a residência em clínica médica: então é uma coisa que os residentes tinham se perguntado entre nós se existia isso então acho que inclusive há uma falta de conhecimento geral entre os residentes de clínica acho que é possível implantar a matriz de competência (RE1); [...] a matriz de competência eu acho que guiaria também um pouco o nosso estudo porque eu sei eu teria que estudar meu paciente mas às vezes é como se fosse quando os residentes se preparam para a prova de sub ou prova de residência (RE1); então os staff cobram e pedem que os residentes façam mas também compreender e aplicar as ciências básicas e clínicas apropriadas para a prática médica sempre considerando os aspectos epidemiológicos é lendo elas eu vejo muito da rotina dos residentes aqui (RE1). Foi informada a importância de incluir aspectos práticos baseados em evidências científicas na matriz de competências, como uma forma de nortear e avaliar o aprendizado adquirido: isso também acho que também que são coisas que são incorporadas na nossa prática diária acho que também isso fica sendo incorporado e fica inserido na matriz de competência para lembrar e para cobrar que isso exista também (RE1); os cuidados aos pacientes dentro da melhor evidência é acho que isso pelo menos essas primeiras matriz de competência aumentam mostra ainda mais a importância do staff acho que porque são a experiência do staff o conhecimento do staff é que vai ajudar a desenvolver isso (RE1); então eu acho a matriz de competência é essencial claro que nunca todos os treze residentes vão sair vão sair sabendo tudo do mesmo nível alguns vão sabendo mais de alguma coisa mais de outra (RE2).

Apesar de destacarem a importância da matriz de competências, mencionam não a conhecer: não conheço a matriz de competência não sabia nem que existia a matriz de competência na

verdade isso aqui vale para a vida médica as competências escritas na matriz de competência (RE1); não conheço a matriz de competência também não (RE2);

Um ponto importante em relação à matriz foi a possibilidade de ela ser adaptada para o contexto específico de cada residência: [...] *acho que a matriz de competência é essencial acho que a matriz de competência faz se incorporar também à realidade de cada residência [...] pelas condições técnicas de cada hospital tem hospital que não tem emergência aberta tem hospital que tem emergência tem hospital que às vezes enfrenta falta de recurso (RE1); são casos bem mais complexos aqui então acaba sendo uma matriz de competência que os residentes cumprem de outra forma não com atenção primária e secundária e entra o contexto de adaptação (RE1); dominar o manuseio de equipamentos de assistência ventilatória sim compreender e participar do atendimento aos pacientes em cuidados intensivos sim dominar as técnicas do suporte avançado cardiológico acho que essa matriz de competência está algumas matriz de competência são bem amplas (RE1).*

A matriz de competências é mencionada como uma ferramenta importante de planejamento da aprendizagem: *pelos condições técnicas de cada hospital tem hospital que não tem emergência aberta tem hospital que tem emergência tem hospital que às vezes enfrenta falta de recurso (RE1); [...] se por acaso faltar algum recurso num hospital e a matriz de competência exige aquilo dá espaço para você procurar em outros serviços essa exigência então acho que é obrigatória quase não conheço a matriz de competência (RE1).* Contudo, os participantes mencionaram que é necessário que a criação dessa matriz contemple a participação de profissionais do hospital, para torná-la mais adequada à realidade vivenciada: *que não sei se em alguma parte da nossa preceptorial que também tinha pensado e elaborado a própria matriz de competência do hospital e chega a terceiros que não participaram disso que não conhecem bem a estrutura do HGF e acho que isso pode prejudicar (RE1).*

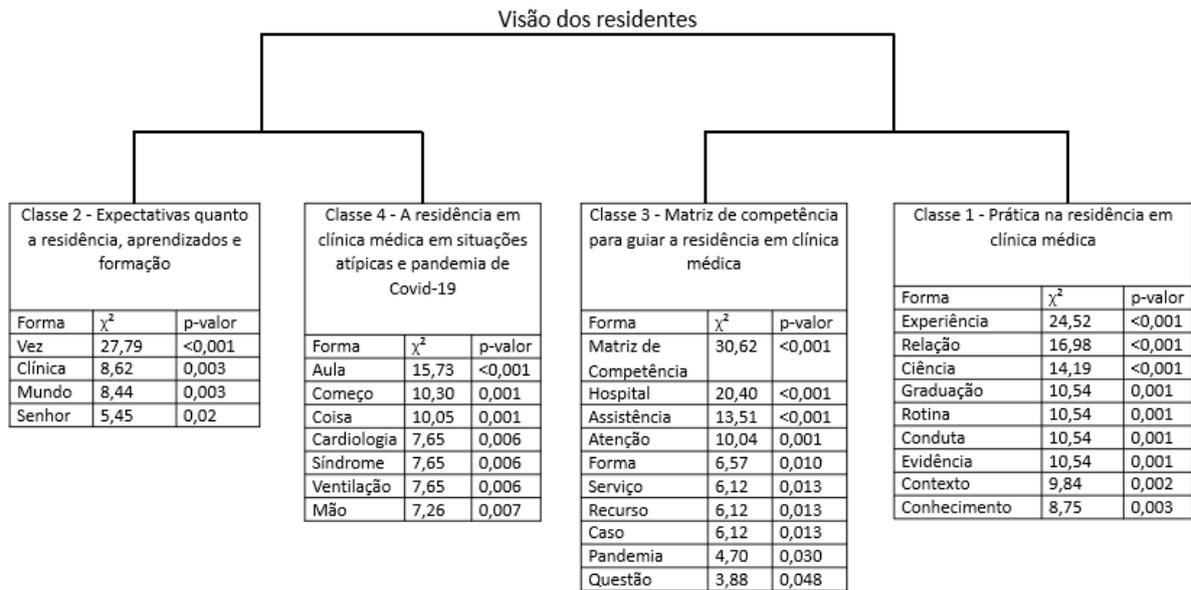
Os participantes consideraram viável a implantação da matriz, apesar de reconhecerem como um desafio a sua implantação: *eu acredito que é possível implantar a matriz de competência acredito que sim (RE1); eu acho super factível de tentar seguir a matriz de competência porque apesar de ter muitas coisas que os residentes aprendem na faculdade e muitas coisas aqui vai de bom senso também (RE2); eu acho que um desafio de implantar a matriz de competência tem a questão de recurso acho que isso se torna cíclico porque tem uma questão de governo relacionado (RE1); acho que a princípio primeiro que eu penso em dificuldades seriam essas da aplicação da matriz de competência (RE1).*

Na **Classe 4** foi evidenciada a experiência da residência em clínica médica em situações atípicas, incluindo a pandemia de Covid-19: *eu acho que os residentes tiveram algo que ganharam sim que os residentes ganharam sim acho que experiência com decisões difíceis mesmo*

com falta de recurso com pacientes graves (RE1); não que os residentes não vissem mas acho que talvez tenha aprendido a valorizar ainda mais do fisioterapeuta do enfermeiro do técnico da equipe toda a experiência também com o perfil de paciente bem mais grave (RE1); teve que do nada criar leitos de UTI fechar certo serviço diminuir vagas em outros serviços que são essenciais na nossa formação como clínico mas que não podia ser atendido naquele momento por razões óbvias e maiores (RE1); dos residentes atenderem os ambulatórios diminuíram os pacientes faltaram mais então isso foi uma perda mas ao mesmo tempo os residentes ganharam em relação a parte intensiva uma experiência maior com pacientes graves que precisava de suporte (RE1); querendo ou não nós somos residentes de dois anos de pandemia e é uma coisa que os residentes não estava preparados foi uma surpresa mundial e eu acho que dentro de tudo que aconteceu na verdade eu acho que agiram muito legal com os residentes (RE2); eu não sinto que eu perdi muito a minha residência que eu seria uma clínica muito melhor se eu não tivesse feito esses anos de covid porque infelizmente era o que o mundo precisava (RE2);

Na **Classe 1**, foi evidenciada a necessidade de melhoria da qualidade do ensino na graduação, com oportunidade para realização de procedimentos técnicos, tornando o aluno mais seguro quando chegasse na residência: *então acho que esse é um ponto em relação à parte técnica e também sobre a realização de procedimentos mesmo que acho que os residentes vão que eles também teoricamente os residentes teriam que sair da graduação sabendo (RE1); mas existe uma certa falha na graduação em relação a isso sobre punção lombar acesso central paracentese que os residentes vão incorporando a nossa rotina no próprio fluxo da residência mesmo que fica acontece até com uma certa frequência e os residentes vão conseguindo esses conhecimentos mais mecânicos (RE1); eu acho a matriz de competência essencial acho que era uma pergunta que inclusive os residentes se faziam terminando o primeiro ano de residência o que é que vai tornar o que é que vai saber que eu termino o primeiro ano de (RE1); mas a matriz de competência serve para tornar ter um parâmetro mínimo de conhecimento que os residentes tem que sair sabendo tem acho que tem caso de conheço pessoas que saíram da residência sem ter feito uma punção lombar na residência (RE1).*

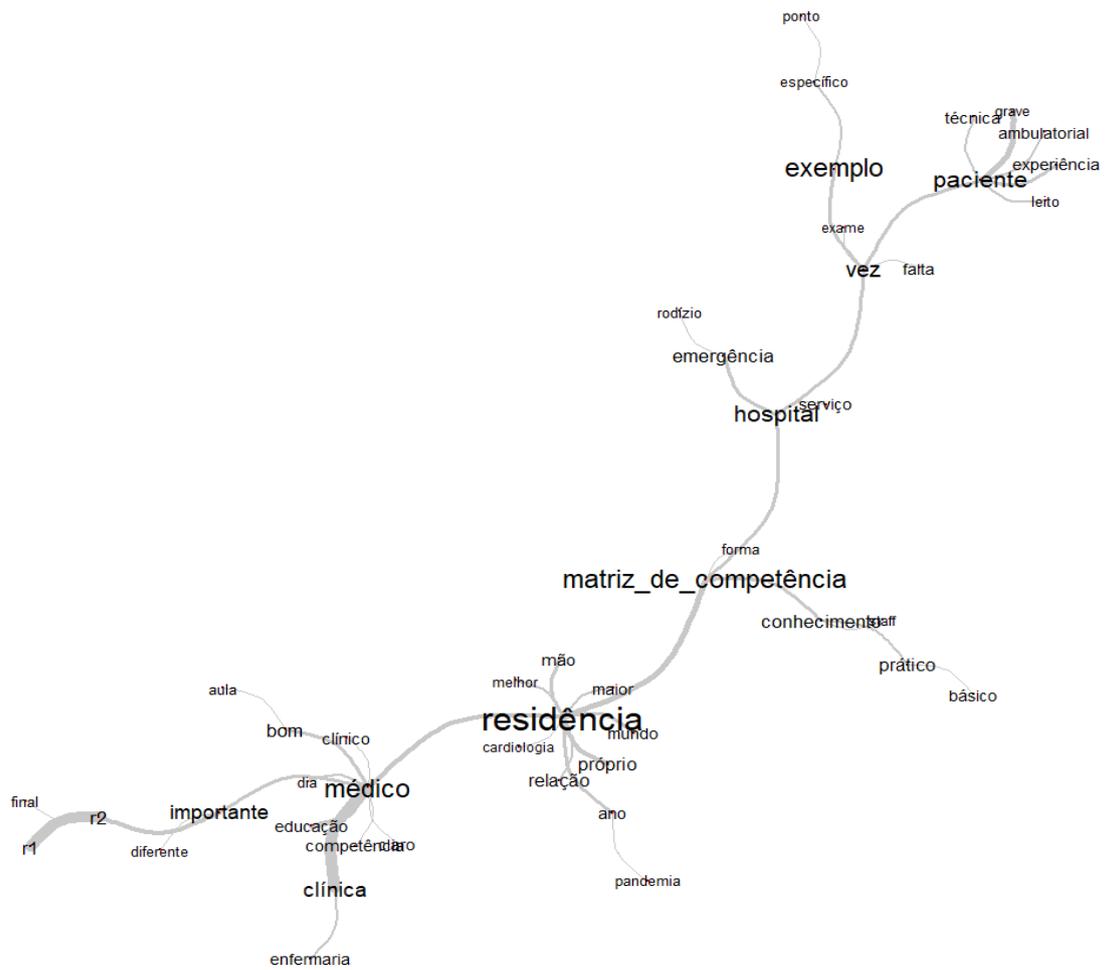
Figura 3 – Classificação Hierárquica descendente das falas dos residentes



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise de similitude permitiu observar quais elementos textuais estavam representados de forma mais próxima dentro da entrevista dos residentes. Observa-se como elementos centrais as palavras “residência”, “matriz de competência”, “médico”. Quanto à última é importante pontuar que os ramos ligados aos conhecimentos e competências adquiridos durante o R1 e R2 como elementos que circundam o médico residente.

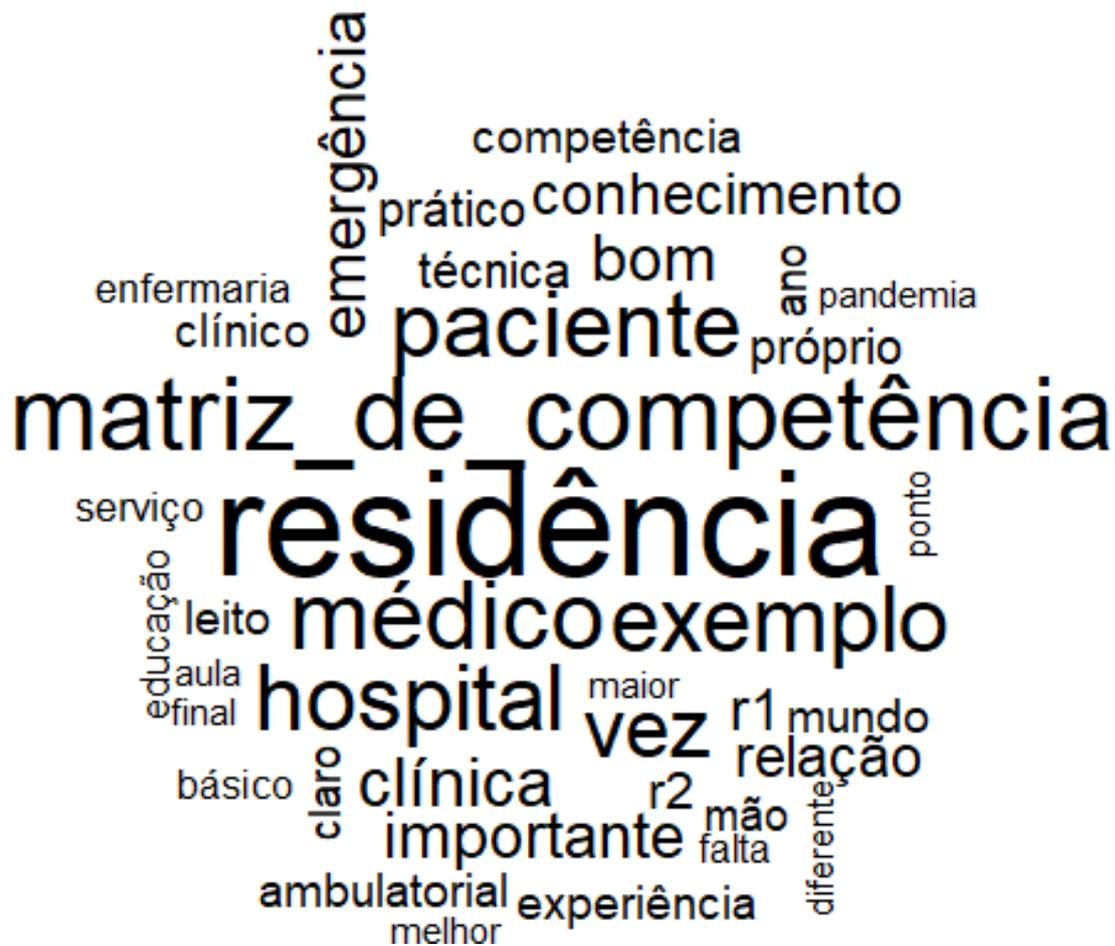
Figura 4 - Árvore de coocorrências das falas dos residentes



Fonte: Dados da pesquisa.

Por fim, é possível observar na nuvem de palavras a residência e a matriz de competências como elementos frequentes nas entrevistas dos residentes. Em torno dessas palavras observa-se elementos relacionados à prática, ao ambiente de residência, expectativas e sentimentos dos residentes.

Figura 5 - Nuvem de palavras das falas dos residentes



Fonte: Dados da pesquisa.

5.3.2 Preceptores

Na análise de classificação hierárquica descendente dos preceptores foram analisados oito textos (oito participantes), representando um total de 395 segmentos de texto, 2.287 formas e 14.028 ocorrências. Foram classificados 314 segmentos dos 395 que foram divididos em cinco classes conforme a figura a seguir.

Na **Classe 1**, foi frisada a possibilidade de implantação da matriz de competências na residência em clínica médica: *são objetivos que são realmente necessários e plausíveis de serem alcançados [...] os residentes são expostos a muitas situações muitos cenários que permitem que ele vai ter a capacidade e a oportunidade de treinar essas habilidades (P1); isso acompanhar as competências gerais na maioria dos cuidados eu consigo visualizar o preceptor aplicando elas inclusive nesse cenário posturas em situações de urgência e emergência (P1).*

Segundo os preceptores, a matriz de competências pode ser utilizada para maximizar a aprendizagem dos residentes: *organizar um ambiente que seja propício para o desenvolvimento de todas as habilidades que realmente são importantes para o profissional médico egresso da residência de*

clínica médica (P1); eu acho muito importante a matriz de competência porque vivemos num ambiente às vezes não tão controlado principalmente dentro de pandemia variabilidades entre os serviços seria importante a matriz de competência porque dá uma variabilidade entre os próprios residentes (P1); as competências de discussões aprimoramento do ponto de vista de ver patologias diversas situações (P2); ele vai saber mais ou menos os caminhos para onde ir eu acho que é importante ter uma matriz de competência para você chegar num raciocínio lógico abarcar tudo o que você gostaria que ele sáisse (P3); é eu acho que a matriz de competência é uma ferramenta de segurança nesse sentido de trazer um arcabouço mais firme (P3).

Porém, assim como os residentes, alguns preceptores referiram desconhecer a matriz de competências: *até o momento não eu vi a apresentação inicial da matriz de competência na época mas não teve outras discussões após (P1); talvez eu possa ter lido a matriz de competência mas dizer que sei de cabeça essas coisas não mas não sei nem se eu li não sei se foi disponibilizado e qual foi a forma que foi disponibilizada se foi entregue aos preceptores (P2); minha culpa minha máxima culpa não conheço a matriz de competência de 2021 (P4); não conheço a matriz de competência de 2021(P6).*

Outros preceptores mencionaram que a matriz de competências ainda não está sendo efetivada na prática: *porque foi construída a matriz de competência e não foi efetivada de fato ou incorporada na nossa prática clínica a falta da supervisão a falta de pegar e discutir como vamos traçar essa matriz de competência dentro do planejamento da residência (P3); a matriz de competência não é colocada e acaba sendo o dia a dia e essas competências são aprendidas sem serem enumeradas (P6). A matriz de competências foi vista como uma forma de avaliação da aprendizagem do residente: preceptor seja capaz de aplicar essas competências e pensar formas de avaliá-las de como estimular que os residentes as aprendam (P1); a matriz de competência traz uma ideia pro corpo de staffs e dos supervisores e dos preceptores que estão formando para onde eles devem atacar mais onde eles devem priorizar no sentido de organizar a residência (P3); a matriz de competência ela ajuda muito o preceptor a entender a formação do residente como é que tá essa formação atualmente traçar novas metas (P3); é outro dado que é da matriz de competência o que foi que eles tiveram de perda realmente o cronograma do aprendizado de clínica no sentido teórico de lidar com outras doenças complexas eles tiveram perdas importantes isso não tem dúvida disso (P4); se a residência tiver um plano de ação ela pode se moldar a partir desse plano de ação (P7).*

Apesar de reconhecerem os benefícios da matriz, alguns preceptores veem sua implantação como um desafio: *eu acho que o grande desafio é esse conseguir avaliar se o residente atingiu ou não essa competência e teria que fazer feedbacks regulares para poder em tempo hábil intervir se ele não tiver adquirindo aquela habilidade (P1); dentro do serviço de clínica médica deveria englobar mais na condição de residentes fazendo parte do serviço teria que assumir o papel maior no*

sentido de dar uma atenção à saúde mental deles não sei se é desajustamento (P6). Na **Classe 2**, os preceptores apontaram pontos de melhoria dos residentes:

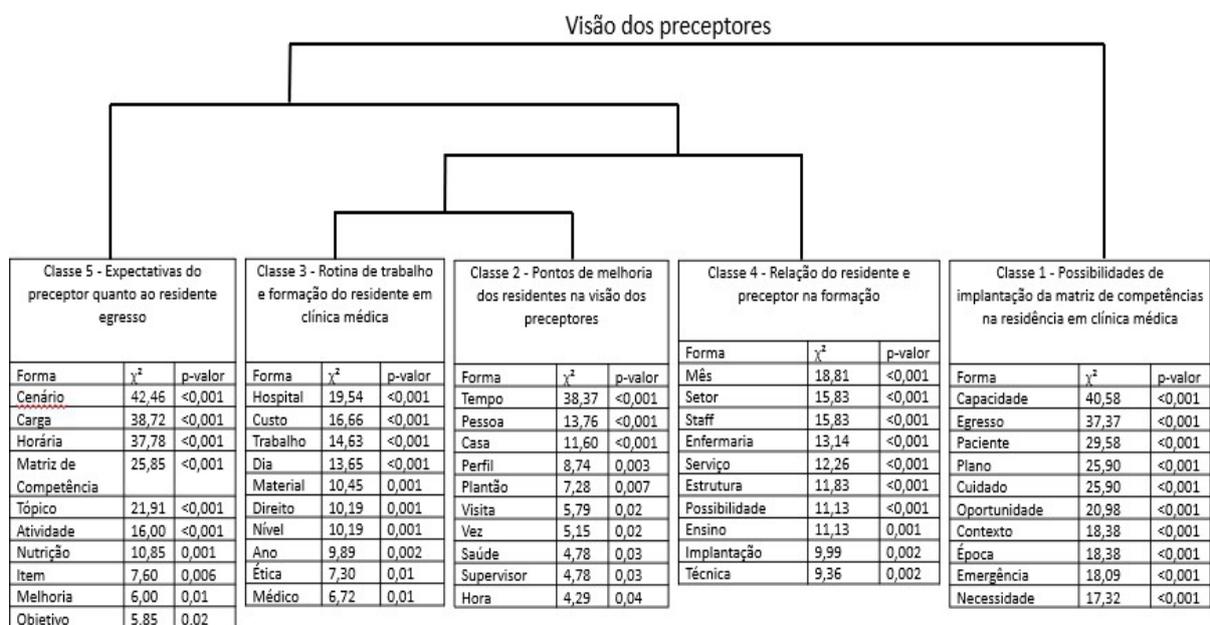
[...] e às vezes um residente que é mais proativo consegue agilizar um exame consegue agilizar uma biópsia o preceptor espera formar pessoas com essa proatividade dentro da realidade que não têm muito dinheiro para pagar exame caro (P2); você não aparece nas visitas você chega atrasado você falta o plantão (P2); a pessoa acha que é coisa pouca faltar uma prescrição está tendo visita na enfermaria e a pessoa não está participando depois vem se questionar porque a residência só trabalha (P2); entender também o objetivo e o custo daquilo que o preceptor está pedindo muitas vezes vejo grande desperdício de exames desnecessários terapias desnecessárias oxigênio que não precisa até entender como é a gestão de um hospital (P6); ter noções do que são as obrigações cumprir obrigações como residente incluindo essa questão de horário acho que faz parte é um aprendizado também de hierarquia que é outra coisa que eu acho importante (P6); fazendo tudo isso de forma ética sabendo se comunicar bem com a equipe e com os familiares e levando um clima bom com humor e com leveza o trabalho médico do dia a dia que é tão desgastante (P8).

Na **Classe 3**, os preceptores trouxeram depoimentos relacionados à rotina de trabalho e formação do residente em clínica médica: que algumas patologias vão necessitar que eles saibam o momento de pedir ajuda que ele tem a capacidade de seguir o que é da alçada dele o que não é que ele seja capaz de fazer o atendimento inicial e dar os devidos encaminhamentos que ele julgue necessário (P1); mas o residente quer discutir bem direitinho primeiro como é que é as repercussões da hipertensão o que é que isso traz pro paciente que vai ser extubado e você tendo que ligar e desligar a nora nem ligar a nora ou nupride agora (P5); e a residência tem algumas dificuldades da própria estrutura hospitalar e eu não falo do HGF eu falo serviço público mesmo e alguns serviços particulares de disponibilidade de material de possibilidade de material até de gastos (P6).

A **Classe 4** apresentou aspectos relativos à relação entre preceptor e residente na formação: apesar de que as coisas que eu fazia que era dos afetos o acolhimento dos residentes terminar e ter um coffee break e tudo isso permanece mas enfraquecidos mas que permanece e repetido por outros serviços (P4); dentro do serviço de clínica médica deveria englobar mais na condição de residentes fazendo parte do serviço teria que assumir o papel maior no sentido de dar uma atenção à saúde mental deles não sei se é desajustamento (P5); saber como encontrar esse equilíbrio é difícil porque na residência diz que sempre ele tem que estar supervisionado o preceptor não está supervisionando mas ele está decidindo junto a autonomia do residente às vezes fica muito deficiente (P6); às vezes fica tão focado que o preceptor acaba esquecendo um pouco para a parte científica sempre qualquer situação o residente vai aprender o médico não só o residente tá sempre aprendendo (P6).

Na **Classe 5**, os preceptores mencionaram algumas expectativas quanto ao residente egresso: *eu acho que o preceptor sempre acha que o trabalho foi bem feito se o residente que estiver se formando tiver algumas competências técnicas se ele tiver umas habilidades teóricas do ponto de vista de conhecimento das principais patologias de clínica médica do dia a dia (P2); eu espero do residente egresso uma capacidade muito ampla porque a nossa residência ela propicia muitos saberes porque é uma residência muito complexa que tem todas as especialidades juntas não na clínica médica (P4); espero que o residente egresso seja capaz de coletar uma história formular hipóteses ter um plano adequado para resolver aquele problema seja internado ou ambulatorialmente a depender do nível de complexidade do paciente e que consiga transmitir de volta à família ou ao paciente para o que será feito (P5); eu espero para o profissional médico egresso da residência de clínica médica um conjunto de fatores entre eles conhecimento técnico conhecimento médico mesmo muito adquirido através do estudo e também na prática com situações corriqueiras mesmo do dia a dia de ambulatório (P6); a expectativa é alta com o residente egresso o preceptor sabe que a faculdade ela prepara um médico generalista de uma forma superficial e esse médico ele não tem habilidades suficientes para atuar em situações de urgência complexa emergência complexa (P7); formamos o médico clínico da residência de clínica médica espero que os residentes egressos tenham plena capacidade de atuar em situações de urgência e emergência inclusive casos complexos (P7); o preceptor espera que o médico egresso da residência de clínica consiga lidar com as principais síndromes as mais comuns também não apenas as mais urgentes mas as mais comuns, dor lombar, cefaleia, insuficiência respiratória, pancitopenia (P7).*

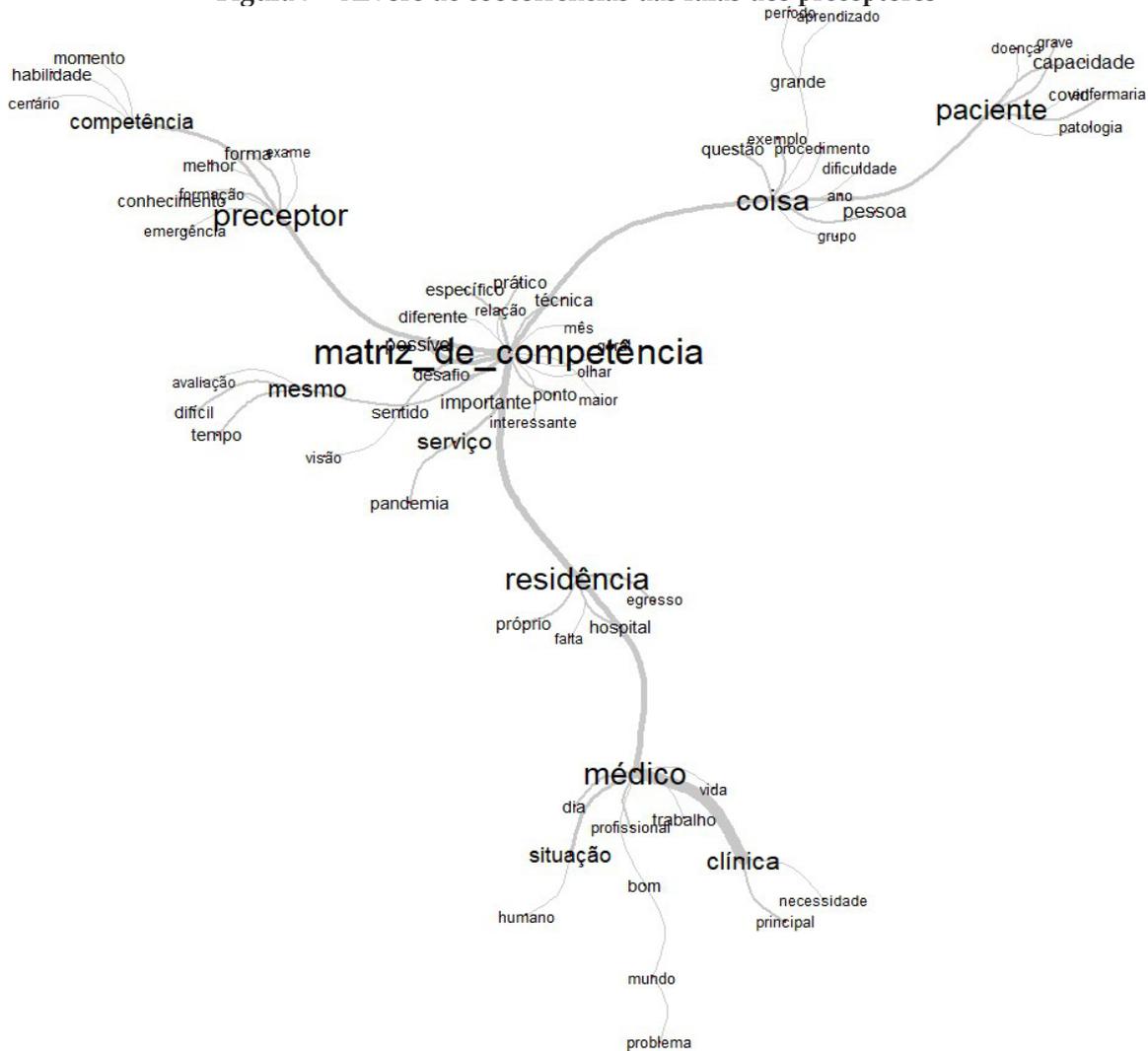
Figura 6 - Classificação Hierárquica descendente das falas dos preceptores



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise de similitude permitiu observar quais elementos textuais estavam representados de forma mais próxima dentro da entrevista dos residentes. Observa-se como elementos centrais as palavras “achar”, “residência”, “matriz de competência”, “médico” e “paciente”. Quanto à matriz de competência é importante pontuar que ela se encontra ligada a outro elemento central “achar”, pois expressa as opiniões dos preceptores quanto a essa ferramenta. Ainda quanto à matriz, observa-se que ela possui ramos ligados à possibilidade de implantação no hospital, elementos de trabalho como conhecimento específico, técnica, prática.

Figura 7 - Árvore de coocorrências das falas dos preceptores



Fonte: Dados da pesquisa.

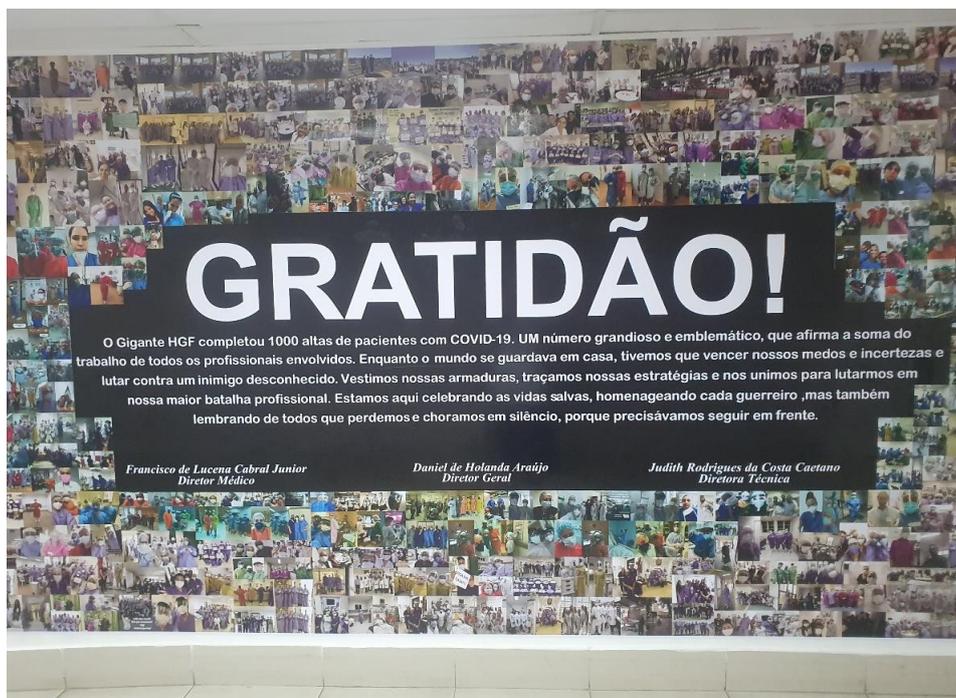
Por fim, é possível observar na nuvem de palavras matriz de competências, achar, médico, preceptor, paciente, residente e serviço como elementos frequentes nas entrevistas dos preceptores. Em torno dessas palavras observa-se elementos relacionados à capacidade de implantação dessa matriz, expectativas, e momentos atípicos como a pandemia na formação.

A atuação da autarquia engloba um trabalho pioneiro junto a programas de Residências em Saúde, Educação Profissional em Saúde, cursos e projetos nas áreas de Gestão, Atenção, Vigilância e Extensão em Saúde.

Durante a **pandemia de covid-19**, a ESP/CE também vem ganhando destaque com diversas iniciativas, como o desenvolvimento do capacete Elmo e do aplicativo iSUS, voltado para atender os profissionais da Saúde (SESA, 2022a, p. 2, p. grifos da publicação).

No HGF, a turma dos médicos residentes que conclui o programa de Clínica Médica em 2022, um dos grupos estudados nesta pesquisa, experimentou a coexistência da pandemia desde o seu início, em março de 2020. Com o surpreendente desconhecimento mundial em relação a este grave e desafiante problema de saúde, os médicos preceptores e residentes, assim como todos os profissionais da saúde, foram mergulhados nesse desconhecido e assustador cenário de trabalho. O HGF se tornou um dos maiores hospitais públicos do Ceará a combater ativamente a pandemia de COVID-19 no estado (Figura 9).

Figura 9 - Mural em homenagem aos profissionais que atuaram no combate ao COVID-19 no HGF



Fonte: Registro da autora.

O real impacto talvez alcance anos para ser avaliado (LIMA *et al.*, 2022). No estudo de Lima *et al.* (2022), o medo foi o sentimento mais referido pelos profissionais de saúde em relação à pandemia do COVID-19, gerando efeitos negativos na saúde mental e consequente desempenho técnico desses trabalhadores.

Nesse sentido, outras pesquisas nacionais também corroboram e apontam para a condição de sofrimento e exaustão dos profissionais de saúde durante a pandemia. Uma delas, intitulada Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto

da COVID-19, realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), vinculada à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e do Centro de Estudos Estratégicos (CEE/Fiocruz), através de questionário disponibilizado na internet para todo o território nacional, posteriormente publicada por Machado *et al.* (2022), obteve a participação de mais de 25 mil pessoas entre profissionais e trabalhadores da saúde, e demonstrou que “a pandemia alterou de modo significativo a vida de 95% desses trabalhadores” (LEONEL, 2021, p. 1).

Para a coordenação do estudo, quando em fase de divulgação admitia que:

A pandemia revelou a essencialidade da saúde em nossas vidas e paradoxalmente, revelou o quanto os profissionais de saúde não são considerados e respeitados nesse processo. Por meio da pesquisa, constata-se o estado de exaustão e sofrimento desses profissionais, que já entraram na pandemia adoecidos e cansados, e a situação sob a qual estão expostos só piorou tal quadro (LEONEL, 2021, p. 2).

Também, nos trabalhos de Vedovato *et al.* (2021) e Dantas (2021) fica evidente o impacto da pandemia relacionando o maior adoecimento dos profissionais da saúde nesse período. Nos estudos pontua-se e reforça-se a necessidade, não somente atual, mas anterior à pandemia, de cuidado ao profissional que atende a população brasileira, e que nesse momento adquire um destaque relevante.

Nesta situação dramática global, portanto, foram iniciadas as várias fases desta pesquisa que inicialmente admitira a rotina original vigente dos médicos preceptores e residentes do programa de Clínica Médica do HGF, assim como de todo o hospital. A coleta dos dados foi realizada quando os médicos preceptores e os residentes de segundo ano de Clínica Médica, haviam passado os seus últimos dois anos de suas especializações médicas imersos em incertezas, sofrimento, e esgotamento físico e mental. Além do mais, aos preceptores médicos, corpo clínico assistencial, somava-se ainda a responsabilidade na formação dos residentes naquele momento.

Entretanto, a despeito de toda essa situação, a pesquisa foi concluída apontando aspectos relevantes relativos ao seu objetivo geral e aos específicos, também se levando em conta situações atípicas na rotina hospitalar como nesse contexto de pandemia. A saber, quanto ao objetivo geral, o germen para reorganizar uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual.

Para os residentes, a matriz de competências é mencionada como uma ferramenta importante de planejamento da aprendizagem na residência médica do hospital e na possibilidade de ser adaptada para o contexto específico de cada residência, incluindo em contextos atípicos como o da pandemia. E os médicos preceptores, também reconhecem os benefícios da matriz de competências e o desafio de sua implantação, assim como algumas

expectativas quanto ao residente egresso do programa de residência médica em Clínica Médica do HGF.

5.4 Sugestões dos participantes em relação às matrizes

Levando-se em consideração a análise de dados desta pesquisa, houve concordância que uma matriz de competências para a residência médica implantada no HGF seria adequada e benéfica para a orientação do ensino e aprendizagem da especialização em Clínica Médica: *“se a gente olhar a maioria dos itens a gente já faz só que a gente não sabe que está fazendo dentro da matriz. É diferente. Só isso, né? Então, dá esse sentimento de unidade que a gente faz e está dentro dessa matriz, né? E [...] algumas coisas que a gente não está fazendo, porque provavelmente tem alguma coisa que a gente não está fazendo de maneira adequada, [...] ser um ponto de mais trabalho para a gente”* (P4); *“Eu acho que é uma proposta bem válida... Porque às vezes as coisas são tão amplas que a gente precisa ter um norte, né, um horizonte. Ah, a clínica médica é uma coisa muito vasta. Então, a gente precisa saber o mínimo que a pessoa teria que ter de competência técnica, [...] de competência prática e até ética do dia a dia. Então, seria interessante... eu esperaria que a matriz trouxesse essa formatação de, pelo menos, o mínimo de que cada um deveria exercer ou tentar aprimorar para ter uma boa formação”* (P2); *“acaba sendo o dia a dia e essas competências são aprendidas sem serem enumeradas. Mas eu acho que é uma coisa interessante, como disse é o básico que um médico formado em clínica médica tem que saber”* (P6).

A divisão das competências por cada ano da residência seria provavelmente adequada, pela cronologia da construção das competências e maturidade dos residentes: *“eu acho que seria [...] importante dividir, sabe? Porque eu acho que assim, né, é totalmente diferente o R1 do R2 [...] eu acho importante porque são maturidades diferentes”* (RE2); *“cada um se expõe a pacientes diferentes, a experiências diferentes [...] Eu acho importante você separar do R1 do R2, porque são dois anos que a gente [...] que são diferentes. Acho que, pelo menos, a gente encara de forma diferente. O R1 é um ano de [...] que você pega principalmente muita prática e que no R2 a gente pensa [...] a gente entende o R2 como uma hora de dar aquele conhecimento fino que você consegue ter”* (RE1). Um dos preceptores aponta que: *“a medicina é bem ampla, né? Então, em um ano realmente não daria para contemplar tudo. Mas, o problema é questão temporal mesmo, né? Mas, na minha concepção, o conhecimento não é linear, então não é obrigado você ser R2 para poder aprender uma determinada conduta”* (P2). E outro se questiona: *“Por que é que um residente é diferente do outro [...]? Criação, faculdade [...]? Ajustamento mental?”* (P5).

Em relação às diferenças entre as duas matrizes, houve o sentimento de uma matriz mais ampla na sugerida por Ponte *et al.* (2018) e mais específica na matriz da CNRM nº

14/2021. *“Então, ele coloca uma situação mais específica que é diferente da daqui do HGF que é um pouco mais geral [...] Ela (matriz da CNRM) é um pouco mais até objetiva [...] Coloca situações específicas que aí eu acho que até facilita a sua implantação” (P1).* Mas, também é vista a dificuldade nessa especificidade: *“existem alguns pontos específicos que talvez a gente possa ter dificuldade com materiais ou procedimentos e algumas coisas que talvez sejam muito ambiciosas. Mas, seria interessante pelo menos buscar cumprir a maior parte desses fatores aqui” (P8).*

Entretanto, o preceptor nota algo subjetivo na objetividade da ação contida no verbo “dominar” que é prevalente e técnico nesta Resolução: *“acaba entrando um pouco na subjetividade do que é dominar a técnica [...] Ele (documento da CNRM) usa muito esse termo de dominar a técnica e isso realmente requer, às vezes, uma quantidade de procedimentos [...], um ‘N’ muito grande [...] Existem algumas coisas que a gente não domina a técnica, mas às vezes a gente sabe por onde começar, e como resolver e por onde referenciar. Mas, dominar a técnica é um termo que se compromete muito, né? Dizer que domina uma técnica. Talvez, abra o espaço para subjetividade aí, do que seria esse termo” (P8).*

Comentou-se que a matriz de competências sugerida por Ponte *et al.* (2018) aponta para um perfil preexistente e que vem se incorporando e desenvolvendo na rotina do programa de residência médica no HGF ao longo do tempo: *“E quando a gente começa a elencar essas competências, a gente enxerga coisas fortes que a gente já tem [...], e pontos de melhoria, fragilidades que eu acho que são importantes para poder a gente fazer uma condução para onde a nossa residência ‘tá’ indo, como o nosso residente ‘tá’ se formando [...] E a gente enxerga, sabemos que na prática isso acontece” (P3).*

Concordou-se, também, que uma matriz de competências é adaptável e mutável: *“entender que ela não deve ser estática, ela é mutável ao longo do tempo. Porque as demandas profissionais mudam, também o perfil das gerações dos residentes muda ao longo do tempo. Então, eles vão ter demandas diferentes” (P3); “a gente vê um perfil totalmente diferente de residentes ‘da casa’ com os nossos pares aqui em Fortaleza mesmo” (P5); “Inclusive é uma matriz que ela tem que ser depois reavaliada periodicamente” (RE1).*

Também se mostrou uma ferramenta orientadora quanto à avaliação da aquisição das competências, tanto para os médicos preceptores quanto para os residentes. *“Nós somos diferentes. Então, muitas vezes a gente conduz naquilo que a gente acha que é mais importante do que outros, né? Então, tendo uma matriz eu acho que isso unifica mais... até para saber quando a gente vai avaliar o residente, o que é que nós esperamos dele” (P4); “cada competência tem um cenário diferente que aí, conseqüentemente, eu acredito que a avaliação deva ser diferente” (P1); “eu acho que é extremamente válido ter essa, digamos, essa base (a matriz) [...] Como se fosse um alicerce para moldar*

e a gente ter uma forma de até avaliação [...] Ah, será que foi cumprido aquilo que foi estabelecido ou não? Seria uma ferramenta que possa ser incluída com objetividade e uma forma mais, digamos assim, fácil de mensurar essas competências” (P2); “pelo que eu vejo da maioria (residentes), fazer prova, essas análises de competência, eu não acho um problema, eu vejo como algo bom. Assim, até fazer prova prática também acho, eu acharia que seria de alguma forma agregador para a gente. Não sei se está incluído dentro das matrizes. Mas, acho que também ter essas metas [...], as matrizes, eu acho que guiaria também um pouco o nosso estudo” (RE1).

E a maneira como poder-se-ia valorizar a preceptoria: “acho que falta realmente é mais profissionalismo [...] Realmente pessoas que estejam com horas, e adequadas e remuneração adequada para aquela atividade específica. Mas, ao mesmo tempo, são pessoas que devem ‘tá’ em campo atuando na prática, junto com o residente. Não tem muito como separar isso [...] que muitas vezes acaba se separando [...] Preceptor mais teórico da pessoa que ‘tá’ ali na prática, no dia a dia com os residentes, cada um fazendo um papel diferente, mas que na verdade isso tem que ser, né, em conjunto. Então, para isso, sem dúvida é necessário pessoal capacitado, com horário específico [...] remunerado especificamente para aquilo” (P8).

E os diversos desafios, incluindo as situações de saúde local e mundial, como tem acontecido no enfrentamento à pandemia de COVID-19. “Acho que sempre tem a questão do recurso, acho que isso acaba sendo cíclico porque tem uma questão de governo [...], relacionado a isso. A pandemia também é um exemplo disso, de dificuldade, porque não tinha como ninguém esperar ela [...] e a gente como residente, faz parte do hospital, tem que incorporar essa adaptação à necessidade que a sociedade precisa... existe uma perspectiva de mudança em algo, que não sei se em alguma parte da nossa preceptoria [...], que também já tinha pensado e elaborado a própria matriz do hospital e aí chega a terceiros que não participaram disso, que não conhecem bem a estrutura do HGF e acho que isso pode prejudicar” (RE1); “Eu acho que a cada vez mais o HGF está se tornando muito um hospital mais assistencialista do que de residência [...] eu noto que assim a principal meta da enfermagem é uma coisa que sempre incomoda todo mundo: é rodar leito para suprir a demanda da emergência” (RE2).

Os preceptores igualmente veem desafios na implantação de uma matriz de competências para a residência médica em Clínica Médica no HGF. “[...] conseguir avaliar se o residente atingiu ou não essa competência” (P1); “a adequação da carga horária” (P2); “entender que ela (matriz) não deve ser estática [...] planejar o rodízio dos residentes [...], os rodízios fora do hospital acho que é outro desafio que a gente não tem um gerenciamento direto do que eles devem fazer lá” (P3); “Ela (residência) perdeu uma identidade nesse período (pandemia) [...] Nós estamos fazendo o caminho de volta e é um caminho muito difícil porque, assim, do mesmo jeito que você planta sementes de harmonia, de autoestima, você também planta a semente de conflito, de baixa autoestima,

de um olhar mais conflituoso e isso não termina só no grupo que sai. Ele deixa germinar no grupo que entra [...] conseguir trazer de volta para os nossos valores, pro nosso olhar todas as coisas” (P4); “foi todo mundo tirado da zona de conforto [...] às vezes tem que trocar o pneu do carro andando... a vida do médico é assim [...] Qual setor teria a alcançar, atingir [...] objetivos para poder seguir fazendo parte ou até mesmo ir trocando os setores, até que atinja o mínimo que a gente determinou como matriz, competências para ser feito [...] a divisão de tarefas” (P5); “uma residência que acaba sendo muito prática e eu acho que a gente peca um pouco, não na parte teórica de artigos [...], mas de exatamente aplicar isso aí [...] da própria estrutura hospitalar e aqui eu não falo Hospital Geral de Fortaleza, eu falo serviço público mesmo, e até alguns serviços particulares de disponibilidade, de material [...] gastos” (P6); “dificuldade de comunicação, de diálogo entre a clínica médica e as outras especialidades para a gente fazer um conteúdo homogêneo pensado durante toda a residência [...] o próprio serviço de clínica médica precisa ser mais homogêneo dentro do serviço [...] os preceptores precisam valorizar ou chegar num consenso das principais habilidades que precisam ser estabelecidas [...] Precisa de uma identidade do serviço dentro de certos pontos cruciais para a gente [...] residente ter mais [...] patologias no nível secundário e primário que acabam sendo importantes pro residente de clínica e que no hospital terciário eles tem menos contato [...] a pesquisa clínica e a produção de trabalhos científicos é uma limitação que o hospital [...] a residência precisa desenvolver [...] a formação dos preceptores [...] terem uma formação mais adequada em ensino do que apenas conhecimento médico” (P7); “estrutura [...] para fazer um segmento com avaliações periódicas, [...] acompanhamento de perto dos residentes [...], preceptor e supervisor [...] com uma boa carga horária especificamente para isso [...] demanda tempo e pessoal [...] ter quem faça essa avaliação e o acompanhamento dos residentes. Para estar sempre avaliando se essas competências estão sendo realmente treinadas in loco, ou não. Eu acho que a gente ainda não tem essa capacidade no momento” (P8).

6 PRODUTO TÉCNICO

O presente trabalho é o produto final da pesquisa que faz parte do Mestrado Profissional Ensino na Saúde - CMEPES da Universidade Estadual do Ceará, campus Itaperi, intitulada “Matriz de competências estruturada na percepção de médicos preceptores e residentes para a residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual”. Foi produzida uma matriz de competências recomendada para a residência médica em clínica médica em hospital público estadual, e situa-se na linha de pesquisa: desenho e avaliação de programas educacionais.

A demanda deste produto técnico partiu da experiência própria da pesquisadora que atua na formação de médicos em cenários de prática, vivenciando as incertezas diante da imprevisibilidade de cada situação médica em que vidas estão a depender de diversos

fatores, inclusive de sua assistência. A orientação dos médicos residentes é realizada em circunstâncias reais, relacionando aprendizagens, todos atentos à construção de profissionais voltados para a totalidade dos indivíduos. Apesar da relevância para a especialização médica e consequente qualificação para o sistema de saúde, até o momento, inexistiu uma matriz de competências aplicada ao programa de residência médica em Clínica Médica no cenário da pesquisa. Neste sentido, o produto técnico criado poderá beneficiar médicos preceptores, residentes e gestores, promovendo a discussão da formação pedagógica para a residência médica em clínica médica. Consequentemente, a sua implantação poderá aprimorar a qualificação dos profissionais médicos no atendimento aos usuários do sistema único de saúde.

O objetivo, portanto, da pesquisa foi estruturar uma matriz de competências com base na percepção de médicos preceptores e residentes para a residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual e os desafios para a sua implantação. Para isso, analisou-se a matriz de competências da Comissão Nacional de Residência Médica e a elaborada no Hospital Geral de Fortaleza para a residência médica em Clínica Médica, no intuito da integração do conteúdo à matriz a ser proposta; identificou-se o perfil profissional dos médicos preceptores e residentes da Clínica Médica; e averiguou-se a percepção dos médicos preceptores e residentes sobre as competências para a formação de especialistas na área de residência médica em Clínica Médica para que fosse possível recomendar a implantação de uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual, como produto técnico.

A matriz de competências se inicia com os objetivos de aprendizagem para orientar o conteúdo a ser adquirido pelos médicos residentes ao longo dos dois anos do programa de residência médica em Clínica Médica. Em seguida, são elencadas as competências relevantes evidenciadas pelos pesquisados. Por fim, descreve-se as competências que devem ser construídas em cada ano desse programa, mencionando o espaço de atuação, os cenários de aprendizagem, os rodízios e a carga horária anual da residência médica em Clínica Médica no hospital estudado.

O cenário da pesquisa foi o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) que é um dos maiores centros formadores do Brasil, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital de ensino médico e multiprofissional, com o maior número de programas de residência médica do estado do Ceará. O HGF também está credenciado para programas de residência uni e multiprofissional.

Assim, a partir da análise das matrizes estabelecidas no HGF para o programa de residência médica em Clínica Médica, da identificação do perfil profissional e da percepção dos médicos preceptores e residentes sobre as competências para a formação de especialistas na área de residência médica em Clínica Médica foi possível recomendar a implantação de uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual.

De fato, as contínuas mudanças nos cenários, épocas, situações, material humano e tecnológico, haverá a necessidade de constante atualização da matriz de competências nesse momento proposta para o contexto da residência médica em Clínica Médica no HGF. São necessários estudos posteriores quanto à implementação da matriz de competências, seus impactos, seus pontos de melhoria, sendo avaliada e reavaliada ciclicamente, com olhar investigativo e ação para melhoria da prática.

Como dito, embora exista de uma matriz elaborada por médicos preceptores do serviço de Clínica Médica do HGF, em 2018, e mais recentemente, em 2021, a matriz de competências para o programa de residência médica em Clínica Médica disposta pelo Ministério da Educação, não há uma matriz de competências aplicada ao programa de residência médica em Clínica Médica no HGF, quiçá no estado do Ceará. Além disso, não se tem definição de um plano para a efetivação dessas competências no cenário proposto.

O produto técnico resultou da abordagem qualitativa e quantitativa, de estudo descritivo exploratório e de método estudo de caso. Os participantes da pesquisa que embasou este produto foram os médicos preceptores e residentes do programa de residência médica em Clínica Médica, no cenário do HGF. Em posse dos resultados da investigação através da coleta e análise de dados, e em conformidade com os procedimentos éticos, recomendou-se uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual.

Por fim, vislumbra-se a possibilidade de uma futura pesquisa com base na metodologia da pesquisa-ação em que poder-se-á trabalhar desde a análise e planejamento das ações recomendadas no produto técnico para avaliação de forma contínua e cíclica. Sendo entendida, então, a proposta da matriz de competências para a residência em Clínica Médica no HGF orgânica, configurando-se um processo de desenvolvimento continuamente modificável de tempos em tempos, conforme suas necessidades.

A relevância deste Produto Técnico pode vir a ser para os médicos preceptores e residentes, quanto para gestores e no ensino da medicina em hospital público estadual uma proposta de discussão da formação pedagógica para a residência médica, podendo se

estender para a rede estadual do ensino médico no Ceará. Neste sentido, poderá colaborar também, caso seja implantado, para uma melhor qualificação dos profissionais médicos no atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Seguem-se, agora, as recomendações para a implantação de uma matriz de competências aplicável à residência médica em Clínica Médica em hospital público estadual com base na Resolução CNRM N° 14/ 2021 (BRASIL, 2021), o estudo de Ponte *et al.* (2018) que tem suporte no projeto pedagógico da Clínica Médica do HGF (HGF, 2020) e nos resultados da pesquisa realizada. Apresenta-se, inicialmente, o quadro geral da matriz de competências para a residência médica em Clínica Médica onde constam as colunas relativas às competências, à aquisição e ao cenário de desenvolvimento das competências, e à avaliação do residente com o responsável, no quadro 5.

Quadro 5 - Quadro geral da matriz de competências para a residência médica em Clínica Médica

Competências	Aquisição	Cenário	Avaliação/ Responsável
<p>Conhecimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dominar conceitos, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico das condições de saúde prevalentes em Medicina Interna. • Dominar a anamnese e exame clínico, formulando hipóteses diagnósticas, solicitando e interpretando exames complementares. • Compreender e analisar custos da prática médica, utilizando-os em benefício do paciente. • Participar de pesquisa clínica e produzir trabalhos científicos com 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria de internação da clínica médica e dos serviços de especialidades • Ambulatórios gerais da clínica médica e de especialidades • Urgência e emergência clínica • Unidades de Terapia Intensiva • Unidades de atendimento de doenças infecciosas • Estágios eletivos • Serviço de cuidados paliativos • Unidades básicas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Prova escrita; apresentação oral (visitas, sessões clínicas e seminários) <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos preceptores e supervisão • Prática nos cenários reais e simulados <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos preceptores e supervisão • Trabalho de conclusão de curso, apresentação ou publicação de trabalho científico <ul style="list-style-type: none"> ○ Médico preceptor orientador, supervisão e banca de TCC (quando for o caso) • Portfólio do residente (ANASTASIOU, 2006) <ul style="list-style-type: none"> ○ Residente e supervisão • Feedbacks com a preceptoria e supervisão

	<p>curiosidade crítica na busca de conhecimento e serviço à comunidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos vinculados à residência • Reuniões científicas 	
Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar técnicas de atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde. • Realizar prescrição de plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente, dando seguimento clínico após a alta hospitalar, efetuando registros claros em prontuário. • Aplicar técnicas de protocolos clínicos e procedimentos invasivos. • Aplicar normas de segurança e prevenção de agravos relacionados à assistência na saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria de internação da clínica médica e serviços de especialidades • Ambulatórios gerais da clínica médica e de especialidades • Urgência e emergência clínica • Unidades de Terapia Intensiva • Unidade de atendimento de doenças infecciosas • Serviço de cuidados paliativos • Unidades básicas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática nos cenários reais e simulados <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos preceptores e supervisão • Portfólio do residente <ul style="list-style-type: none"> ○ Residente e supervisão • Feedbacks com a preceptoria e supervisão

<p>Atitudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agir de forma profissional e humana, zelando pelo bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, com respeito, empatia e ética. • Tomar decisões demonstrando controle emocional, equilíbrio e liderança em situações adversas. • Zelar pelo autocuidado e autoconhecimento, estabelecendo metas de aperfeiçoamento pessoal e profissional, e reivindicando adequadas condições de trabalho. • Analisar a própria atuação médica, identificando 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria de internação da clínica médica e serviços de especialidades • Ambulatórios gerais da clínica médica e de especialidades • Urgência e emergência clínica • Unidades de Terapia Intensiva • Unidade de atendimento de doenças infecciosas • Estágios eletivos • Serviço de cuidados paliativos • Unidades básicas de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática nos cenários reais e simulados <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos preceptores e supervisão • Escalas de atitudes <ul style="list-style-type: none"> ○ Médicos preceptores, supervisão, equipe multiprofissional, chefias e pesquisa de satisfação do paciente • Acompanhamento e parecer psicológico <ul style="list-style-type: none"> ○ Supervisão e serviço de suporte psicológico/psicanalítico • Portfólio do residente <ul style="list-style-type: none"> ○ Residente e supervisão • Feedbacks com a preceptoria e supervisão
------------------------	---	---	---

	<p>forças e limitações, exercendo a autoavaliação e solicitando <i>feedback</i> de preceptores e colegas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorizar a relação custo/benefício na prática médica, visando a melhor terapêutica, a qualidade do atendimento e os recursos disponíveis em saúde. 		
--	---	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

6.1 Objetivos de aprendizagem da residência médica em clínica médica

6.1.1 Objetivos gerais

- Realizar o atendimento clínico do adulto, do idoso e da mulher, a nível individual e coletivo.
 - Realizar investigação diagnóstica e plano terapêutico no âmbito ambulatorial e hospitalar, nos diversos níveis de atenção à saúde em sua área de atuação.
 - Gerar vínculo na relação interpessoal e identidade de membro do sistema de saúde.
 - Intervir na prevenção de doenças e agravos de saúde, na promoção e recuperação da saúde do indivíduo e da sociedade.
 - Desenvolver o conhecimento científico e o pensamento crítico e reflexivo para atuar de forma autônoma.
- Ser capaz de praticar a comunicação verbal e não verbal, transmitindo empatia.
 - Estar comprometido com o paciente sob seus cuidados.

- Buscar o desenvolvimento profissional por intermédio da educação permanente.
- Compreender os determinantes sociais do processo de saúde e doença.
- Exercer a liderança na equipe multiprofissional de saúde, respeitando a atuação e autonomia de cada profissional.

6.1.2. *Objetivos Específicos*

- Se tornar especialista em Clínica Médica com o conhecimento necessário na avaliação dos agravos clínicos e suas complexidades na população adulta.
- Realizar atendimento ao paciente portador de afecções e comprometimentos gerais e específicos, visando a recuperação da integridade física e mental, e a prevenção de agravos.

6.1.2 *Competências relevantes*

A relevância das competências foi evidenciada pelos pesquisados no questionário formulado de acordo com as competências organizadas por Ponte *et al.* (2018) e divididas em: conhecimentos, habilidades e atitudes, a serem desenvolvidos durante os dois anos de residência médica. Foram classificadas pelos respondedores com atribuição de valor entre essencial, importante ou interessante, prevalecendo as respostas “essencial” e “importante” onde todas as categorias foram contempladas. Não foram atribuídas competências como valor “interessante” em percentual significativo.

As recomendações por grau de valor estão elencadas no quadro 6.

Quadro 6 - Competências essenciais e importantes nos domínios de conhecimentos, habilidades e atitudes

Domínios	Essencial	Importante
Conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> · Dominar conceitos, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento e prognóstico das condições de saúde prevalentes em Medicina Interna. 	<ul style="list-style-type: none"> · Compreender e analisar custos da prática médica, utilizando-os em benefício do paciente.
	<ul style="list-style-type: none"> · Dominar a anamnese e exame clínico, formulando hipóteses diagnósticas, solicitando e interpretando exames complementares. 	<ul style="list-style-type: none"> · Participar de pesquisa clínica e produzir trabalhos científicos com curiosidade crítica na busca de conhecimento e serviço à comunidade.
Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> · Aplicar técnicas de atendimento ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção à saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> · Aplicar técnicas de protocolos clínicos e procedimentos invasivos.
	<ul style="list-style-type: none"> · Realizar prescrição de plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente, dando seguimento clínico após a alta hospitalar, efetuando registros claros em prontuário. 	<ul style="list-style-type: none"> · Aplicar normas de segurança e prevenção de agravos relacionados à assistência na saúde.

Atitudes	<ul style="list-style-type: none"> · Agir de forma profissional e humana, zelando pelo bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, com respeito, empatia e ética. 	<ul style="list-style-type: none"> · Analisar a própria atuação médica, identificando forças e limitações, exercendo a autoavaliação e solicitando <i>feedback</i> de preceptores e colegas.
	<ul style="list-style-type: none"> · Tomar decisões demonstrando controle emocional, equilíbrio e liderança em situações adversas. 	<ul style="list-style-type: none"> · Valorizar a relação custo/benefício na prática médica, visando a melhor terapêutica, a qualidade do atendimento e os recursos disponíveis em saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> · Zelar pelo autocuidado e autoconhecimento, estabelecendo metas de aperfeiçoamento pessoal e profissional, e reivindicando adequadas condições de trabalho. 	

Fonte: HGF (2020).

6.3 Matriz de competências

A seguir, descreve-se as competências que se devem construir, preferencialmente, em cada ano do programa de residência médica em Clínica Médica. As competências estão divididas ao longo dos dois anos, porém não são exclusivas ou limitadas nessa temporalidade. Elas deverão ser desenvolvidas de forma progressiva e compositiva, didaticamente, de acordo com as peculiaridades próprias do programa de residência médica, do médico residente e dos cenários de prática.

6.3.1 Médico residente do primeiro ano

- Realizar anamnese e exame clínico completo, formular hipóteses diagnósticas, solicitar e interpretar exames complementares, e traçar condutas individualizadas para cada paciente.
- Dominar os conceitos básicos, fisiopatologia, critérios diagnósticos e princípios fundamentais do tratamento das síndromes e das doenças mais prevalentes em Clínica Médica.
- Avaliar e interpretar os exames laboratoriais, exames de imagens, cardiológicos e respiratórios.
- Realizar a prescrição do plano terapêutico, informado e aceito pelo paciente ou seu responsável legal.
- Esclarecer, em linguagem apropriada, para o entendimento sobre os procedimentos a serem realizados, suas indicações e complicações, salvo em caso de risco iminente de morte do paciente.
- Acompanhar o paciente da internação até a alta hospitalar, e produzir relatório para a continuidade terapêutica e o seguimento clínico.
- Realizar adequadamente atendimento ambulatorial em atenção primária, secundária e terciária.
- Dominar a técnica de reposição volêmica, de acesso venoso central e periférico com cateteres e implantação da pressão arterial média.
- Realizar atendimento de urgência e emergência geral, desde a abordagem clínica, à solicitação e interpretação de exames complementares, assim como a realização de procedimentos invasivos necessários nessa condição.
- Aplicar técnicas do suporte avançado de vida e reanimação cardiorrespiratória, e o uso de equipamentos de monitorização, diagnóstico e suporte.
- Realizar manejo de vias aéreas e adequação de suporte ventilatório invasivo e não invasivo.
- Compreender e participar do atendimento aos pacientes em cuidados intensivos.
- Avaliar e compreender o tratamento de pacientes em cuidados paliativos.
- Avaliar e compreender as afecções agudas e crônicas prevalentes em cardiologia, pneumologia, neurologia, gastroenterologia, psiquiatria, endocrinologia, nefrologia, reumatologia e doenças infecciosas.
- Avaliar e compreender as doenças hematológicas mais frequentes, as disfunções de coagulação e sangramentos, e aplicar o uso racional de hemocomponentes e hemoderivados.
- Realizar a técnica de paracentese e introdução de sondas gástricas, enterais, retais, vesical.
- Aplicar os conceitos fundamentais da ética médica e aspectos médico- legais envolvidos no exercício da prática médica.

- Manter bom relacionamento com a equipe de saúde, pacientes e familiares, comportando-se de acordo com os preceitos éticos e bioéticos.
- Valorizar a importância médica, ética e jurídica de registrar os dados do paciente no prontuário de forma objetiva, completa e atualizada, contendo todas as informações pertinentes ao caso.
- Compreender os mecanismos utilizados para concessão de medicamentos para os pacientes por meio da assistência farmacêutica.
- Valorizar a relação custo/ benefício para as boas práticas na indicação de medicamentos e exames complementares, analisando os custos da prática médica em benefício do paciente.
- Estabelecer relação respeitosa com o preceptor, equipe de trabalho e todos os funcionários do hospital.
- Compreender a necessidade de atuar sob supervisão da preceptoria nas atividades da residência médica.
- Participar de pesquisa clínica e de produção de trabalhos científicos.

6.3.2 Médico residente do segundo ano

- Aplicar conhecimentos e habilidades na prevenção da doença e na promoção da saúde.
- Realizar atendimento do paciente com patologias cardiológicas prevalentes e de maior gravidade, aplicando protocolos e técnicas terapêuticas pertinentes.
- Realizar a técnica de tratamento do paciente portador de tromboembolismo pulmonar.
- Realizar o tratamento de pacientes em unidades de cuidados intensivos.
- Dominar a técnica de tratamento de pacientes portadores de doenças infecciosas, incluindo o vírus HIV.
- Realizar atendimento e tratamento dos pacientes portadores de doenças reumáticas, doenças imunes e autoimunes, e doenças granulomatosas e não granulomatosas.
- Dominar as técnicas de atendimento dos pacientes diabéticos e os acometidos por afecções endocrinológicas.
- Compreender, indicar e aplicar a técnica de nutrição enteral e parenteral.
- Compreender e aplicar as normas de biossegurança e de prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde.
- Analisar a relação custo/ benefício para o tratamento das doenças, selecionando os métodos de investigação diagnóstica adequados e a melhor terapêutica, visando a melhor qualidade do atendimento.
- Dominar a indicação e prescrição de antibióticos, antivirais e antifúngicos.

- Aplicar as técnicas de tratamento dos pacientes portadores de insuficiência renal aguda e crônica.
- Avaliar e compreender as técnicas de tratamento dos pacientes oncológicos.
- Manejar o suporte para os pacientes e familiares nos casos de medicina paliativa e de terminalidade da vida.
- Tomar decisões sob condições adversas, com controle emocional e equilíbrio, e demonstrar seus conhecimentos e sua liderança para minimizar complicações, mantendo-se consciente de suas limitações.
- Participar de pesquisa clínica e da produção de trabalhos científicos.
- Produzir um trabalho científico e apresentá-lo em congresso médico ou publicar em revista científica ou apresentar publicamente como monografia.

6.3.3 Procedimentos técnicos

Segue a lista dos procedimentos técnicos que englobam métodos diagnósticos e terapêuticos a serem realizados nos cenários de prática durante os dois anos do programa de residência médica em Clínica Médica, dentro da matriz de competências recomendada.

- Anamnese e exame clínico.
- Monitorização e bases da utilização e manuseio do oxímetro digital.
- Bases técnicas da aspiração traqueobrônquica e da coleta de secreção traqueal diagnóstica.
- Punção, drenagem pleural e biópsia pleural com o uso de agulha e drenos.
- Punção de acesso venoso periférico, venóclise e coleta de amostra sanguínea.
- Cateterização venosa central (cateteres venosos centrais) guiada por ultrassom e dissecação venosa (flebotomia).
- Punção arterial para gasometria e monitorização.
- Monitorização contínua da pressão arterial média (métodos invasivos e não invasivos).
- Punção de acesso venoso central para monitorização de pressão venosa central (PVC).
- Utilização de acessos parenterais (intramuscular, endovenoso, subcutâneo, intraósseo).
- Passagem de sonda nasogástrica e nasoentérica.
- Drenagem gástrica diagnóstica, lavagem e esvaziamento gástrico.
- Esvaziamento de fecaloma.
- Paracentese abdominal e lavado peritoneal diagnóstico.

- Cateterismo vesical via uretral e suprapúbica (cistostomia).
- Punção aspirativa e biópsia de gânglios.
- Bases técnicas de coleta de sangue arterial e venoso, secreções, líquidos e tecidos corporais para culturas e/ou outros exames diagnósticos ou subsidiários.
- Bases para punção lombar e coleta de líquido cefalorraquidiano (LCR).
- Punção de medula esternal (mielograma) e biópsia óssea.
- Punção articular.
- Esfregaço e coloração (Leishman) de sangue periférico e sua análise.
- Noções de urinálise.
- Técnicas básicas de desobstrução respiratória e aspiração de secreções.
- Intubação e extubação orotraqueal.
- Técnicas para cricostomia e traqueostomia.
- Assistência ventilatória invasiva e não invasiva.
- Reanimação cardiopulmonar e cerebral.
- Cardioversão e desfibrilação cardíaca elétrica e química.
- Bases da estimulação cardíaca temporária (instalação de marcapasso provisório cutâneo).
- Conhecimento e aplicação da Farmacologia clínica.
- Suporte nutricional geral e nas insuficiências orgânicas (bases da nutrição enteral e parenteral).
- Implante de cateter peritoneal e venoso para diálise peritoneal e hemodiálise, respectivamente, em situações de urgência e emergência.
- Utilização das técnicas de biossegurança e precauções universais e de prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde.
- Drenagem de abscessos, suturas elementares e curativos.
- Desbridamento da úlcera por pressão (escaras de decúbito).
- Terapêutica transfusional e tratamento das reações transfusionais
- Diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potencial doador de órgãos.

6.4 Cenários e estrutura

Os Quadros 7 e 8 apresentam informações sobre espaço de atuação, cenários de aprendizagem, rodízios e carga horária anual da residência médica em Clínica Médica.

Quadro 7 - Espaço de atuação e cenários de aprendizagem

<ol style="list-style-type: none"> 1. ENFERMARIA DE INTERNAÇÃO DA CLÍNICA MÉDICA 2. AMBULATORIOS GERAIS DA CLÍNICA MÉDICA 3. URGÊNCIA E EMERGENCIA CLÍNICA 4. ENFERMARIAS EM SERVIÇOS DE ESPECIALIDADES 5. AMBULATÓRIOS DE ESPECIALIDADES 6. UTI CLÍNICA 7. UTI CARDIOLÓGICA 8. UTI RESPIRATÓRIA 9. UNIDADE DE ATENDIMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS 10. ESTÁGIOS ELETIVOS 11. SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS 12. UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 13. CURSOS VINCULADOS À RESIDÊNCIA 14. REUNIÕES CIENTÍFICAS SEMANAIS

Fonte: HGF (2020).

Quadro 8 - Rodízios e carga horária anual (percentual)

PRIMEIRO ANO – R1	SEGUNDO ANO – R2
· Unidade de internação em enfermaria de Clínica Médica Geral: mínimo de 20% da carga horária anual.	· Unidade de internação em enfermaria de Clínica Médica Geral: mínimo de 20% da carga horária anual.
· Unidade de internação em enfermaria de especialidades: mínimo de 20% da carga horária anual.	· Ambulatório de clínicas especializadas: mínimo de 10% da carga horária anual.
· Ambulatório geral e em unidade básica de saúde: mínimo de 20% da carga horária anual.	· Ambulatório de Clínica Geral e Unidade Básica de Saúde: mínimo de 30% da carga horária anual.
· Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual.	· Urgência e emergência: mínimo de 15% da carga horária anual.

<ul style="list-style-type: none">· Unidade de terapia intensiva: mínimo de 5% da carga horária anual.	<ul style="list-style-type: none">· Unidade de terapia intensiva: mínimo de 5% da carga horária anual.
<ul style="list-style-type: none">· Estágios obrigatórios: Cardiologia, Gastreenterologia, Nefrologia e Pneumologia.· Estágios opcionais: Dermatologia, Radiologia e Diagnóstico por imagem, Endocrinologia, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Infectologia, Neurologia, Reumatologia, ou outros a critério da Instituição.	

Fonte: HGF (2020).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância da especialização médica na modalidade residência médica e consequente qualificação para o sistema de saúde tem sido tema de estudos para o aperfeiçoamento dos modelos de formação profissional. Como pressuposto no início dessa pesquisa, não se tem clareza do modelo a ser seguido pelos médicos preceptores e residentes no programa de Residência Médica em Clínica Médica do HGF. Mesmo com as orientações contidas no Projeto Pedagógico do programa, a legislação vigente e a proposta advinda de um estudo local, até o momento, inexistente uma matriz de competências aplicada ao programa de residência médica em Clínica Médica no cenário da pesquisa.

Com essa inquietação, e para responder ao questionamento da pesquisadora se seria possível estruturar uma matriz de competências aplicável ao programa de residência médica em Clínica Médica do HGF e os desafios para a sua implantação, averiguou-se a percepção dos médicos preceptores e residentes sobre as competências para a formação de especialistas na área de residência médica em Clínica Médica. Além disso, foram analisadas as matrizes de competências para a residência médica em Clínica Médica, a validada pelos médicos preceptores do programa de Clínica Médica do HGF por Ponte *et al.* (2018) e a da CNRM nº 14/2021, no intuito da integração do conteúdo à matriz a ser proposta. Também, procedeu-se a identificação do perfil profissional dos participantes da pesquisa.

Com base, então, nesse estudo foi desenvolvida uma matriz de competências estruturada na percepção de médicos preceptores e residentes para a residência médica em clínica médica em hospital público estadual. A recomendação, constante no Produto Técnico, foi composta dos objetivos de aprendizagem, das competências nos domínios de

conhecimentos, habilidades e atitudes, dos cenários de aprendizagem e da avaliação do residente.

Esta recomendação é um meio, não um fim, pois aponta um caminho construído nas bases teóricas, na legislação nacional vigente, no portfólio institucional e na percepção dos médicos preceptores e residentes do HGF no presente momento. A matriz desenvolvida não fixa regras, mas apresenta um modelo aplicável no cenário estudado para orientar e fortalecer este programa de residência médica há tantos anos aí estabelecido e com evidente perspectiva de contínuo crescimento.

Competências relacionadas a conhecimentos, habilidades e atitudes foram elencadas e organizadas com o objetivo de orientar médicos preceptores e residentes durante a progressão temporal e situacional do programa de residência médica em Clínica Médica no HGF. Essas competências foram priorizadas de acordo com as necessidades de saúde da população em geral, as peculiaridades do SUS e a legislação consoante as percepções dos participantes da pesquisa, no propósito do que se almeja do médico especialista egresso desse programa de residência médica.

Entendeu-se, durante a pesquisa, que competências como conhecimentos e habilidades são essenciais, importantes e, em casos específicos, interessantes de serem adquiridos ao longo da formação na residência médica. Entretanto, as competências atitudinais são declaradamente essenciais na formação médica, em especial do médico especialista, no mundo em constante movimento evolutivo. Essas competências incluem atitudes de autoconhecimento, auto aprendizado e a educação permanente, devendo essas serem referenciadas, desenvolvidas e valorizadas como um dos objetivos fundamentais dos programas de residência médica.

Nesse sentido também, visualiza-se, não um fim, mas um meio pelo qual a organização inicial da matriz de competências proposta possa ser testada, reavaliada e reorganizada para manter-se aplicável à residência médica em Clínica Médica no HGF. Poder-se-á ambicionar, quiçá, se tornar modelo para as residências médicas em Clínica Médica do Ceará, já que se trata nesse tempo do maior hospital público do estado e que possui experiência e tradição no ensino médico há mais de quatro décadas formando profissionais de relevância na área da saúde.

E, finalmente, na convicção das contínuas mudanças nos cenários, épocas, situações, material humano e tecnológico, a necessidade de constante atualização da matriz de competências nesse momento proposta para o contexto da residência médica em Clínica Médica no HGF. São necessários estudos posteriores quanto à implementação da matriz de compe-

tências, seus impactos, seus pontos de melhoria, sendo avaliada e reavaliada periodicamente, com olhar investigativo e ação para melhoria da prática, como se propõe, por exemplo, a pesquisa-ação.

Com base na metodologia da pesquisa-ação vislumbra-se a possibilidade de uma futura pesquisa em que poder-se-ia trabalhar desde a análise e planejamento de ações para avaliação de forma contínua e cíclica, como é seu escopo. Sendo, então, entendida a matriz de competências para a residência em Clínica Médica no HGF orgânica, elaborada naquele contexto específico, será um processo de desenvolvimento continuamente modificável de tempos em tempos, conforme suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ABEM. O preceptor por ele mesmo. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, out. v. 9, 2013. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM___Vol09.pdf. Acesso em: 5 set. 2022.

ABEM. Residência médica. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 7, out. 2011. Disponível em: https://website.abem-educmed.org.br/wp-content/uploads/2019/09/CadernosABEM__Vol07.pdf. Acesso em: 5 set. 2022.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes de. **Uma revisão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil**. Recife: UNA-SUS UFPE, 2015.

ALMEIDA, Maria Isabel. **Formação do professor do ensino superior: desafios e políticas institucionais**. São Paulo: Cortez, 2012.

ALVES, Rubem. **Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação**. 23. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2015.

ANASTASIOU, Leonir Pessate Alves. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. / org. Léa das Graças Camargos. 6. Ed. Joinville, SC: UNIVILLE, 2006.

ARTICO, Geisiane Aparecida *et al.* Percepções de residentes em urgência e emergência sobre sua formação: desafios para a aprendizagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 19, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/50149>. Acesso em: 2 set. 2022.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BOLLELA, Valdes Roberto; MACHADO, José Lúcio Martins. **Internato Baseado em Competências: "Bridgingthe gaps"**. Belo Horizonte: MedvanceLTDA, 2010.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. 106 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/2582/ENSP_Tese_Botti_Sergio_Henrique.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 3 set. 2022.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a04.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, DF, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/7SdHGKfV9VMkyBdt-qGfLYMv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, ano CXXVI, n. 191-A, p. 1, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=24/05/2016&pagina=44>. Acesso em: 6 ago. 2020.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 6 set. 1977. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=535-decreto-80281-05091977&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192#:~:text=1%C2%BA%20A%20Resid%C3%Aancia%20em%20Medicina,orienta%C3%A7%C3%A3o%20de%20profissionais%20m%C3%A9dicos%20de. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 131, 3 out. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2021.

BRASIL. Edital nº 2, de 14 de janeiro de 2020. Adesão de entes federados e instituições à concessão de bolsas do Ministério da Saúde para programas de residência médica. **Diário Oficial da União**: seção 3, Brasília, DF, ed. 3, p. 112, 15 jan. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002;

e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 1 jul. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 9 fev. 2022.

BRASIL. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2013/L12871.htm#art34. Acesso em: 23 out. 2013.

BRASIL. Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 12789, 9 jul. 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6932.htm#:~:text=1%C2%BA%20%2020D%20A%20Resid%C3%Aancia%20M%C3%A9dica%20constitui,-de%20profis%20sionais%20m%C3%A9dicos%20de%20elevada. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 27833, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 5 maio 2020.

BRASIL. Matrizes de Competências Aprovadas pela CNRM. **Ministério da Educação**, Brasília, DF, 2018. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/publicacoes-para-professores/30000uncategorised/71531-matrizes-de-competencias-aprovadas-pela-cnrm>. Ministério da Educação, 2018. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. **Matrizes de Competências Aprovadas pela CNRM: Matriz de Competências em Clínica Médica**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2019. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=119741-13-matriz-de-competencias-em-clinica-medica&category_slug=agosto-2019-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRM N.º06, de 05 de setembro de 2006. Dispõe sobre a avaliação dos Programas de Residência Médica. **Diário Oficial da União**: nº 177, de 14/09/06, seção 1, pág. 17. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=520-resolucao-cnrm-06-05092006&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Ensino Superior. **Residência Médica Lato sensu**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu>. Acesso em: 30 jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cart_camara_regulacao.pdf. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Manuais para o fortalecimento das residências em saúde**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2022/manual-de-abertura-de-programa-de-residencia-medica.pdf>. Acesso em: 26 set. 2022.

BRASIL. OMS classifica coronavírus como pandemia: infecção atinge pacientes em todos os continentes do mundo. Brasil é protagonista na resposta à doença. **GOV.BR**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/03/oms-classifica-coronavirus-como-pandemia>. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Portaria interministerial nº 9, de 13 de outubro de 2021. Altera o valor mínimo da bolsa assegurada aos médicos residentes e aos residentes em área profissional da saúde. **Diário oficial da união**: seção 1, ed. 195, p. 42, 15 out. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/media/sesu/pdf/PORTARIAINTERMINISTERIALN9DE13DEOUTUBRODE2021PORTARIAINTERMINISTERIALN9DE13DEOUTUBRODE2021DOUImprensaNacional.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html. Acesso em: 3 jan. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.248, de 24 de junho de 2013. Institui a Estratégia de Qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio do incentivo à formação de especialistas na modalidade Residência Médica em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1248_28_06_2013.html. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Residência médica. Ementário da Legislação da Residência Médica. **Ministério da Educação**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=68291>. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 95, p. 23-36, Brasília, DF, 19 maio 2006b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Resolução CNRM nº 1, de 16 de junho de 2011. Dispõe sobre o estabelecimento e condições de descanso obrigatório para o residente que tenha cumprido plantão noturno. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 183, p. 634, Brasília, DF, 22 set. 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=100841-resolucao-cnrm-n-1-de-16-de-junho-de-2011&category_slug=novembro-2018-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 6 set. 2022.

BRASIL. Resolução CNRM nº 1, de 3 de julho de 2013. Altera a Resolução CNRM nº 1, de 16 de junho de 2011, republicada no Diário Oficial da União nº 183, Seção I, Página 638, de 22 de setembro de 2011. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 131, p. 20, 10 jul. 2013b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1356_2-resol-cnrm&category_slug=junho-2013-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 5 set.2022.

BRASIL. Resolução CNRM nº 14, de 6 de julho de 2021. Aprova a matriz de competências dos programas de Residência Médica em Clínica Médica no Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ed. 126, p. 453, 7 jul. 2021a.

Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cnrm-n-14-de6-de-julho-de-2021-330643177>. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Resolução CNRM nº 5, de 17 de junho de 2021. Aprova a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Medicina Intensiva. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 113, p. 72, 18 jun. 2021b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1917_11-resolucao-5-medicina-intensiva&category_slug=2020&Itemid=30192. Acesso em: 5 set. 2022.

BRASIL. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, n. 38, Brasília, DF, p. 85-90, 26 fev. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 19 out. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016. Acesso em: 3 set. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ**: (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Florianópolis: UFSC, 2017.

CARVALHO FILHO, Aderval de Melo *et al.* Preceptores de residência médica: perfil epidemiológico e capacitação pedagógica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, DF, v. 44, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/9NYdrY7D9CM76JVYDht4wbv/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2022.

CEARÁ. Decreto nº 34.541, de 5 de fevereiro de 2022. **Diário Oficial do Estado**: série 3, Fortaleza, ano XIV, n. 028, 5 fev. 2022. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/DECRETO-No34.541-de-05-de-fevereiro-de-2022.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2022.

CECCIM *et al.* (org.). **Formação de formadores para residências em saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). O abismo das escolas médicas. **Portal Médico**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://www.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2826 1:2019-05-27-18-50-46&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em: 19 jun. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.077/2014.

Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 80, 16 set. 2014. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 6 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.221/2018.

Homologa a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, p. 67, 24 jan. 2019. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2022/03/2221_2018.pdf. Acesso em: 6 set. 2022.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface**, Botucatu, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>. Acesso em: 3 set. 2022.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI.** UNESCO, 1996. São Paulo: Cortez, 1998.

DIEESE. **Pesquisa nacional da Cesta Básica de Alimentos: Salário mínimo nominal e necessário.** São Paulo: DIEESE, 2002. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/analisecestabασica/salarioMinimo.html>. Acesso em: 19 jul. 2022.

ENTRALGO, Pedro Laín. **Historia de la Medicina.** Barcelona: Salvat Editores, S. A., 1978.

EPSTEIN, R. M.; HUNDERT, E. M. Defining and assessing professional competence. **JAMA**, [s.l.], v. 287, n. 2, p. 226-35, 2002.

ESSENCIAL. *In*: DICIO. **Dicionário Online de Português.** Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/essencial/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

FERNANDES, Cláudia Regina *et al.* Currículo baseado em competências na residência médica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, DF, v. 36, n. 1, p. 129-136, mar. 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/LGx58D5V5cXtpNLcNzNFZQz/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FLATO, Uri Adrian Prync; GUIMARÃES, Helio Penna. Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 9, n. 5, p. 360-64, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n5/a2250.pdf>. Acesso em: 5 set. 2022.

FMUSP. **Guia de competências a serem desenvolvidas em cada estágio**: Preceptoria da Residência de Medicina Interna (Clínica Médica) HCFMUSP. São Paulo: FMUSP, 2021. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/s158vev>. Acesso em: 5 set. 2022.

FMUSP. **Residência de medicina interna do HCFMUSP**: Supervisão e Preceptoria do o PRM de Medicina Interna do HCFMUSP. São Paulo: FMUSP, 2021. Disponível em: <https://sites.google.com/hc.usp.br/residencia-medicinainterna/p%C3%A1gina-inicial?authuser=0>. Acesso em: 20 out. 2021.

FRENK, Julio *et al.* **Health professionals for a new century**: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, [s.l.], v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GHEDIN, Evandro; OLIVEIRA, Elisângela Silva de; ALMEIDA, Whasgthon A.

Estágio com pesquisa. São Paulo: Cortez Editora, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

HARDEN, R. M.; CROSBY, J. R. AMEE Medical Education Guide N° 20: **The good teacher is more than a lecturer** - the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, v. 22, n. 4, pp. 334-347, 2000. ISSN 0142-159X (print)/ISSN 1466-187X (online)/00/040334-14.

HCFMUSP. **Manual do Residente de Clínica Médica**: Programa de Residência em Clínica Médica. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: FMUSP, 2020. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1mVeYD-GeKiYsHxO9TYPZMBPTXxalsr_1/view. Acesso em: 20 out. 2021.

HGF. Apresentação. **HGF**, Fortaleza, 27 maio 2015. Disponível em: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/apresentacao/apresentacao>. Acesso em: 5 set. 2022.

HGF. Clínica médica - projeto pedagógico. **HGF**, Fortaleza, 2020. Disponível em: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/seap/secao-de-ensino-aperfeicoamento-epesquisa-seap>. Acesso em: 28 set. 2021.

HGF. Clínica Médica. **HGF**, Fortaleza, 30 jun. 2010. Disponível em: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/especialidades/clinica-medica>. Acesso em: 28 set. 2021.

HGF. HGF é selecionado para integrar Projeto Lean nas Emergências. **HGF**, Fortaleza, 2019. Disponível em: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/noticias/45815-aprovadolean-emergencia#>. Acesso em: 4 jul. 2021.

HGF. HGF integra estudo internacional sobre tratamento de AVC. **HGF**, Fortaleza, 2021. Disponível em: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/noticias/45935-estudointernacional>. Acesso em: 25 maio 2021.

HGF. Manual dos Residentes de Clínica Médica. **HGF**, Fortaleza, 2020. Disponível em: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/downloads/category/38-clinica-medica>. Acesso em: 27 jan. 2020.

HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS. Residência médica: Clínica Médica. **Caderno do curso**, São Paulo, 2019.

IMPORTANTE. In: DICIO. **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/importante/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

INTERESSANTE. In: DICIO. **Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/interessante/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

LEONEL, Filipe. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 22 mar. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 6 set. 2022.

LIMA, Daniel Souza *et al.* Profissionais da Saúde e as percepções em um período da Pandemia do COVID-19 no Brasil. **Brazilian Journal Of Emergency Medicine**, [s.l.], v. 2, p. 12-18, 2022. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rebrame.com.br/pdf/v2n1a05.pdf>. Acesso em: 6 set. 2022.

LOPES, Antônio Carlos. **Sociedade Brasileira de Clínica Médica - 25 Anos de Luta**. São Paulo: Atheneu, 2015.

MACHADO, Maria Helena *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: PORTELA, M. C.; REIS, L.

G. C.; LIMA, S. M. L. (ed.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022. p. 283-295. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587-21.pdf>. Acesso em: 3 set. 2022.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. **Actes des 11ème Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles**, p. 687-699, 2012. Disponível em: <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20>

%20L%27analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf. Acesso em: 3 set. 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MIRANDA-SÁ JR., Luiz Salvador de. **Uma introdução à medicina**. Brasília, DF: CFM, 2013.

PIMENTA, Selma Garrido; LIMA, Maria Socorro Lucena. **Estágio e docência**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2017.

PONTE, Maycon Fellipe da *et al.* Construção do currículo por competências para a residência em clínica médica do Hospital Geral de Fortaleza. **J. Ciênc. Saúde**, Teresina, v. 1, n. 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/rehu/article/view/795>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SALES, Ivna Cavalcante Barros. **Registro clínico baseado em problemas como ferramenta de aprendizagem do médico na residência de Clínica Médica**. 2018. 115 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) – Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unichristus.edu.br/jspui/bitstream/123456789/639/7/IVNA%20CAVALCANTE%20BARROS%20SALES.pdf>. Acesso em: 5 set. 2022.

SANT'ANA, Elisete Regina Rubin de Bortoli; PEREIRA, Edna Regina Silva. Preceptoría Médica em Serviço de Emergência e Urgência Hospitalar na Perspectiva de Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2. Rio de Janeiro, p. 204-215, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/YKT4kkgdvg5h4RLMV9xn9Sy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2022.

SCHEFFER, Mario *et al.* **Demografia médica no Brasil 2020**. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2007.v17n1/29-41/pt>. Acesso em: 6 set. 2022.

SESA. Covid-19. **Secretaria da Saúde do Ceará**, Fortaleza, 2022b. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/covid-19/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

SESA. Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE). **Projeto Político Pedagógico**. Coordenação José Batista Cisne Tomaz *et al.* – Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2020. 132 p. Disponível em: <https://sus.ce.gov.br/ppp/wp-content/uploads/sites/6/2021/05/PPP-ESP-2020-03-05-2020.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2020.

- SESA. Inovação. Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE. **Secretaria da Saúde do Ceará**, Fortaleza, 2022a. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/2022/02/04/decreto-estadual-oficializa-novo-organograma-da-esp-ce/>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- SESA. Residência em saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE. **Secretaria da Saúde do Ceará**, Fortaleza, 2020b. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/ensino/residencia-em-saude/>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- SESA. Residência. Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE. **Secretaria da Saúde do Ceará**, Fortaleza, 2020a. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/ensino-e-pesquisa/residencia/>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- SOUSA, Maria do Socorro de. **A complexidade da formação médica na e para atenção básica como parte de dois sistemas e um sistema à parte**. 2014. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFC-7_615fa90dd85cb5e3fd974c7ccbc25b54. Acesso em: 22 mai. 2021.
- SOUSA, Y. S. O. *et al.* O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 2, p. 1-19, abr./jun. 2020. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3283/2355. Acesso em: 3 set. 2022.
- THE ROYAL COLLEGE OF ANAESTHETISTS. **Curriculum for a cct in anaesthetics**. 2. ed. [S.l.]: RCoA, 2010. v. 1.7. Disponível em: <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2019-08/TRG-CU-CCTANAES2010.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2010.
- TRIVEDI, Sachin V. *et al.* Residents' perspective of quality improvement and patient safety education in Canadian emergency medicine residency programs. **Canadian Journal Of Emergency Medicine**, Cambridge, v. 22, n. 2, p. 224231, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/cem.2019.465>. Acesso em: 19 out. 2020.
- UECE. Mestrado Profissional Ensino na Saúde – CMEPES. **UECE**, Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.uece.br/cmepes/index.php/areas-de-concentracao>. Acesso em: 5 set. 2022.
- UFSCAR. **Programa de residência médica em clínica médica: Projeto pedagógico: Clínica Médica**. São Carlos: UFSCAR, 2020. Disponível em: <https://www.dmed.ufscar.br/arquivos/projeto-pedagogico-rm-em-clinicamedica-da-ufscar.pdf>. Acesso em: 20 out. 2021.
- VEDOVATO, T. G. *et al.* Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 46, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Acesso em: 3 set. 2022.
- VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

WEISZ, George. **Divide and conquer: a comparative history of medical specialization**. New York: Oxford University Press, Inc., 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Timeline: WHO's COVID-19 response. **WHO**, Geneva, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#!>. Acesso em: 3 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Training and learning. **WHO**, Geneva, 2020. Disponível em: www.who.int/emergencies/training. Acesso em: 19 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHE Learning Strategy. **WHO**, Geneva, out 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/whe-learning-strategy>. Acesso em: 19 out. 2020.

ZABALZA, Miguel A. **O estágio e as práticas em contextos profissionais na formação universitária**. São Paulo: Cortez, 2015.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abordagem: 10, 39, 72, 140
 Acesso: 10, 15, 35, 140
 Administração: 72, 198, 279, 368
 Ações: 15, 54, 119, 127
 Adultos: 10, 72, 198, 368
 Agravos: 10, 72, 198, 368
 Aluno: 10, 12, 14, 15, 20, 33, 72
 Alunos: 10, 12, 14, 15, 20, 33, 72
 Ambiente: 10, 33, 72, 140
 Análise: 72, 119, 127, 150
 Aprendizagem: 10, 54, 75, 119, 140, 254
 Aprendizado: 10, 54, 75, 119, 140, 254
 Aspectos: 72, 119, 127, 181
 Assistência: 10, 33, 72, 140
 Atitude: 33, 72, 140, 198
 Atitudes: 33, 72, 140, 198
 Atividades: 127, 150, 181, 201
 Atuação: 10, 33, 72, 140
 Autores: 10, 33, 72, 140
 Autonomia: 33, 72, 140, 198
 Avaliação: 10, 33, 34, 35, 139, 140, 149
 Avaliações: 33, 72, 140, 185

B

Brasil: 10, 33, 72, 140

C

Capacitação: 72, 140, 198, 279
 Categoria: 33, 72, 140, 198
 Cenários: 72, 119, 127, 181
 Ciências: 10, 33, 72, 140
 Clínica: 10, 72, 198, 368
 Clínico: 10, 72, 198, 368
 Comunicação: 33, 72, 139, 140
 Competências: 33, 72, 139, 140, 198, 279, 368
 Compreender: 33, 72, 140, 198
 Compreensão: 10, 33, 72, 140
 Concepções: 33, 72, 140, 198
 Conhecimento: 10, 33, 72, 140
 Conhecimentos: 10, 33, 72, 140
 Contexto: 33, 72, 140, 198
 Contribuições: 33, 72, 140, 198
 Controle: 33, 72, 140, 198
 Crenças: 33, 72, 140, 198
 Crítico: 10, 72, 140, 198
 Cuidado: 33, 72, 140, 198
 Currículo: 10, 33, 72, 140, 185, 279, 368

D

Dados: 33, 72, 140, 198
 Debate: 33, 72, 140, 198
 Debates: 33, 72, 140, 198
 Desafios: 72, 198, 279, 368
 Desempenho: 33, 72, 140, 198
 Desenvolver: 75, 127, 140, 181, 201
 Desenvolvimento: 75, 127, 140, 181, 201
 Diagnóstico: 33, 72, 140, 198
 Dialogar: 33, 72, 140, 198
 Diálogo: 10, 11, 12, 14, 15, 20
 Didática: 33, 72, 140, 198
 Didáticas: 33, 72, 140, 198
 Diferentes: 33, 72, 140, 198
 Dificuldade: 33, 72, 140, 198
 Dificuldades: 33, 72, 140, 198
 Dimensão: 33, 72, 140, 198
 Dimensões: 33, 72, 140, 198
 Discentes: 72, 140, 198, 279
 Disciplinas: 33, 72, 140, 198

Discussão: 33, 72, 140, 198

Discussões: 33, 72, 140, 198

Docente: 33, 139, 140, 279, 368

Docentes: 33, 139, 140, 279, 368

Documento: 33, 72, 140, 198

Documentos: 33, 72, 140, 198

E

Educação a Distância: 10, 11, 12, 14, 15, 20

Eficácia: 33, 72, 140, 198

Enfermagem: 10, 72, 139, 140, 198, 279, 368

Ensino: 10, 33, 75, 119, 140, 201

Estratégias: 75, 119, 127, 150, 181

Estudantes: 10, 33, 72, 140

Educação: 10, 11, 12, 14, 15, 20, 33, 75, 119, 140

Educação a Distância: 10, 11, 12, 14, 15, 20

Educação continuada: 10, 72, 198, 279, 368

Eficácia: 33, 72, 140, 198

Enfermagem: 10, 72, 139, 140, 198, 279, 368

Enfermeiro: 10, 72, 139, 198, 279, 368

Enfoque: 33, 72, 140, 198

Ensino: 10, 33, 75, 119, 140, 201

Ensino médico: 10, 72, 198, 279, 368

Estratégias: 75, 119, 127, 150, 181

Estudantes: 10, 33, 72, 140

Estudo: 33, 72, 140, 198

Estudos: 33, 72, 140, 198

Evidências: 33, 72, 140, 198

Exames: 33, 72, 140, 198

Experiência: 33, 72, 140, 198

Experiências: 150, 181, 201

F

Fatores: 33, 72, 140, 198

Formação: 12, 33, 72, 140, 185

Formação docente: 33, 72, 119, 140

G

Gerenciamento: 33, 72, 140, 198

Gestão: 72, 198, 279, 368

H

Habilidades: 33, 72, 140, 198

Hospital: 10, 72, 198, 368

I

Impacto: 33, 72, 140, 198

Implementação: 33, 72, 140, 198

Indicadores: 33, 72, 140, 198

Inovações: 33, 72, 140, 198

Instrumentos: 33, 72, 140, 198

Integrado: 72, 140, 198, 279, 368

Interdisciplinaridade: 33, 72, 140, 198, 279, 368

Internato: 10, 72, 198, 279, 368

Intervenções: 33, 72, 140, 198

Investigações: 33, 72, 140, 198

L

LDB: 10, 72, 140

Legislação: 10, 72, 140

M

Manutenção: 33, 72, 140, 198

Matriz de competências: 33, 72, 140, 198

Médicos: 10, 33, 72, 140

Medicina: 10, 72, 139, 140, 198, 279, 368

Metodologia: 33, 72, 140, 198

Metodologias: 72, 198, 368

Metodologias Ativas: 72, 140, 198

Modelos: 33, 72, 140, 198

Monitoramento: 33, 72, 140, 198

N

Necessidades: 33, 72, 140, 198

- Normas: 33, 72, 140, 198
- O
- Objetivos: 10, 33, 72, 140, 198
- Observações: 33, 72, 140, 198
- P
- Parâmetros: 33, 72, 140, 198
- Participação: 33, 72, 140, 198, 279
- Pesquisa: 10, 33, 72, 140, 198, 279
- Pesquisas: 33, 72, 140, 198, 279
- Plano: 33, 72, 140, 198
- Prática: 33, 72, 140, 198, 279, 368
- Prática docente: 33, 72, 140, 198
- Práticas: 33, 72, 140, 198, 279, 368
- Princípios: 33, 72, 140, 198
- Problema: 10, 72, 140, 198
- Problemática: 10, 72, 140, 198
- Problematização: 72, 198, 279, 368
- Procedimentos: 33, 72, 140, 198
- Processo: 10, 33, 72, 140
- Profissionais: 10, 11, 72, 140, 198, 279
- Programas: 33, 72, 140, 198
- Projeto: 33, 72, 140, 198
- Q
- Qualidade: 33, 72, 140, 198
- R
- Realidade: 33, 72, 140, 198
- Reflexão: 33, 72, 140, 198, 279, 368
- Regulamentações: 33, 72, 140, 198
- Realidade: 33, 72, 140, 198
- Recursos: 33, 72, 140, 198
- Reflexão: 33, 72, 140, 198, 279, 368
- Regulamentações: 33, 72, 140, 198
- Requisitos: 33, 72, 140, 198
- Residência: 10, 72, 198, 279, 368
- Residência médica: 10, 72, 198, 279, 368
- Residentes: 10, 72, 198, 279, 368
- Resolução: 33, 72, 140, 198
- Resultados: 33, 72, 140, 198, 279, 368
- Resultados de Aprendizagem: 33, 72, 140, 198
- S
- Saberes: 33, 72, 140, 198
- Saúde: 10, 11, 33, 140, 149, 368
- Segurança: 33, 72, 140, 198
- Sentido: 33, 72, 140, 198
- Serviços: 33, 72, 140, 198
- Social: 33, 72, 140, 198
- Soluções: 33, 72, 140, 198
- Supervisão: 33, 72, 140, 198
- SUS: 10, 72, 140, 198
- T
- Tabela: 33, 72, 140, 198
- Tabelas: 33, 72, 140, 198
- Técnica: 33, 72, 140, 198
- Técnicas: 12, 14, 15, 20, 35, 140
- Tecnologias: 12, 14, 15, 20, 35, 140
- Tempo: 33, 72, 140, 198
- Tendências: 33, 72, 140, 198
- Termos: 33, 72, 140, 198
- Teoria: 33, 72, 140, 198
- Teórico: 33, 72, 140, 198
- Teorização: 72, 140, 198
- Terapêutica: 10, 72, 198, 368
- Título: 33, 72, 140, 198
- Total: 33, 72, 140, 198
- Trabalho: 33, 72, 140, 198
- Trabalhos: 33, 72, 140, 198
- Tradicional: 33, 72, 140, 198
- Treinamento: 33, 72, 140, 198
- U
- UNINTA: 10, 12, 13, 14, 15, 20
- Utilização: 10, 33, 72, 140
- V
- Valores: 33, 72, 140, 198
- Validação: 33, 72, 140, 198
- Verificação: 33, 72, 140, 198
- Virtual: 10, 33, 72, 140
- Visão: 33, 72, 140, 198

SOBRE OS ORGANIZADORES

Cleide Carneiro



Possui graduação em Serviço Social - Instituição Toledo de Ensino (1976), mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP (1996) e doutorado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP (2001). Atualmente é pesquisadora/professora adjunto na Universidade Estadual do Ceará - UECE, Coordenadora do Curso Mestrado Profissional Ensino na Saúde CMEPES e Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: Ensino e Saúde, Humanização e Formação em Saúde, Saúde Mental e Trabalho, Gestão e Avaliação em Serviços de Saúde.

Gláucia Posso Lima



Possui graduação em Nutrição e doutorado em Saúde Coletiva. Atualmente é Professora Adjunto da Universidade Estadual do Ceará. Lotada no Colegiado do Curso de Nutrição. Docente Permanente do Curso de Mestrado Profissional Ensino. Atua na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Processos Formativos e Educação Interprofissional em Saúde e Tecnologias Leves em Saúde. Coordenadora do Observatório de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ceará. Presidente do Conselho Regional de Nutricionistas 11 Região.

Jean Carlos Souza Silva



Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte com distinção summa cum laude. Durante a graduação, destacou-se como monitor em disciplinas como Bioquímica Molecular, Bioquímica Metabólica e Imunologia, pelo Programa Institucional de Monitoria (PIM/UERN). Mestre em Ciências Fisiológicas pela conceituada

Sociedade Brasileira de Fisiologia, onde foi aluno especial de Pós-Graduação no Instituto de Ciências Biomédicas (ICB/USP), no Instituto de Biociências (IB/USP) e no Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF/UFRJ). Atualmente é Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas (ISCB/UECE) investigando alterações neuroimunometabólicas de lesões cerebrais e encefálicas. Professor Colaborador do Mestrado Profissional Ensino na Saúde (CMEPES/UECE). Possui interesses de pesquisa abrangem temas como neuroimunologia, neuroimunomodulação, neuroinflamação, neuroinvasão viral, regeneração nervosa, neuropsicofarmacologia, doenças neurodegenerativas, depressoras da atividade neural, ensino e aprendizagem na área da saúde. Contato: jeanc.souza@uece.br.

Lina Maria Monteiro Santana



Graduanda em Terapia Ocupacional pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) e graduanda em Administração pela Universidade do Vale do Jaguaribe (UNIJAGUARIBE). Técnica em Petroquímica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Estado do Ceará (IFCE), campus Aracati. Monitora de Fisiologia Humana e Patologia Geral. Membro da Liga Acadêmica de Terapia Ocupacional no Fazer Humano. Voluntária no Programa #TMJ no Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Meirecele Calíope Leitinho



Possui graduação em Pedagogia pela Faculdade Católica de Filosofia do Ceará (1964), especialização em Psicologia e Pesquisa pela Universidade Federal do Ceará (1974), mestrado em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará (1980), doutorado em Supervisão e Currículo, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1993) e Pós-Doutorado em Formação de Professores na Universidade de Brasília- UnB (2006-2007). É professora do Mestrado Profissional em Ensino de Saúde (CMEPES-UECE) e professora adjunta aposentada da Universidade Estadual do Ceará bem como professora Associada aposentada da Universidade Federal do Ceará; atualmente é professora do Programa de Mestrado e Doutorado em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará, participante do Programa para

Aposentados PROPAP e professora colaboradora do Mestrado de Formação de Professores da Universidade Estadual do Ceará UECE; é consultora da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Estadual do Ceará - UECE; e assessora da Universidade Regional do Cariri (URCA); está cadastrada como líder de um grupo de pesquisa no CNPq: Currículo, Subjetividade e Desenvolvimento Profissional Docente, orientando seis teses de Doutorado e três de mestrado, nos referidos cursos de Pós-Graduação. As disciplinas que leciona atualmente na pós-graduação são: Currículo, Subjetividade e Desenvolvimento Profissional Docente, Currículo na Perspectiva Crítica e Desenho Curricular; é membro do conselho editorial das Revistas: Conhecimento e Diversidade - UFF, Chemins de Formación da Universidade de Nantes na França e parecerista da Revista Linhas Críticas da UNB.

PRÁTICAS EM AVALIAÇÃO CURRICULAR NO ENSINO NA SAÚDE: MEDICINA E ENFERMAGEM- VOL. 1

A avaliação curricular no ensino das ciências da saúde, especialmente em cursos como Medicina e Enfermagem, é uma tarefa complexa e vital para garantir a qualidade da formação dos futuros profissionais. Em um cenário onde a saúde pública enfrenta desafios cada vez mais intensos e variados, a preparação adequada dos estudantes se torna imprescindível para a manutenção e melhoria dos serviços de saúde.

“Práticas em Avaliação Curricular no Ensino na Saúde: Medicina e Enfermagem” surge como uma contribuição essencial para este campo de estudo, apresentando uma abordagem prática e detalhada das diversas metodologias e estratégias de avaliação curricular. Este livro não se limita a teorias abstratas; ele traz à tona experiências concretas, estudos de caso e exemplos reais, que ilustram como a avaliação pode e deve ser conduzida para alcançar os melhores resultados educacionais e, conseqüentemente, clínicos.

RFB Editora
CNPJ: 39.242.488/0001-07
91985661194

www.rfbeditora.com
adm@rfbeditora.com

Tv. Quintino Bocaiúva, 2301, Sala 713, Batista Campos,
Belém - PA, CEP: 66045-315

